



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Promoção da saúde na criança com doença crónica: Intervenções de enfermagem na gestão da asma

Patrícia Fernandes Machado de Melo

Fevereiro de 2022



Promoção da saúde na criança com doença crónica: Intervenções de enfermagem na gestão da asma

Patrícia Fernandes Machado de Melo

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Graça Aparício

Fevereiro de 2022

Agradecimentos

Durante a realização deste trabalho fui acompanhada por diversas pessoas significativas que possibilitaram que o mesmo se tornasse possível e às quais expresso todo o meu agradecimento:

À Professora Doutora Graça Aparício pela sua orientação e disponibilidade.

Aos meus pais e irmã pelo apoio em todas as horas e coragem que sempre me transmitiram.

Ao Luís e à Maria Clara pela compreensão da minha ausência, dedicação e apoio.

Aos meus amigos desta jornada formativa pela companhia, amizade e partilha de tantos momentos.

A todos os Enfermeiros dos diferentes estágios, que se disponibilizaram para a orientação transmitindo os seus conhecimentos, o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal.

Por fim, um agradecimento especial a todas as crianças, jovens e famílias, com quem me cruzei ao longo deste período tornando possível a realização deste trabalho!

A todos muito obrigada!!

Resumo

Enquadramento: Este trabalho de relatório final foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Assentou numa reflexão crítica sobre as atividades realizadas em contexto de prática clínica, de forma a desenvolver cuidados de qualidade, capazes de promover um crescimento e desenvolvimento saudável da criança/jovem e contribuir de forma particular para cuidados especializados dirigidos à criança e família tendo como foco a criança com doença crónica, em particular na gestão da asma na criança. Segundos dados da DGS a asma representa patologia com alta incidência na idade pediátrica, sendo uma causa frequente de internamento hospitalar, no entanto é possível controlar a asma, quer com medidas farmacológicas, quer não farmacológicas, permitindo a minimização das exacerbações DGS (2014).

Objetivos: Descrever as atividades realizadas ao longo dos estágios; Refletir sobre as competências comuns e específicas desenvolvidas, inerentes ao Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), tendo como foco uma temática central; Mapear as intervenções de enfermagem descritas como eficazes na gestão da asma na criança/família, pela realização de uma *scoping review*.

Metodologia: Descritiva e reflexiva sobre o percurso desenvolvido no âmbito da especialização, onde se incluiu uma revisão do tipo *scoping*, com base nos princípios preconizados pelo “Joanna Briggs Institute”, através de pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL via EBSCOhost e Medline via PubMed, de estudos publicados entre 2016 e 2021 nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Dos 450 artigos iniciais, foram incluídos no estudo quatro artigos após aplicados critérios de inclusão previamente definidos.

Resultados: intervenções de enfermagem descritas como eficazes na gestão da asma na criança/família, foram a criação de plataformas eletrónicas que auxiliem as crianças e família numa tomada de decisão partilhada com os enfermeiros, que permita a troca de informações e dúvidas, culturalmente adequadas à criança/família; Implementação de programas de educação para a saúde em contexto escolar, como forma de promover o *empowerment* da criança/família, partilhando conhecimentos sobre fisiopatologia, exacerbação de crises, gestão e controlo de sintomas e ensinamentos práticos sobre a terapêutica farmacológica e não farmacológica.

Conclusão: Os resultados encontrados na presente *scoping review* corroboram as evidências científicas que demonstram que o desenvolvimento de intervenções de enfermagem nomeadamente através de sessões de educação para a saúde dirigidas à criança e família em ambiente familiar ou comunitário e escolar são determinantes para a eficácia da gestão da asma em idade pediátrica

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Intervenções de Enfermagem, Criança; Doença crónica; Asma.

Abstract

Background: This final report was developed within the scope of the Master's Degree in Child Health and Paediatric Nursing. It was based on a critical reflection on the activities carried out in clinical practice, in order to develop quality care, capable of promoting a healthy growth and development of the child/youth and contributing in a particular way to specialized care directed to the child and family with a focus on the child with chronic disease, particularly in the management of asthma in children. According to data from the DGS, asthma is a pathology with high incidence in children, and a frequent cause of hospital admission; however, it is possible to control asthma with pharmacological and non-pharmacological measures, thus minimizing exacerbations.

Objectives: To describe the activities carried out during the internships; to reflect on the common and specific skills developed by the Child Health and Pediatric Nurse Practitioner (CIPN), focusing on a central theme; to map the nursing interventions described as effective in the management of asthma in children/family through a scoping review.

Methodology: Descriptive and reflective on the path developed within the scope of specialization, which included a scoping review, based on the principles recommended by the Joanna Briggs Institute, through a search conducted in the CINAHL via EBSCOhost and Medline via PubMed databases, of studies published between 2016 and 2021 in Portuguese, English and Spanish. Of the 450 initial articles, four articles were included in the study after applying previously defined inclusion criteria.

Results: The nursing interventions described as effective in the management of child/family asthma were the creation of electronic platforms to help children and families make shared decisions with nurses, allowing for the exchange of culturally appropriate information and doubts; and the implementation of health education programs in schools to promote the empowerment of children/family by sharing knowledge about pathophysiology, exacerbation of asthma attacks, symptom management and control, and practical teaching about pharmacological and non-pharmacological treatment.

Conclusion: The results found in this review corroborate the scientific evidence showing that the development of nursing interventions, namely through health education sessions aimed at children and families in family, community, and school settings, are essential for the effective management of pediatric asthma.

Keywords: Health Promotion; Nursing Interventions; Child; Chronic Disease; Asthma.

Sumário

	Pag.
Lista de Quadros	XI
Lista de Figuras	XIII
Lista de Siglas	XV
Introdução.....	17
Capítulo 1 – Percurso formativo de aquisição de competências	19
1. Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	21
1.1 Estágio I – Serviço de internamento de pediatria	22
1.2 Estágio II- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	27
1.3 Estágio III – Unidade de Saúde Familiar	31
Capítulo 2. Estudo Empírico	37
1. Enquadramento teórico.....	39
1.1. Incidência da asma na criança.....	39
1.2. Fisiopatologia.....	40
1.3 Promoção da saúde na criança com doença crónica	41
1.4 Intervenções de enfermagem na capacitação dos pais/família	43
1.5 Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey	45
2. Metodologia	47
2.1 Métodos	47
2.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	49
2.4 Estratégia de pesquisa.....	50
2.5 Método de seleção inicial dos estudos	51
2.5 Extração de dados	53
3. Apresentação e Discussão dos Resultados	59
Conclusão.....	65
Referências Bibliográficas	67
Apêndices.....	75
Apêndice I – Mapa de conceitos	
Apêndice II – Objetivos propostos para o estágio de pediatria	
Apêndice III – Objetivos propostos para o estágio de neonatologia	

Apêndice IV – Objetivos propostos para o estágio de saúde infantil e familiar

Apêndice V – Folheto “utilização e manutenção de câmara expansora com máscara facial”

Apêndice VI – Folheto “Amamentação e prematuridade”

Apêndice VII – Resultado da aplicação instrumento: Teste de Relevância I

Apêndice VIII – Resultado da aplicação instrumento: Teste de Relevância II

Lista de Quadros

Pag.

Quadro 1. Estratégia PCC para elaboração da questão norteadora de pesquisa	48
Quadro 2. Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos.....	49
Quadro 3. Estratégias de pesquisa nas bases de dados selecionadas.....	50
Quadro 4. Teste de Relevância I (TRI)	51
Quadro 5. Teste de Relevância II (TRII).....	52
Quadro 6. Síntese do estudo de Isik et al. (2019)	55
Quadro 7. Características e especificidades do estudo de Lv et al. (2019)	56
Quadro 8. Características e especificidades do estudo de Belinelo et al. (2020)	57
Quadro 9. Características e especificidades do estudo de Isik et al. (2020).....	58
Quadro 10. Síntese dos resultados dos estudos incluídos.....	59

Lista de Figuras

Pag.

Figura 1. <i>Flowchart</i> do processo de seleção e inclusão dos estudos (Diagrama PRISMA) ..	
.....	53

Lista de siglas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
DL	Decreto-Lei
DGS	Direção Geral da Saúde
EESIP	Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
EIHSCPP	Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos
GIA	Growing in toAsthma
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
JI	JoannaBriggsInstitute
NIDCAP	Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do recém-nascido
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PRISMA	PreferredReportingItems for SystematicReviewsStatement
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré termo
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de urgência
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente Relatório surge integrado no curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu, no âmbito da unidade Curricular de Estágio com Relatório Final: Estágio de Pediatria, de Neonatologia e de Saúde Infantil e Familiar, num total de 750 horas de trabalho.

A formação especializada em enfermagem assume grande importância para o desenvolvimento profissional, pois o Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) tem um papel determinante no seio da equipa multidisciplinar, através da promoção de cuidados centrados na criança/adolescente/família. Deste modo, a prática e a realidade profissional impõem uma procura constante de saberes que conferem capacidade de análise e reflexão, recorrendo à prática baseada em evidência e referenciais teóricos. Assim, a elaboração deste Relatório tem como objetivos:

- Descrever as atividades realizadas ao longo dos estágios;
- Refletir sobre as competências comuns e específicas desenvolvidas, inerentes EESIP, tendo como foco uma temática central;
- Mapear as intervenções de enfermagem descritas como eficazes na gestão da asma na criança/ família, pela realização de uma *scoping review*.

O tema escolhido foi transversal a todos os estágios, tendo sido selecionado a promoção da saúde na criança com doença crónica: intervenções de enfermagem na gestão da asma. O meu interesse pela temática relaciona-se com o facto de exercer funções num serviço de urgência pediátrica onde recorrem muitas crianças e famílias com uma gestão incorrecta da asma e respectivo regime medicamentoso. A abordagem desta temática de promoção da saúde e gestão da doença pela criança/família, visa proporcionar às crianças com doença crónica, especificamente com asma, uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento saudável com uma gestão eficaz da sua patologia de base, prevenindo exacerbações da mesma.

A pertinência do tema selecionado surge no âmbito do desenvolvimento de competências específicas do EESIP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), salientando que este “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica [...]; Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação; procura sistematicamente oportunidades de trabalhar com a família crianças/jovens no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2018).

Os estágios decorreram num serviço de pediatria médica de um hospital pediátrico da região centro, numa unidade de cuidados intensivos neonatais de uma maternidade do centro do país e numa unidade de saúde familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego.

O presente relatório espelha o percurso formativo desenvolvido, que se iniciou pela realização da componente teórica e se consolidou pela realização de estágios, os quais permitiram desenvolver competências de EESIP, tendo como base o regulamento das Competências Comuns e Específicas do EESIP e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O presente trabalho foi estruturado em dois capítulos. o capítulo 1 integra os relatórios de estágio, com descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas, assim como sobre a aquisição de competências do EESIP; o capítulo 2 inclui o estudo empírico, onde é realizado o enquadramento teórico de forma a evidenciar a pertinência do tema em estudo, fazendo uma contextualização à luz do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. É descrita a metodologia utilizada e o protocolo que serviu de fio condutor da investigação. Por fim, são apresentados os resultados encontrados, a sua discussão e na conclusão é realizada a reflexão final dos estágios, assim como dos contributos do estudo para o conhecimento da temática e para a definição de intervenções assentes nas melhores evidências disponíveis.

Capítulo 1 – Percorso formativo de aquisição de competências

1. Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ser Enfermeiro Especialista pressupõe que seja desenvolvido um conjunto de competências comuns a todos os especialistas e competências específicas de cada uma das áreas de especialidade. Foi com base na aquisição destas competências que foram definidos os objetivos de estágio e programadas as atividades que permitissem alcançar esses objetivos.

As competências comuns integram quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente às competências específicas do EESIP: assiste criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento nº 140/2019 e Regulamento nº 422/2018, Diário da República).

Os estágios marcaram uma fase de extrema importância para o processo de formação especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, uma vez que possibilitaram, para além do desenvolvimento de competências comuns e específicas de EESIP, a consolidação e aquisição de competências de especial complexidade na área da saúde da criança e do jovem com doença crónica e permitiram a análise de referenciais teóricos de suporte a práticas de qualidade e baseadas em evidências.

Ao longo do percurso profissional, em particular enquanto enfermeira de um serviço de urgência pediátrica, tenho constatado a dificuldade sentida pelos pais na gestão das patologias crónicas das suas crianças, em particular, no que diz respeito à gestão eficaz da asma. A falta de informação é uma causa frequente, embora em muitos casos, quando possuidores de informação, estes referem medo e insegurança no que diz respeito, à tomada de decisão, em particular na gestão do regime terapêutico prescrito. Como tal, procurei ao longo dos estágios desenvolver competências relativamente a esta temática, a fim de melhorar os conhecimentos da criança/família e para que, através de informação, instrução e treino, aumentem a sua literacia em saúde e consigam uma gestão eficaz desta patologia. Desta forma, foram delineados alguns objetivos transversais aos três estágios:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e família;

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença crónica;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem relativamente ao nível da gestão da asma na criança;

1.1 Estágio I – Serviço de internamento de pediatria

O estágio no serviço de Pediatria médica teve um importante contributo no meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sobretudo ao nível dos cuidados e particularidades inerentes à criança/família com doença crónica. Atualmente as instituições e os serviços estão organizados e preparados para dar resposta a situações de doença aguda e acompanhamento a crianças com patologia crónica em regime de ambulatório e domiciliário. O serviço de pediatria médica é um exemplo dessa prática, sendo que a maioria das crianças internadas são portadoras de patologias crónicas com algum tipo de agudização, que exige, num determinado período de tempo, recursos e vigilância hospitalar, garantindo assim o cumprimento do artigo 1º da carta da criança hospitalizada - “A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à criança [IAC], 2009, p. 11).

As expectativas no início do estágio eram muito elevadas, considerando que este campo de estágio seria muito enriquecedor para a minha prática enquanto futura Enfermeira Especialista.

Enquanto Enfermeira a desempenhar funções num serviço de urgência (SU) pediátrica há 6 anos, a minha experiência é mais direcionada para situações de urgência e emergência pediátrica, maioritariamente em situações de trauma/doença aguda. Porém, é também frequente no serviço de urgência (SU) o diagnóstico de algumas doenças crónicas, assim como a afluência de crianças portadoras de doenças crónicas em situação de agravamento/descompensação da sua patologia de base. No entanto, estas crianças são habitualmente transferidas num curto espaço de tempo para o serviço de pediatria médica, o que limita a minha prática a nível da continuidade de cuidados a nível técnico, na manipulação/otimização de equipamentos de suporte necessários à sua situação clínica e no ensino/instrução/treino às crianças/famílias, assim como a nível relacional com as mesmas.

A doença crónica é uma condição que obriga toda a estrutura familiar a novas exigências, alterações nas suas rotinas, internamentos frequentes, necessitando, por parte do enfermeiro, de um apoio e acompanhamento de proximidade e específico à criança e família. Este acompanhamento, promovido através de uma relação de empatia e confiança, exige, por parte da equipa de saúde, em particular do enfermeiro o desenvolvimento de uma parceria de cuidados que facilite a educação terapêutica de ensino, instrução e treino, capaz de promover o papel parental especial ou complexo, através da capacitação, para a satisfação das necessidades dos seus filhos em situação de doença, rumo à autonomia e bem-estar.

Ao longo do estágio desenvolvi uma relação com a criança/família, garantindo confidencialidade, respeito pelos valores, costumes e crenças, estabelecendo em conjunto com a equipa, uma comunicação de empatia, mais próxima dos pais, e conseqüentemente mais eficaz na gestão da ansiedade e receios demonstrados. Esta comunicação permite dar respostas, evitando possíveis situações de stress ou frustração geralmente causadas pela ansiedade e falta de informação.

Este estágio foi realizado em pleno estado de emergência decorrente da pandemia por COVID-19, estando assim, as visitas impedidas, permanecendo a criança com um familiar que o acompanhou em todo o internamento. Este constrangimento, que era inevitável, deixou a criança e família numa situação de maior fragilidade, decorrente do afastamento do seu ambiente familiar, faltando a alegria e os momentos prazerosos quando visitados pelo cônjuge/filhos, etc. Neste período atípico, os Enfermeiros/ Enfermeiros Especialistas precisaram de estar mais atentos aos momentos de tristeza e ansiedade para ouvir e apoiar, sobretudo em internamentos prolongados.

A prestação de cuidados no serviço de internamento de pediatria obedece ao Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (OE, 2017) onde é preconizado a Filosofia de Cuidados centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Este último, assenta no pressuposto de que os pais são os melhores cuidadores da criança, proporcionando o seu crescimento e desenvolvimento saudável. O mesmo modelo descreve a enfermagem pediátrica como um processo de negociação partilhada em que é respeitada a família nas suas competências, desejos e necessidades (Sousa, 2012). Ao longo do estágio, a criança e a família foram encaradas como parceiros nos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades, restituindo-lhes o poder de decisão e de participação, de forma a maximizar a autonomia e bem-estar na gestão da doença.

O método de organização de cuidados no serviço de internamento de pediatria é o dos cuidados individualizados, segundo o qual cada enfermeiro se responsabiliza pela

globalidade dos cuidados às crianças e famílias durante o turno de trabalho e o método de enfermeiro de referência nas crianças acompanhadas pela equipa de cuidados paliativos pediátricos. Respeitando também este, o conceito de cuidados individualizados, no qual existe um enfermeiro que fica sempre que esteja de serviço, responsável pelos cuidados prestados aos seus doentes durante todo o internamento, sendo o seu principal objetivo o cuidado humanizado.

Este método é promotor da comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar e do desenvolvimento de relações de confiança, uma vez que pressupõe que haja um menor número de intervenientes no processo de cuidados, facilitando o trabalho em parceria com os pais durante o internamento e também após a alta, concedendo maior espaço ao afeto, ao sentimento de segurança, de apoio e confiança, dimensões essenciais no processo de cuidar humanizado (Almeida, 2016 p.32).

Parte da equipa multiprofissional do serviço de pediatria, após formação diferenciada, integra a equipa de cuidados paliativos pediátricos deste hospital, não só na equipa intra hospitalar, mas também na vertente domiciliária, sendo esta uma referência a nível nacional. Esta equipa foi criada em 2016 estando atualmente definidas as suas funções pela Portaria nº66/2018, de 6 de março, que determina a necessidade de implementação de Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP), em todas as instituições hospitalares, pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Diário da República, 2018). Esta apoia, cada vez mais, um maior número de crianças, devido ao aumento de referenciações, sendo a área de abrangência toda a região centro. Possibilita o acompanhamento e suporte das crianças com patologias crónicas e suas famílias no domicílio, sempre que clinicamente necessário e possível e também desejado por elas.

Esta é uma equipa muito dinâmica, que promove workshops e outros métodos interactivos de suporte aos pais. Este apoio é muito importante para as crianças com estas necessidades, pois permite-lhes receber apoio, instrução e treino facultado pelo enfermeiro de referência, possibilitando conforto a estas crianças e famílias, que por vezes com viagens longas, chegam ao hospital cansados e, em algumas situações com descompensação da sua patologia de base.

Apesar do método de trabalho ser o individual, o trabalho em equipa é determinante. Ao longo destas semanas, procurei colaborar no trabalho em equipa com os restantes enfermeiros, dentro daquilo que eram as minhas capacidades e competências.

Tive a oportunidade de participar ativamente na avaliação das situações, na elaboração do plano de cuidados em função dos problemas identificados, na prestação de cuidados de enfermagem e realização de cuidados antecipatórios. Desta forma, pude desenvolver competências técnicas e também relacionais e comunicacionais, tendo em consideração de que a minha própria experiência profissional na área pediátrica e na mesma instituição foi facilitadora da participação ativa nos cuidados, o que foi bastante positivo.

No serviço de pediatria estão internadas crianças/famílias portadoras de patologias crónicas, com equipamentos/dispositivos e cuidados a eles inerentes, com os quais não estava familiarizada. Para tal, tinha definido alguns objetivos no projeto de estágio de forma a colmatar estas lacunas, como no caso da prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença crónica com necessidade de ventilação não invasiva e/ou com gastrostomia. Considero que estes objetivos foram atingidos, tive oportunidade de prestar cuidados a uma criança com traqueostomia e a várias com gastrostomia ao longo de todo o estágio. Para atingir estes objetivos foi essencial a ajuda/demonstração das enfermeiras tutoras, assim como a realização de pesquisa bibliográfica e consulta de normas e protocolos do serviço em vigor, com vista à fundamentação teórica de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos que facilitassem o desenvolvimento das capacidades requeridas em cada contexto.

No que diz respeito ao domínio da melhoria da qualidade, julgo ter sido o mais difícil de atingir durante o período definido para o estágio, dado que este é muito reduzido e também marcado por restrições impostas pela pandemia por COVID-19. Seria necessário um grande envolvimento e relação de confiança com a equipa de enfermagem para colaborar ou dinamizar algum projeto na área da qualidade ou para participar na elaboração de guias de boas práticas. Desta forma, o meu contributo passou pela partilha de experiências, conhecimentos e práticas com a equipa.

A diabetes Mellitus tipo I é outra patologia crónica que implica internamentos frequentes neste serviço, nomeadamente crianças com episódio inaugural ou aquando de descompensação, como a cetoacidose. Apesar de diversas vezes prestar cuidados a estas crianças no SU, defini alguns objetivos neste âmbito, dado que aquando do episódio inaugural é no serviço de pediatria médica que se desenvolvem intervenções de educação terapêutica junto da criança e família. Era para mim importante desenvolver competências que favorecessem capacitação para a autonomia e auto-gestão através do ensino, instrução e treino na avaliação da glicemia capilar, administração de insulina e gestão da alimentação e atividade física diária.

Durante o estágio aconteceram inúmeros internamentos por diagnósticos recentes de Diabetes Mellitus tipo I, tendo colaborado com o enfermeiro responsável no acompanhamento de algumas destas crianças, desenvolvendo as atividades a que me propus inicialmente. Pude perceber que, no geral, as crianças e famílias em poucos dias, sob supervisão do enfermeiro já conseguem realizar a auto-vigilância e auto-administração da insulina, apesar do receio e ansiedade que naturalmente sentem e manifestam aquando do diagnóstico inaugural no serviço de urgência, facto que se deve ao apoio, instrução e treino constantes fornecidos pela equipa multidisciplinar.

Foi ainda definido um objetivo, relativo ao tema central em estudo, respeitante ao cuidado da criança e família com patologia respiratória, nomeadamente asma. A asma está entre as patologias mais frequentes em Pediatria (Aquino & Salgado, 2017), sendo frequentemente motivo de internamento neste serviço. No entanto, no período do estágio apenas esteve internada uma criança com patologia respiratória. Tendo o estágio decorrido no período de confinamento por pandemia COVID19 e com utilização obrigatória de máscaras de proteção, registaram-se menos infeções respiratórias que o habitual. Ainda assim, tive a oportunidade de reforçar orientações à criança e família acerca da utilização da câmara expansora utilizada no regime terapêutico, assim como identificação dos sinais de dificuldade respiratória.

Tive ao longo do estágio oportunidade de planear e prestar intervenções a um recém-nascido transferido da unidade de cuidados intensivos com o diagnóstico de síndrome de abstinência neonatal. Foi possível, com a enfermeira responsável e em conjunto com a mãe, estabelecer um plano promotor da parentalidade, promovendo ao longo de todo o internamento a vinculação do recém-nascido, ensinando e incentivando a mãe a prestar cuidados ao bebé, como o banho, preparação do leite e cuidados a ter com a alimentação. Aquando da alta, foi estabelecido contacto com a enfermeira de família de forma a transmitir a informação de todo o processo de cuidados durante o internamento, de forma a promover a continuidade dos mesmos e a vigilância/apoio às necessidades desta família no domicílio.

A promoção de cuidados não traumáticos, consignados na Convenção dos Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada está muito presente na prestação de cuidados neste serviço. Existe esforço de toda a equipa multidisciplinar em permitir a oportunidade para que a criança e o jovem se possam expressar, transformando assim o hospital num ambiente menos agressivo, assim como estimular a presença e participação parental, manutenção das rotinas, minimizar a perda de controlo e autonomia, e promover atividades lúdicas adequadas ao estágio de desenvolvimento.

A gestão da dor é uma grande preocupação de toda a equipa, verificando-se vários episódios em que, foi necessário ajustar os horários da prestação de cuidados de acordo com a avaliação da dor da criança, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. Tive oportunidade de colaborar em colheitas de sangue e colocação de cateteres venosos periféricos, recorrendo a estratégias de alívio da dor, nomeadamente à administração de sacarose, incentivo à presença dos pais, distração e imaginação guiada, de acordo com a faixa etária das crianças em questão.

Neste serviço estão internadas algumas crianças há vários anos, algumas praticamente desde o nascimento, devido a contextos familiares complexos e às necessidades que a doença crónica impõe. Os cuidados humanizados de carinho e a relação estabelecida com eles é indescritível, constituindo o brincar uma constante em todos os momentos. Os brinquedos e atividades lúdicas, tornam a experiência de doença e hospitalização mais positivas.

1.2 Estágio II- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A prestação de cuidados de enfermagem numa Unidade de Neonatologia é extremamente diferenciada e especializada ao nível do saber experiencial e conhecimento, pelo que foi essencial a orientação das enfermeiras tutoras na prestação de cuidados.

O nascimento de um bebé prematuro é um acontecimento cada vez mais frequente e a sua viabilidade cada vez maior. Os pais de um recém-nascido (RN) prematuro vêem-se perante uma experiência desgastante. Tal como qualquer outra hospitalização, a permanência de um RN numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) gera instabilidade e desequilíbrio acentuado no sistema familiar.

O nascimento de um recém-nascido pré-termo (RNPT), pequeno e frágil, ou doente, vem desfazer o sonho de um bebé ideal, trazendo sentimentos de culpa, de incapacidade em proteger o seu filho e medo da perda. Além disso, a vulnerabilidade que o recém-nascido apresenta pela sua imaturidade biológica leva a um internamento prolongado nas unidades de cuidados neonatais. Este facto leva a que haja um aumento da angústia e medo dos pais, já fragilizados pelo próprio nascimento prematuro. É toda uma conjuntura de desequilíbrios em que a intervenção do Enfermeiro Especialista é deveras importante no sentido de desenvolver as capacidades da família, de forma a adaptar-se a esta situação. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem um papel preponderante na promoção da vinculação, utilizando estratégias para promover o contacto físico pais/recém-nascido, negociar e incentivar o envolvimento dos pais na

prestação de cuidados ao filho com necessidades de saúde especiais (O.E. Regulamento n.º 422/2018, Diário da República).

A OE (2015), no seu Guia Orientador de Boas Práticas, reforça a importância da intervenção dos enfermeiros no apoio à vivência da parentalidade, devendo haver entre o profissional e os pais uma negociação constante, para que estes se sintam parte da equipa e promovam, nos seus padrões de resposta, o sentimento de confiança e pertença.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deverá ser um elemento fundamental na equipa multidisciplinar na promoção da vinculação, pois esta é extremamente importante para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. Ao longo destas semanas de estágio, em conjunto com as enfermeiras tutoras, adotei, constantemente, intervenções promotoras da vinculação pais/RN através do contacto físico, do estabelecimento de uma linguagem afetiva, assim como a valorização das competências dos pais e bebé, como o toque, pegar ao colo, incentivar a presença dos pais junto aos recém-nascidos, assim como a promoção do cuidado canguru.

O cuidado através do método canguru é praticado sempre que a situação clínica o permite, assistindo-se a momentos prazerosos entre a mãe/recém-nascido (RN), recheados de alegria e emoção. Este método consiste no contacto pele-a-pele entre a mãe e/ou pai e o bebé e que segundo estudos recentes, deve decorrer logo após o nascimento, colocando o RN entre os seios da mãe ou no peito do pai em posição vertical com o tórax e o abdómen em contacto, dado que lhe são reconhecidas diversas vantagens, tais como a promoção do aleitamento materno e no estabelecimento do apego, fundamental para a formação de vínculo entre pais e filhos (Duarte, 2018).

Devido ao contexto pandémico que atravessamos, as visitas dos pais são menos frequentes, podendo apenas colaborar e assistir na realização do contacto pele-com-pele com mães. A limitação das visitas é uma barreira que afeta a promoção da vinculação e da parentalidade, sendo uma preocupação constante para os enfermeiros, dado que as mães estão mais longe das suas famílias, necessitando ainda de mais apoio por parte da equipa ao longo do internamento.

Existe um grupo de trabalho integrado na humanização de cuidados, que desenvolve um trabalho de excelência na promoção do bem-estar dos recém-nascidos prematuros e família. Constitui um projeto inovador e com muita dinâmica, que visa minimizar o sofrimento e angústia destas famílias, promovendo ações de humanização que ajudam a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Tive oportunidade de colaborar em algumas destas atividades cujo objetivo principal é a criação da vinculação entre a mãe e o RN e a diminuição da ansiedade causada pelo distanciamento determinado pela situação clínica do

RN, como é o caso do “projeto “MÃE ”que inclui a criação de cartões com fotografias do bebê, que são entregues posteriormente às mães no serviço onde elas se encontram internadas (quando a sua situação clínica ainda não a permitiu deslocar-se ao serviço para conhecer o bebê). Existem várias outras atividades, como ações comemorativas dos “dias especiais” para os recém-nascidos internados e família (ex. 1º mês, dia da mãe/pai, dia da criança, dia em que faz o primeiro canguru, em que atinge o primeiro quilo de peso, etc.).

Ao longo deste estágio pude observar e refletir acerca da forte relação de empatia que a equipa estabelece com as famílias, devido aos internamentos muito prolongados. Está presente uma filosofia de humanização de cuidados baseado no modelo de parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família, que facilitam a promoção da vinculação e progressivamente a preparação para a alta.

A amamentação é considerada o método ideal para fornecer aos RN, incluindo aqueles que nascem prematuros ou doentes, os nutrientes necessários para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, específico da espécie, sendo que todas as preparações substitutas diferem dele, tornando o leite materno excepcionalmente superior para a alimentação infantil. Além disso, está comprovado que o aleitamento materno exclusivo e prolongado é benéfico para a saúde da mãe e do RN (Ezeonodo et al., 2015; OMS, 2018, citado por Galvão, 2020). Devido à importância do aleitamento materno, essencialmente para recém-nascidos prematuros, como prevenção de patologias com elevada incidência na prematuridade, na UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) há um grande investimento da parte de todos os profissionais para promover a amamentação ou alimentação dos RN por sonda com leite materno. Para tal, é imprescindível o papel dos enfermeiros no constante apoio, ensino, treino e capacitação das mães para a extração de leite com bomba nas primeiras horas pós-parto, assim como manter esta estimulação de 3/3 horas. A equipa de enfermagem tem muito sucesso com o recurso a estas intervenções. No período da realização deste estágio, praticamente todas as mães produziam e extraíam leite suficiente para assegurar a totalidade do aporte diário de leite necessário aos seus filhos.

De forma a complementar este trabalho constante da equipa, foi elaborado um folheto informativo destinado aos pais acerca da importância da amamentação na prematuridade, que foi muito valorizado, tanto pelos pais como pela equipa.

Durante a vida intra-uterina, o RN encontra-se num ambiente que dispõe de proteção materna, face ao ambiente exterior, com aporte contínuo de nutrientes, temperatura estável e ritmos crono-biológicos regulares, sendo estes fatores fundamentais para o crescimento e desenvolvimento saudável. Por este motivo, o RN ao nascer

prematuramente é extremamente suscetível e sensível ao ambiente da UCIN (Sousa, Dias, Pedro, Artilheiro & Curado, 2016, citado por Cruz, 2018).

(Silva, 2005 citado por Cruz, 2018) refere que os Cuidados para o Desenvolvimento englobam toda uma filosofia do cuidar, incluindo diversas atividades para adequar o ambiente e individualizar o cuidar do RNPT pela sua família e pela equipa, com base nas observações comportamentais. Os Cuidados para o Desenvolvimento englobam um conjunto de medidas e modelos de atuação da parte dos profissionais de saúde e família cuidadora, assim como formas de adaptação do meio ambiente que o tornem menos agressivo ao contacto do RNPT, numa tentativa de minimizar os fatores geradores de stress. O Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do recém-nascido (NIDCAP) é um exemplo destes programas. Este programa consiste numa abordagem comportamental e que pressupõe uma prestação de cuidados baseada na informação que o recém-nascido fornece. Visa melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade, sobretudo a nível do desenvolvimento cerebral da criança e na família e permite a realização de um plano de cuidados visando melhorar e fortalecer as forças do bebé. Seguindo esta filosofia de cuidados, observei a articulação da equipa médica com a equipa de enfermagem aquando da realização de algum procedimento ao recém-nascido, com o objetivo de reduzir manipulações excessivas que pudessem comprometer o bem-estar e o sono do bebé. O planeamento das intervenções é sempre efetuado com manipulação mínima, em que são concentrados os procedimentos a realizar, de forma a respeitar o bem-estar e o sono do recém-nascido, evitando assim situações de stress que possam comprometer o seu desenvolvimento saudável.

Ainda neste âmbito, as medidas não farmacológicas são seguras, não invasivas, pouco dispendiosas e constituem intervenções de enfermagem autónomas (Batalha, Santos & Guimarães, 2007). Estas medidas incluem a redução da incidência da luz, do ruído, promoção de períodos mais prolongados de sono e repouso, posicionamento e contenção, concentração de manipulações, sucção não nutritiva, contacto físico com os pais, utilização de sacarose. Ao longo do estágio tive oportunidade de desenvolver competências na gestão da dor do recém-nascido de alto risco, realizando algumas intervenções como colheitas de sangue, introdução de sondas, recorrendo a estratégias não farmacológicas como a sacarose e/ou contenção, verificando como estas surtem efeito.

Um dos objetivos definido inicialmente estava relacionado com o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao RN com dispositivos de Ventilação Invasiva e Não Invasiva. Nesse sentido, tive oportunidade de prestar cuidados a estas crianças, conhecendo de forma mais aprofundada os dispositivos de ventilação e cuidados a ter

na sua otimização. A orientação e informação fornecidas pelas enfermeiras tutoras, assim como consulta dos protocolos do serviço, foram essenciais para atingir este objetivo, colmatando assim alguma falta de informação que tinha nesta área.

Este estágio foi sem dúvida uma mais-valia para o meu desenvolvimento técnico, pessoal e profissional, decorrendo num serviço de vanguarda, onde existem situações complexas e onde conheci a realidade do atendimento a RNPT e sua família numa unidade altamente diferenciada. No final deste estágio foi possível compreender melhor o papel do EESIP numa UCIN, porque são exigidos conhecimentos técnico-científicos baseados na evidência que lhe permitam reconhecer as situações de risco, assim como uma visão global da RN/família. Este tem ainda um papel crucial no processo de transição para a parentalidade e promoção da vinculação.

1.3 Estágio III – Unidade de Saúde Familiar

A realização do estágio em cuidados de saúde primários foi para o meu percurso uma mais-valia, pois é uma área com papel muito importante e dinâmico ao nível da vigilância da saúde infantil e promoção da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assume que: “Os cuidados de saúde primários são uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021).

Os cuidados de saúde primários visam a prestação cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde, de acordo com os três níveis de prevenção. “Os cuidados de saúde primários asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário” (OMS, 2021), são serviços de saúde privilegiados, dada a sua proximidade e conhecimento da população para a promoção da saúde através de diversas estratégias, tendo um papel muito importante na idade pediátrica no apoio às famílias na transição para parentalidade, assim como no acompanhamento à criança/jovem e família para ensino e gestão de patologias agudas ou crónicas.

Para investir na prevenção e promoção da saúde, enquanto estratégias que visam aumentar a capacidade de gestão de um projeto de saúde, é fundamental que se implementem programas educacionais, desenvolvendo o empowerment da criança/família e

comunidade, tendo os cuidados de saúde primários um papel importante e promissor nesta área, dado o conhecimento e proximidade que detém com a comunidade.

Nas USF está presente o método de enfermeiro de família que atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados às pessoas doentes, agindo como agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise, quer em questões de saúde. De acordo com o DL 118/2014, o enfermeiro de família é definido como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”.

A família é tida como parceira de cuidados prestados à criança, bem como ela própria se torna unidade de cuidados. O enfermeiro de família tem um papel promissor como agente de mudança num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica, tendo a enfermagem de família como principais objectivos a capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança (Costa, 2013). Esta parceria estabelecida, visa a promoção do mais elevado estado de saúde possível da criança, a prestação de cuidados à mesma, a educação para a saúde, bem como a mobilização de recursos de suporte à família (OE, 2018).

O enfermeiro, enquanto elemento agregador desta relação de parceria, proximidade e ajuda com a criança/jovem e família, elabora um plano de cuidados de enfermagem adequado à mesma, uma vez que facilita a partilha de informação, de dúvidas e receios. Aliada a esta partilha, aquando da elaboração do mesmo, é fundamental a observação e avaliação por parte do enfermeiro, para um diagnóstico de enfermagem fundamentado (OE, 2010). a relação de proximidade do enfermeiro de família com a criança e família em que está integrada, permite-lhe o conhecimento das suas dificuldades, o enfermeiro ajusta a periodicidade de acordo com a necessidade da criança/jovem e família

Torna-se, assim, fundamental compreender os cuidados de saúde primários onde a promoção de saúde é a base da atuação dos profissionais de saúde, com o objetivo de promover o autocuidado e o autocontrolo. De acordo com esta conceção, as pessoas são incentivadas a utilizar as suas capacidades e conhecimentos para potenciarem a sua saúde e, desta forma, poderem fazer escolhas e atuar de acordo com o seu projeto de saúde.

Atualmente, a vigilância do desenvolvimento das crianças e jovens faz parte integrante das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS (2013), “sendo um aspeto de extrema relevância, dado

que são os cuidados de saúde primários o local onde as crianças são preferencialmente vigiadas em Portugal” (Correio, 2020 p. 219).

Para dar resposta à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, são muitos os objetivos que devem ser desenvolvidos, entre eles a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, constituindo uma importantíssima intervenção do enfermeiro no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil.

Só através de uma avaliação sistemática e individualizada é possível detetar anomalias e problemas de crescimento e desenvolvimento atempadamente, intervindo o mais precocemente possível. O crescimento e desenvolvimento da criança corresponde a uma importante intervenção do enfermeiro especialista no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil. No âmbito da avaliação do desenvolvimento, a escala Mary Sheridan é uma das mais usadas em todo o mundo (Pinto, 2009), cuja avaliação, de acordo com as idades previstas no programa nacional de saúde infantil e juvenil, está muito bem esquematizada de forma a ser facilmente avaliada e registada na aplicação informática, constituindo uma ferramenta importante para esta avaliação.

Neste âmbito, na primeira semana de estágio pude colaborar numa consulta de uma criança de 18 meses com algumas competências ainda não adquiridas, nomeadamente no domínio da linguagem. Nesta consulta, a sua enfermeira de família, dada a sua relação de proximidade e conhecimento das dificuldades vividas pela família, assim como sinais de alarme da criança em consultas prévias, já estava desperta para a necessidade de encorajar a mãe para que investisse na estimulação do filho. Foram-lhe sugeridas a utilização de jogos ou mesmo que nas atividades do dia a dia o incentivasse a verbalizar o objeto desejado, evitando dar resposta a outro tipo de expressão, de forma a que estimulasse o desenvolvimento da linguagem da criança.

O conhecimento das diferentes fases do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que podem ajudar a promover a aquisição das competências, podem evitar ou minimizar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou falhas na estimulação da criança. Assim, é importante incentivar os pais a recorrer à brincadeira e interação com o seu filho de forma dirigida e intencional, através de jogos ou outras atividades para estimular o desenvolvimento dos seus filhos (Pinto 2009).

Na conjuntura atual, de pandemia por COVID-19, as consultas realizadas na USF estiveram de acordo com as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS), sobretudo as decorrentes no primeiro ano de vida assim como aquelas em que estava subjacente a vacinação prevista do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Contudo, é de salientar que as

idades referidas não são rígidas e, dada a relação de proximidade do enfermeiro de família com a criança e, lhe permite o conhecimento das suas dificuldades, o enfermeiro ajusta a periodicidade de acordo com as necessidades identificadas, assim como aquelas sentidas pela criança/jovem e família.

Ainda, de acordo com as orientações da DGS, relativamente aos objetivos da consulta de saúde infantil, pude, em colaboração com as enfermeiras tutoras, intervir na Promoção da Saúde Oral, do cumprimento do PNV, na prevenção de acidentes, assim como a educação para a saúde sobre hábitos alimentares saudáveis e incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis.

Durante o estágio na USF tive oportunidade de realizar educação para a saúde aos pais/crianças durante as consultas de saúde infantil. Os ensinamentos, realizados de forma informal, acontecem em todas as consultas, aproveitando-se todas as oportunidades para a partilha de informação ou reforço de alguma informação aos pais/criança. Estes procedimentos de educação para a saúde por parte dos enfermeiros são muito importantes e muito valorizados por parte dos pais, que muitas vezes se dirigem às consultas já com uma lista de perguntas a serem feitas. Os pais possuem uma enorme necessidade de informação e de ensinamentos, pois é através destes que se sentem mais seguros e mais capacitados para cuidarem do seu filho.

Ao longo das consultas, fui observando e adotando a forma de comunicar utilizada pelas enfermeiras com as crianças e jovens, dado que abordam todas as temáticas com a criança, não como perguntas, mas no decorrer de uma conversa informal com a criança ou jovem, como as referentes ao estilo de alimentação, hábitos, etc., às quais as crianças/jovens colaboram e respondem com interesse.

A alimentação saudável e erros alimentares são temáticas muito abordadas com as crianças, dada a conjuntura atual de incremento do excesso de peso na população portuguesa, incluindo a população pediátrica, mas acima de tudo com os pais, pois são eles os responsáveis pela aquisição dos alimentos e consequentemente do consumo por parte das crianças. No geral, sabem identificar os erros que cometem, tendo conhecimento, por exemplo do alto teor de açúcar ou gorduras que os alimentos contêm, manifestando, no entanto, pouca motivação para alterá-los, pelo que se exige continuidade de atenção e investimento por parte dos enfermeiros.

No meu local de trabalho, o foco acaba por ser mais centrado na doença e no tratamento da mesma, sendo toda a educação para a saúde mais direcionada para o problema que a criança apresenta naquele momento. Assim, a educação para a saúde e

cuidados antecipatórios para um estilo de vida mais saudável para as crianças e jovens foram importantes competências desenvolvidas.

O acolhimento à criança e família, a colheita de dados sistematizada, a observação física com avaliação dos dados estado-ponderais, a explicação das diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento e o esclarecimento de questões colocadas pelos prestadores de cuidados no decorrer das consultas de enfermagem, foram algumas das intervenções desenvolvidas.

Ao longo do estágio, colaborei também na consulta de saúde infantil a crianças com asma, que estavam sob medicação inalatória devido a episódios de agudização

A asma é apontada como a doença respiratória crónica mais comum na infância, e gera altos custos para o sistema de saúde e para a sociedade, prejudicando a qualidade de vida da criança e de sua família. Entretanto, o seu controle pode ser influenciado pela autoeficácia dos pais e/ou cuidadores, ou seja, pela crença, na capacidade de realizar, com sucesso, ações que resultem em menos visitas às emergências, menos hospitalizações e menos dias de absenteísmo escolar, contribuindo com a promoção da saúde da criança e da família (Lima, 2018,p.8).

Com vista a completar os ensinamentos para uma gestão eficaz do regime terapêutico em crianças com asma, foi elaborado um folheto informativo aos pais/cuidadores de crianças medicadas com fármacos via inalatória. O folheto representado em apêndice é de leitura simples e linguagem objetiva, para mais fácil percepção da mensagem. A realização das recomendações foi fundamentada com base em artigos publicados, visando informar acerca da utilização e manutenção da câmara expansora com máscara facial, de forma a aumentar os conhecimentos dos pais acerca desta temática, assim como capacitá-los para uma eficaz administração destes fármacos, indo ao encontro da recomendação de que “a enfermagem é imprescindível no plano de ação preventiva da asma, a partir de atividades de educação em saúde, pois trabalham juntamente com as famílias para assegurar uma maior adesão dessas ao tratamento da criança”(Silveira 2017 p.131)

Capítulo 2. Estudio Empírico

Neste capítulo pretende-se aprofundar a problemática da promoção da saúde na criança com asma, sendo adotada a *Scoping Review* enquanto método para identificar e mapear as melhores práticas baseadas na evidência.

1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico do fenómeno em estudo agrega um conjunto de conceitos indispensáveis para compreender a problemática, que merecem ser aprofundados.

1.1. Incidência da asma na criança

A criança é particularmente suscetível a desenvolver doenças respiratórias, porque existem alguns fatores que favorecem essa evolução, como as características anatómicas e as especificidades fisiológicas e imunológicas (Ribeiro, 2016). As doenças respiratórias constituem-se como um importante problema de saúde pública e afiguram a principal causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade (Frauches et al., 2017; Silva Filho et al., 2017).

De etiologia infecciosa ou não infecciosa, estas podem acometer as vias aéreas superiores (nariz e fossas nasais, seios perinasais, boca, faringe e laringe), estendendo-se ao ouvido médio e as vias aéreas inferiores (traqueia, brônquios, bronquíolos e pulmões) (Frauches et al., 2017). Esta última localização, segundo os mesmos autores, apresenta, em geral, maior gravidade. As doenças respiratórias são responsáveis por cerca de 25% de todas as consultas pediátricas e 10% representam casos de asma (Cutrera et al., 2017).

Assim, a asma está entre as patologias mais frequentes em Pediatria (Aquino & Salgado, 2017), sendo a causa mais frequente de doença crónica neste grupo etário. Nas últimas décadas, a sua prevalência tem vindo a aumentar em todo o mundo, principalmente nos países ocidentais (Constant, Sampaio, Negreiro, Aguiar, Silva et al., 2011), tornando-se na principal causa de morbilidade na infância.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), em Portugal, dos 6-7 anos esta patologia afeta 12,9% da população e 11,8% dos 13-14 anos, sendo uma causa frequente de internamento hospitalar. Contudo, em cerca de 90% dos doentes é possível controlar a asma, quer com medidas farmacológicas, quer não farmacológicas, permitindo a minimização das exacerbações (DGS, 2014) e consequentemente a qualidade de vida destas crianças.

A corroborar, Zacaron et al. (2019) referem que a asma é um grave problema de saúde global que acomete todos os grupos etários, cuja prevalência tem aumentado em

muitos países, particularmente entre as crianças, sendo, assim, a principal doença respiratória crônica da infância, com um significativo comprometimento da saúde das crianças. Ainda em conformidade com os autores citados, tendo em conta a *Global Initiative for Asthma* (GINA), a asma pode “ser classificada em bem controlada, parcialmente controlada e não controlada, com base na avaliação de sintomas” (Zacaron et al., 2019, p. 2).

1.2. Fisiopatologia

A asma é uma síndrome de disfunção pulmonar em que ocorre um desequilíbrio entre as forças que contrariam a ação da musculatura lisa do brônquio e mantém as vias aéreas abertas e as que tendem a amplificar a ação desta musculatura e a encerrar as vias aéreas. No que diz respeito ao primeiro caso, existe um aumento do volume pulmonar e a redução da tensão superficial (Miadich et al., 2015). Quanto à segunda situação, existe o edema, o aumento do músculo liso, o aumento de muco, da espessura da parede e redução do surfactante.

A investigação do músculo liso tem sido de extrema importância, uma vez que este músculo encontra-se nas vias aéreas desde a gestação e as respostas fisiológicas são análogas às dos indivíduos mais velhos, com a exceção da broncodilatação que é menor na infância, estabelecendo-se gradualmente até aos 5 anos de idade (Zhu et al., 2017). Os mesmos autores referem ainda que, em relação à função pulmonar, nas crianças asmáticas há uma diminuição significativa desta que não existe nas restantes. Com base nestas evidências, os autores citados admitem que a asma é uma doença em que os padrões de desenvolvimento do pulmão e do sistema imunológico estão alterados desde cedo e que estas alterações podem desencadear a primeira crise, surgindo o processo inflamatório característico da asma. Este processo pode provocar alterações da estrutura e da função pulmonar que vão perpetuar a doença.

O desenvolvimento, a persistência e a gravidade da asma na infância são influenciados por fatores ambientais (fumo do tabaco), genéticos (a atopia) e uterinos (alterações do desenvolvimento das vias aéreas). Muito recentemente, informações obtidas de estudos longitudinais permitiram obter novas informações sobre os fatores que interferem com o crescimento do pulmão, nomeadamente a prematuridade, o uso de corticosteróides durante a gestação, fatores ambientais, asma, fármacos antiasmáticos, entre outras informações obtidas através da biologia molecular (Kouzegaran et al., 2018).

A asma típica resulta da interação de anticorpos na mucosa brônquica sensibilizada por antígenos inalados ou carregados no sangue. Como resultado desta reação

imunológica, as fibras colinérgicas nos brônquios são estimuladas. Em resposta a este estímulo ocorre edema da mucosa e submucosa; contração da musculatura brônquica; secreção excessiva de muco espesso e pegajoso. Estas três disfunções levam a um estreitamento do lúmen brônquico total, e mesmo à oclusão completa dos bronquíolos menores. O paroxismo asmático agudo caracteriza-se por obstrução tanto da fase inspiratória, como na fase expiratória da ventilação pulmonar. A respiração é feita com o tórax hiperinsuflado na tentativa de superar a obstrução das vias aéreas. A expiração é prolongada, havendo uma distensão progressiva dos pulmões e o volume residual aumenta de forma aguda (Zhuet al., 2017). Configura-se, assim, como uma inflamação das vias aéreas pulmonares, que se tornam mais sensíveis à presença de fatores específicos, sendo estes os causadores para a diminuição do fluxo de ar, que passa nestas vias provocando falta de ar ou/e pieira. À sensibilidade das vias aéreas designa-se de hiper-reatividade brônquica.

Esta é uma doença que afeta uma franja importante da população. A OMS (2020) aponta que, aproximadamente 13 milhões de crianças com idade inferior aos cinco anos de idade morrem por doenças do aparelho respiratório.

1.3 Promoção da saúde na criança com doença crónica

Segundo a carta de Ottawa, a promoção da saúde é definida como o “processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar ou manter “ (OMS - Carta de Ottawa, 1986). O enfermeiro tem um papel promissor na área da promoção da saúde na criança e família, papel este que assume ainda maior relevo quando se refere a crianças/famílias/cuidadores com doença crónica em que é necessário que o enfermeiro desenvolva com a criança/família uma relação pautada pelo fornecimento de informações acerca da patologia e necessidades por ela imposta, assim como instrução e treino constante de utilização de dispositivos fundamentais, tendo em vista promoção e apoio constante ao exercício do papel parental complexo.

O EESIP

Presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança; proporciona educação para a saúde e suporte à família/cuidadores de modo a otimizar a saúde; desenvolvendo a sua atividade em todos os contextos onde é requerida pelas crianças,

jovens e suas famílias. (Drewet al, 2002; Serota, 2006 citado por OE 2012 p.2).

A asma na criança, enquanto doença crónica, necessita tratamentos complexos e atitudes preventivas, onde o papel dos pais ou outros cuidadores adquire um relevo essencial. Neste sentido, as intervenções de enfermagem são fundamentais na promoção de um melhor conhecimento da doença, com alteração de comportamentos e atitudes, de modo a permitir um melhor controlo da asma na criança e promover a saúde (Zacaron et al., 2019).

A educação do doente asmático e seus familiares, coadjuvada com a terapêutica farmacológica aconselhada pelos consensos internacionais para o seu tratamento, a reeducação funcional respiratória e as possíveis medidas que permitam evitar o aparecimento de crises, assumem um importante papel na redução da morbidade e mortalidade causadas pela patologia (DGS, 2014a). Por conseguinte, uma melhor prática do enfermeiro, que tenha em conta estes fatores, é um dos pilares fundamentais em que assenta o êxito de um Programa de Controlo da Asma (DGS, 2014b). As evidências mostram que quanto mais conhecimentos o doente tiver sobre a doença e tratamento, mais capacidade terá para gerir as crises, cumprir o tratamento e, deste modo, ter ganhos em saúde (Parente, Araújo & Soares, 2015).

Para Khajavikia et al. (2017) e Angélica et al. (2017), a asma na infância é considerada uma doença crónica de difícil controlo o que, na opinião dos autores se deve ao elevado número de fatores envolvidos quer na etiologia, quer na prevenção e tratamento, resultando em consequências negativas quer para a criança, quer para os pais/cuidador principal, traduzindo-se em restrições que se devem sobretudo à não adesão ao tratamento e às condições socioeconómicas.

Os estudos também demonstraram que as intervenções não farmacológicas são caminhos promissores para melhorar a saúde da criança com asma. As evidências que apoiam essas intervenções sugerem programas de educação e de autogestão, terapias psicológicas e a modificação do estilo de vida. Estas evidências corroboram o referido por Scott et al. (2015) e Freitas et al. (2017), segundo os quais, as intervenções não farmacológicas podem ter múltiplos impactos na saúde da criança, nos fatores de risco e nas co morbilidades. Por exemplo, a intervenção do exercício físico adaptado não reduz apenas a inatividade física, também pode reduzir a obesidade, melhorar a função pulmonar e a saúde em geral e resultam em melhorias clinicamente significativas na saúde da criança.

Em crianças, como referem Wild et al. (2017, p. 2), o controlo da asma tem uma relação direta com o cuidado exercido pelos pais ou cuidadores. As mesmas autoras acrescentam que “o conhecimento sobre a doença, a adesão ao tratamento, o uso adequado dos medicamentos e a informação são importantes aliados no controlo da asma”. Todavia, alegam que a baixa percentagem do

Controlo da asma, o uso inadequado das medicações, os baixos índices de diagnóstico, o tratamento inapropriado, os mitos populares, a desinformação e a falta de monitorização podem refletir-se diretamente no agravamento da asma e nos reinternamentos hospitalares (Wild et al., 2017, p.2).

Face a estes pressupostos, é importante uma intervenção de enfermagem que potencie a prevenção de crises e a promoção da saúde da criança com diagnóstico de asma, devendo, os programas educacionais, ser realizados pelos enfermeiros em parceria com os pais/cuidador principal. Será também importante potenciar-se o bem-estar psicossocial, que deve ser avaliado durante a prática clínica para uma melhor abordagem holística e melhoria efetiva da saúde das crianças com este diagnóstico. Os programas de intervenção têm de ser adaptados e ter em conta a faixa etária das crianças.

1.4 Intervenções de enfermagem na capacitação dos pais/família

A intervenção dos EESIP junto da criança com diagnóstico de asma deve contemplar as orientações dadas à família/cuidador, abordando algumas temáticas de modo a que consigam gerir a doença, prevenindo crises e atuando precocemente nos episódios de agudização. Importa também referir que a criança e a família tornam-se parceiros fundamentais neste processo, dado que o tratamento adequado depende das avaliações diárias e da implementação de um plano de tratamento. Assim, como mostram as evidências, a compreensão da patogénese da asma pode ajudar as crianças/família a perceberem a relevância das recomendações que tendem a minimizar as crises e a potenciar a saúde. Por conseguinte, têm de ser detalhadas as expectativas de um bom controlo da patologia decorrentes de uma intervenção ajustada (Milligan, et al. 2016; Banjari et al., 2018; Kouzegaran et al., 2018).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é especificado a partir da

filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorram nos seguintes contextos: hospital; centros de saúde; rede de cuidados continuados; escola; comunidade; domicílio, de entre outros exemplos (OE, 2017, p. 4).

Ainda na ótica do exercício profissional centrado na família, Brito et al. (2017, p. 11) referem que, em todos os momentos do cuidar, o enfermeiro tem presentes conceitos metaparadigmáticos de saúde, pessoa, ambiente e cuidado de enfermagem. A saúde é vista como uma representação mental da condição individual de saúde, como um conceito que varia ao longo do tempo (e por isso subjetivo), traduzindo um processo contínuo e dinâmico de equilíbrio que não pode descurar o autocontrolo do sofrimento e o bem-estar nas dimensões física, emocional e espiritual (Conselho de Enfermagem, 2001, citado por Brito et al. 2017, p.11). Sem esquecer “a necessária adaptação às transições decorrentes do desenvolvimento infantil, ou acidentais, em estreita ligação, jamais a dissociando dos pais/família” (Brito et al., 2017, p. 11).

O foco de intervenção do EESIP deve ser centrado na criança e na família/cuidador, suportado pelo processo de reflexão sobre o agir e o pensar em enfermagem. Ribeiro (2016, p.19) afirma que “o crescimento profissional evolui a partir do processo de aprender a aprender, da mudança na prática pela autocrítica, da consciência da tomada de decisão a partir da descrição das situações e da reflexão sobre essas situações”. A enfermagem deve contemplar os cuidados centrados na criança/família/cuidador principal para dar resposta às suas necessidades, de modo a capacitá-la para “saber, visionar e avaliar opções, planear estratégias e soluções mútuas e identificar os comportamentos ou as ações para atingir os resultados” (Hoeman, 2011, p.12).

Os estudos relatam que as intervenções dirigidas às crianças com diagnóstico de asma e aos pais/cuidador principal mostram que as estratégias educativas através das quais se transmitem informações sobre a doença, medicação e controlo dos sintomas têm efeitos positivos na saúde da criança, dotando esta díade de competência para uma melhor gestão e controlo da asma e maior adesão ao tratamento, com resultados de saúde mais eficazes (Miadich et al., 2015; Khajavikia et al., 2017). É importante também que se tenha em consideração os aspetos culturais e abarcar os determinantes do conhecimento da doença, abrangendo as medidas de restrição da exposição aos fatores desencadeantes e conseqüente adoção de um plano de autocuidado que inclua a identificação precoce dos sintomas, evitando exacerbações das crises (Kouzegarant et al., 2018).

Esta problemática é de enorme importância, entre outros aspetos, no que se relaciona com a saúde da criança, sendo as intervenções de enfermagem de grande

relevância para a promoção da saúde e prevenção de crises, assim como para a promoção da literacia em saúde dos cuidadores da criança sobre a temática. Estes pressupostos são fundamentais para que todos os que, direta ou indiretamente, lidam com esta problemática possam participar de forma ativa na gestão desta patologia crónica, no sentido de obter ganhos em saúde.

1.5 Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

Considerando que um dos principais objetivos da enfermagem é a maximização da saúde através da qualidade dos cuidados prestados, baseados em quadros conceptuais que mobilizam diferentes conceitos e teorias, importa desenvolver um breve enquadramento acerca do modelo teórico de Anne Casey, assente nas pesquisas bibliográficas efetuadas acerca do mesmo, articulando-o com a sua importância para a prática dos cuidados à criança/família com asma.

A presença e participação da família nos cuidados à criança doente é uma temática bastante reconhecida pela enfermagem. Atualmente, vários estudos dão ênfase à importância desta parceria entre enfermeiro e família para o desenvolvimento e bem-estar da criança aquando da hospitalização, mas também para a manutenção dos cuidados que continua a necessitar aquando da alta. Anne Casey desenvolveu o modelo de parceria de cuidados em 1988, sustentado na premissa que

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os enfermeiros desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado dos pais no processo de cuidar otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental” (O.E. 2012, p.3).

A capacidade dos enfermeiros para trabalhar em parceria com os pais é uma competência essencial para alcançar melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os pais devem ser considerados e envolvidos pelos enfermeiros como parceiros no cuidar da criança. No entanto, o nível e tipo de participação devem ser orientados para os objetivos terapêuticos para alcançar os resultados pretendidos, previamente estabelecidos no plano de cuidados de enfermagem. Assim, a pesquisa em enfermagem é incitada a desvendar a intencionalidade terapêutica do envolvimento dos pais no cuidado da criança (Sousa, 2012).

A inclusão dos pais nos cuidados ao filho é largamente reconhecida como a melhor prática de enfermagem em serviços de pediatria, como essencial para a saúde e bem-estar da criança e dos pais e como um passo

significativo para reduzir os efeitos traumáticos da hospitalização. (Shields, 2001; Shields et al., 2003, Lam et al., 2006 citado por Sousa 2012 p.43).

“O objetivo é de o modelo permitir que a criança/família satisfaça as suas necessidades de cuidados de saúde com a intervenção mínima dos profissionais” (Charepe, 2004 cit. por Sousa, 2012 p. 42).

É fundamental estabelecer parcerias com a criança/família/cuidador principal, tendo-se em conta que parceria é mais do que a família/cuidador e enfermeiro concordarem com a intervenção, é fundamental que a família/cuidador tenha conhecimentos aprofundados sobre a situação da criança e saiba aplicar os conhecimentos que possui para conseguir gerir a situação de doença da melhor forma possível (Habel, 2011). Deste modo, os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro devem envolver a criança/família/cuidador em todo o processo de intervenção, tendo em consideração estas premissas, incentivando a participação dos cuidadores, avaliando e validando as suas necessidades e capacidades (Ribeiro, 2016).

Os enfermeiros podem ter um impacto positivo na vida não só das crianças, mas também dos pais, têm necessidade de prestar cuidados às crianças doentes desenvolvendo também capacidade de avaliar e de trabalhar em parceria com pais, afim de dotá-los de capacidades para a responsabilidade completa dos cuidados (Sousa, 2012).

Neste sentido, a parceria de cuidados é uma mais-valia no cuidado pediátrico, tendo extrema importância quando nos referimos a crianças portadoras de doença crónica, como a asma. Para que se possam desenvolver atividades de cuidado e promover a saúde da criança com diagnóstico de asma, a família/cuidador é uma peça indispensável na manutenção dos cuidados à criança. O enfermeiro deve atuar junto dos familiares destas crianças, tendo em conta que a asma interfere diretamente no quotidiano das crianças e da sua família. Como tal, assume grande relevância dotar-se a criança e a família de literacia em saúde, através de uma relação de parceria, fomentando aquisição de conhecimento e habilidades que lhes permita o desenvolvimento de competências relativas ao papel parental complexo.

2. Metodologia

Para Coutinho (2021, p. 24), o paradigma de investigação constitui “o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às “respostas”. O “problema/questão” a investigar, isto é, “ao conhecimento”. Ainda segundo a mesma autora, a metodologia tem como finalidade “velar pelos métodos, analisar os seus limites e alcance, clarificar e valorizar os seus princípios, procedimentos e estratégias mais adequadas para a investigação”. Por conseguinte, a metodologia é, parafraseando Coutinho (2021, p. 24), “o plano de ação, processo e desenho da escolha e uso dos métodos”.

2.1 Métodos

O controlo da asma de certa forma está associado à literacia em saúde por parte dos pais/cuidador principal da criança, sendo que a baixa literacia parental, segundo Parente, Araújo e Soares (2015), parece estar associada a maior absentismo escolar, mais crises, aumento do consumo de terapêutica de resgate e inferior conhecimento acerca da asma.

Face a esta problemática, considerou-se importante pesquisar evidências científicas que identifiquem intervenções de enfermagem eficazes na gestão da asma na criança.

Neste pressuposto, a *scoping review* foi considerada o método mais apropriado para realizar este estudo. Esta surge como uma abordagem válida com indicações bastante diferentes das utilizadas nas revisões sistemáticas da literatura (Munn et al., 2018). Optou-se por esta tipologia de revisão como estratégia para identificar e resumir os principais conceitos subjacentes ao tema em estudo, a fim de responder à pergunta específica e identificar lacunas nesse âmbito. Assim, este tipo de estudo, assume como principais objetivos:

- “Mapear as evidências existentes subjacentes na área de pesquisa;
- Identificar lacunas na evidência existente;
- Constituir um exercício preliminar que justifique e informe a necessidade de realização de uma revisão sistemática da literatura” (Amendoeira, 2018, p.3).

Além de sustentar uma revisão sistemática futura, as *scoping review* têm também utilidade para informar a tomada de decisão clínica e a prática, sendo que poderão também ser usadas para desenvolver “mapas de políticas”, identificando e mapeando evidências de documentos de políticas e relatórios que guiam a prática num campo particular (Anderson et al., 2008, citado por Amendoeira, 2018). De acordo com o mesmo autor, o objetivo das *scoping review* não é encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica existente, particularidade que vai de encontro ao objetivo e questão norteadora deste trabalho.

Seguindo-se a estrutura proposta por Munn, Peters e Stern: (i) identificou-se a questão da pesquisa, como se apresenta seguidamente; (ii) pesquisaram-se estudos relevantes; (iii) selecionaram-se estudos; (iv) foram mapeados os dados; e (v) reuniram-se e resumiram-se os resultados.

A estrutura da presente *scoping review* segue as orientações da JBI e *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement* (PRISMA) que, desde 2020, foi adaptado, possibilitando assim a sua utilização para as *scoping reviews* através de PRISMA-ScR (Peters et al., 2020), de forma a obter o objetivo da pesquisa e responder à questão de investigação.

2.2 Questão de investigação

A questão norteadora da investigação corresponde à mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). Nesta pesquisa a População elencada são crianças com asma, o conceito a estudar são as intervenções de enfermagem descritas como eficazes na gestão da asma e o contexto é dirigido à criança em ambiente familiar/escolar

Quadro 1. Estratégia PCC para elaboração da questão norteadora de pesquisa

Acrónimo	Definição	Elemento de construção da Questão
P	População	• Crianças com asma
C	Conceito	• Intervenções de enfermagem eficazes na gestão da asma
C	Contexto	• Familiar/escolar

Com estes elementos construiu-se como questão norteadora da pesquisa:

“Que intervenções de enfermagem são descritas como eficazes na gestão da asma na criança/ família?”

Face a esta questão, foi definido como objetivo:

Mapear as intervenções de enfermagem descritas como eficazes na gestão da asma na criança/ família

2.3. Critérios de inclusão e exclusão

Para se poderem seleccionar os estudos para esta *scoping review*, definiram-se os critérios de inclusão e de exclusão. Estes critérios definem de forma clara o que é proposto pelos revisores para as decisões sobre as fontes a incluir na revisão (Peters et al., 2017). Para a definição dos critérios de elegibilidade foi considerado o tipo de participantes, o conceito central e o contexto e delimitadores da pesquisa (Quadro 2).

Quadro 2. Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de elegibilidade	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Estudos que envolvam crianças entre 5/12 anos	Estudos que tenham como população crianças com idade superior a 12 anos
Conceito	Intervenções de enfermagem na gestão da asma	Estudos que não relatem intervenções de enfermagem na gestão da asma
Tipo de estudos	Estudos originais de natureza qualitativa ou quantitativa, revisões sistemáticas de literatura, <i>scopingreview</i> , integrativas, narrativas publicados em texto completo, estudos observacionais, experimentais e quase-experimentais; estudos transversais, longitudinais, ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado.	Desenhos de estudos de perfil diferente dos de inclusão
Idioma	Estudos publicados em Português, Inglês e Espanhol	Estudos noutros idiomas
Data de publicação	Estudos publicados entre 2016 e 2021	Estudos publicados antes de 2016

Importa referir que foi considerada a faixa etária dos 5-11/12 anos porque geralmente o diagnóstico de asma é feito a partir dos 5 anos de idade (Pereira, 2016).

Consideraram-se elegíveis os estudos que apresentem resultados que permitam concretizar o objetivo e responder à questão da pesquisa.

Consideram-se critérios de exclusão ao presente estudo: publicações fora das datas indicadas, ausência de descritores no título e resumo, artigos que não disponibilizavam o texto completo ou que exigissem pagamento para aceder ao mesmo, que não respondiam à questão de investigação e artigos que diziam respeito a outras faixas etárias.

2.4 Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida em duas fases, compreendidas entre os meses de abril e julho de 2021. A primeira fase decorreu no período entre abril e junho e consistiu na pesquisa em várias bases de dados a fim de analisar a literatura existente sobre o tema em estudo, definir a faixa etária mais apropriada para o desenvolvimento do estudo, assim como identificação de descritores MeSH e palavras-chave.

Na segunda fase, decorrida em junho e julho de 2021, foi efetuada pesquisa nas bases de dados CINAHL via EBSCOhost e Medline via PubMed, com recurso à combinação dos operadores booleanos OR e AND. A pesquisa foi efetuada com os termos presentes no mapa de conceitos representado em Apêndice I e os resultados estão representados pelo prisma

Quadro 3. Estratégias de pesquisa nas bases de dados selecionadas

Bases de dados	Fórmula booleana e descritores	Número De artigos
CINAHL	((Nurs*OR "pediatric nurse" OR "paediatric nurse" OR "Pediatric Nurse Practitioners") OR ("Nurses"[Mesh]) OR ("Nurses, Pediatric"[Mesh]) OR ("Pediatric Nurse Practitioners"[Mesh]) AND ("Asthma management" OR Asthma OR "Pediatric asthma" OR "Asthma interventions" OR "asthmatic children" OR "Children with asthma" OR "asthmatic child" OR "paediatric asthma") OR ("Asthma"))	218
MEDLINE	((("pediatric nurse" OR "paediatric nurse" OR "Pediatric Nurse Practitioners"))OR (nurs* OR "Nurses") AND ("Asthma") OR ("Asthma management" OR Asthma OR "Pediatric asthma" OR "Asthma interventions" OR "asthmatic children" OR "Children with asthma" OR "asthmatic child" OR "paediatric asthma"))	232
Total		450
Estudos duplicados		37
Total		413

Assim, detalhando-se a quantificação dos artigos após a pesquisa avançada nas bases de dados: CINAHL n=218; Medline via PubMed n=232, totalizou-se 450 estudos, dos quais 37 foram eliminados por estarem duplicados nas bases de dados. Após o processo de identificação dos artigos, passou-se à sua seleção, fazendo-se uma leitura dos títulos de 413 artigos, tendo-se excluído 391, ficando para elegibilidade 22, para análise integral e refinação da seleção através dos testes de triagem.

2.5 Método de seleção inicial dos estudos

É habitual obter-se referências de estudos irrelevantes para a pesquisa, ocorrendo a necessidade de realizar um teste de relevância preliminar para refinar a seleção inicial. Nesse sentido foi aplicado o teste de relevância I (quadro 4), que é composto por uma lista de perguntas que são respondidas pelo avaliador mediante uma afirmação ou negação (Pereira & Bachion, 2006). Desta forma, quando qualquer questão tiver como resposta uma negação, o estudo deverá ser excluído da revisão.

No decorrer do Teste de Relevância I a cada estudo (Apêndice VI) foram lidos todos os títulos e resumos dos artigos primeiramente selecionados por um investigador, não sendo necessário, segundo Pereira & Bachion (2006), a participação de outros investigadores.

Quadro 4. Teste de Relevância I (TRI)

Referência do estudo:		
Questões	SIM	NAO
1. O estudo está de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO		
• INCLUIR		
O estudo inclui crianças com asma entre os 5 e 12 anos de idade		
O Estudo aborda intervenções de enfermagem eficazes na gestão da asma?		
O estudo foi realizado em ambiente familiar e/ou escolar		
• EXCLUIR		
Participantes com idades inferiores a 5 anos e superiores 12 anos de idade		
Estudos que não abordem intervenções de enfermagem para a gestão da asma		
Estudos realizados em ambiente hospitalar		
2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?		
Estudos publicados entre 2016 e 2021.		
3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?		
Português		
Inglês		
Espanhol		
4. O estudo encontra-se disponível em full text?		
5. Estudo envolve seres humanos?		

Fonte: Pereira & Bachion (2006)

Após a aplicação do primeiro instrumento de triagem, as referências e os resumos incluídos foram submetidos à avaliação por dois pesquisadores, de forma independente, através da aplicação do Teste de Relevância II, conforme definido por Pereira e Bachion (2006). Neste sentido, foram formuladas novas questões para orientar a decisão quanto à inclusão ou não dos estudos na amostra. Manteve-se o mesmo critério, ou seja, as questões deviam ser elaboradas de forma a serem respondidas afirmativa ou negativamente (quadro 5).

Os quadros com o processo de triagem encontram-se em apêndice (VII).

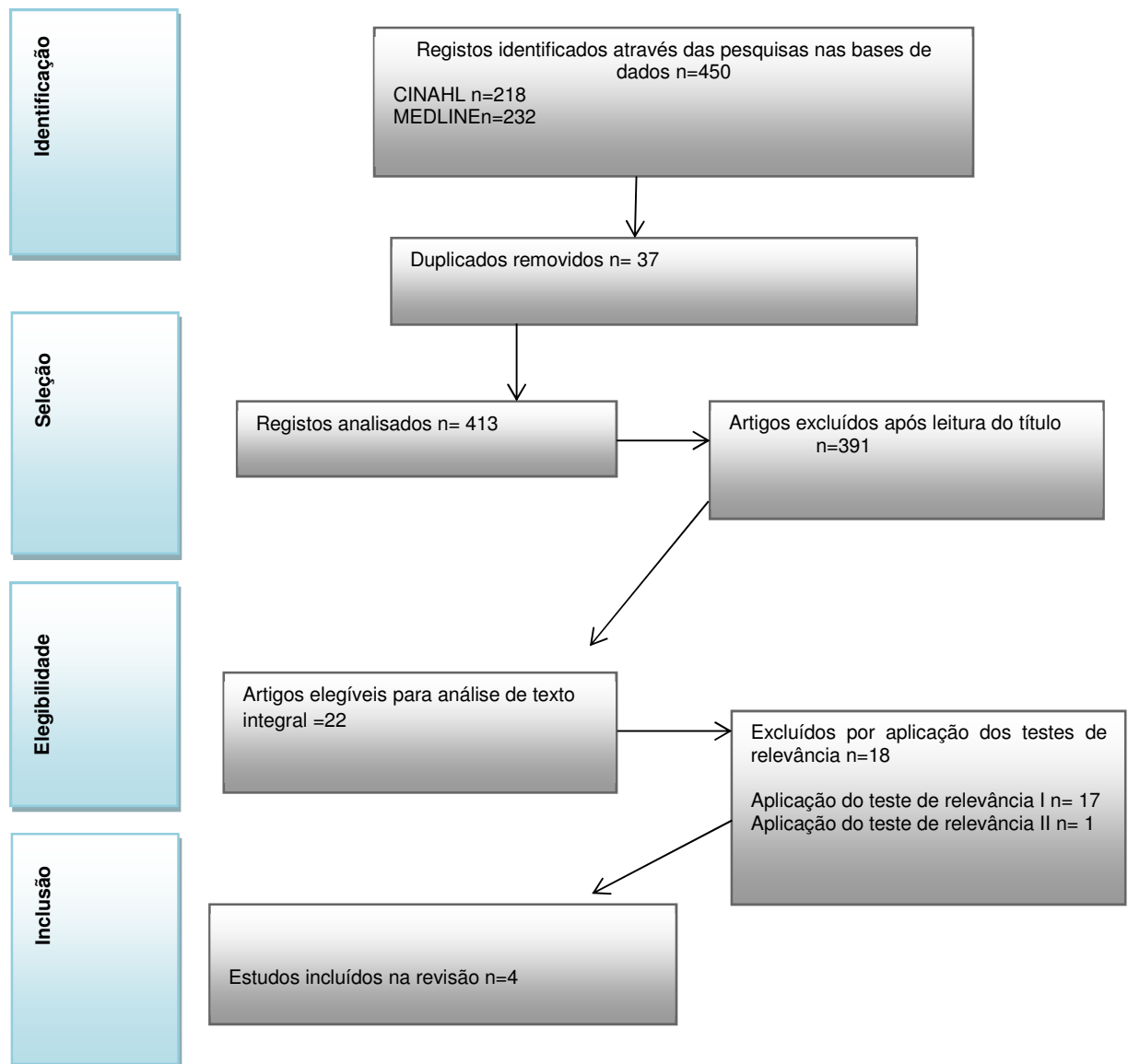
Quadro 5. Teste de Relevância II (TRII)

Referência do Estudo:		
Questões:	SIM	NAO
1. O estudo esta de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR O estudo tem como participantes crianças com asma entre os 5 e 12 anos de idade O Estudo analisa a eficácia de intervenções de enfermagem para a gestão da asma? O estudo foi realizado em ambiente familiar e/ou escolar <ul style="list-style-type: none"> • EXCLUIR Crianças entre com idades inferiores a 5 anos e superiores 12 anos de idade Estudos que não analisem a eficácia de intervenções de enfermagem para a gestão da asma Estudos realizados em ambiente hospitalar		
2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?		
Estudos publicados entre 2016 e 2021.		
3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? Português Inglês Espanhol		
4. O estudo encontra-se disponível em full text?		
5. O estudo envolve seres humanos?		

Fonte: Pereira & Bachion (2006)

O diagrama de fluxo PRISMA (Figura 1) resume visualmente, o processo de seleção. Inicialmente registra o número de artigos encontrados e, em seguida, torna o processo de seleção transparente, descrevendo as decisões seguidas nessa etapa da revisão sistemática. O número de artigos é registado nas diferentes etapas: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão até à obtenção do número final de artigos incluídos na *scoping review* (Page et al., 2021).

Figura 1. *Flowchart do processo de seleção e inclusão dos estudos (Diagrama PRISMA)*



Fonte: Adaptado de Page, M. J., et al. (2021). The PRISMA 2020 Statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic reviews. *BMJ*; 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

2.5 Extração de dados

Após a seleção e inclusão dos estudos, segue-se a extração dos dados. De cada estudo incluído são extraídos e sintetizados em tabela os dados mais relevantes, nomeadamente participantes, métodos e metodologia, fenómeno de interesse, contexto, resultados e conclusão. Segundo JBI (2020), esta extração deve ser feita de forma padronizada para cada um dos estudos. Desta forma, recorreu-se a uma ferramenta disponibilizada pelo JBI.

A síntese do estudo de Isik et al. (2019), uma revisão sistemática da literatura, incluiu 8 estudos, 5 experimentais e 3 quasi-experimentais, que no conjunto estudaram 1108 crianças de idade escolar e díades criança/pais em 6 deles. Os programas de intervenção foram inicialmente realizados em ambiente escolar, posteriormente alargados para espaços comunitários. Alguns dos estudos utilizaram registros eletrónicos de saúde vinculados a portais de pacientes com o objetivo de avaliar a viabilidade, adequação e eficácia do *MyAsthma*, registro eletrónico de saúde ligado a portais de pacientes, enquanto ferramenta de apoio à decisão compartilhada (participação ativa de enfermeiros e pais). Os autores concluíram que existe necessidade de se utilizarem intervenções educacionais ajustadas e individualizadas, com foco em abordagens de controlo da asma que atendam às necessidades dos alunos e dos pais e fora dos ambientes de internamento. Estas intervenções melhoram o conhecimento, as habilidades e o manejo da asma, a frequência escolar e a qualidade de vida das crianças com asma e de seus pais e permitem o acesso aos cuidados de saúde e melhor gestão da asma para todas as populações, incluindo as rurais e as de baixo nível socioeconómico. Os autores salientam que os programas de intervenção devem ser culturalmente relevantes, adequados à idade e projetados para atender às necessidades das crianças e dos pais para uma eficácia ideal, de modo a reduzirem as visitas à urgência, diminuir as taxas de hospitalização e as visitas médicas não planeadas.

Quadro 6. Síntese do estudo de Isik et al. (2019)

Título	School and Community-based Nurse-led Asthma Interventions for School-aged Children and Their Parents: A Systematic Literature Review
Autores	Isik, Fredland & Freysteinson
Ano	2019
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Objetivos	Examinar a eficácia dos programas de intervenção educacional no manejo da asma em crianças em idade escolar e seus pais fora do ambiente hospitalar
Métodos	Revisão sistemática orientada pelos itens de informação para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA)
Conceito/fenómeno	Eficácia dos programas de intervenção educativa sobre a gestão da asma para crianças em idade escolar e os seus pais, fora do internamento hospitalar.
Contexto	Comunitário
País	USA
Participantes	Crianças com idade escolar
Análise dos dados/resultados	As intervenções dos enfermeiros junto da criança/família foram: criar uma plataforma eletrónica de saúde como apoio na tomada de decisão partilhada para crianças com asma; troca de informações, comunicação com os enfermeiros, terapias lúdicas apropriadas à idade da criança, aprendizagem baseada em problemas decorrentes da patologia. Programa de educação para a saúde em contexto escolar com explicitação da fisiopatologia da asma, sintomas, severidade, terapêutica medicamentosa, redução/prevenção de comportamentos de riscos, avaliação dos conhecimentos das crianças sobre a gestão da asma; promoção de intervenções de <i>empowerment</i> da criança/família, com transmissão de informações sobre a doença, medicação e controlo dos sintomas, dotando esta díade de competência para uma melhor gestão e controlo da asma e maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, com resultados de saúde mais positivos; visitas domiciliárias; ensinios práticos sobre a terapêutica inalatória.
Conclusão	O estudo demonstra que as intervenções educativas dos enfermeiros sobre a asma para crianças e pais/família melhoraram significativamente os conhecimentos e competências relacionadas com a gestão da asma.

No estudo de Lv et al. (2019), um ensaio clínico multicêntrico randomizado, foi avaliada a eficácia de uma aplicação móvel, cuja gestão foi efetuada por enfermeiros com experiência em asma pediátrica. Este *software* incluía os seguintes módulos básicos: lembrete de medicação, alerta de exacerbações agudas da asma, avaliação da gravidade, recomendação de tratamento, adoção de estilo de vida saudável, para além da comunicação imediata com os profissionais de saúde. A aplicação foi instalada no *Smartphone* das crianças ou pais no grupo experimental e em computadores fixos nos centros de saúde, para as informações serem monitorizadas por enfermeiros designados. Todas as crianças recebiam informações por parte de um enfermeiro, bem como medidas de tratamento de rotina, incluindo corticosteróides inalados. Foi utilizada a aplicação móvel para a gestão da asma apenas nas crianças do grupo experimental. O resultado primário foi a frequência das exacerbações da asma. Todos os resultados foram avaliados duas vezes por mês durante 1 ano. Em comparação com o período de pré-inscrição no programa, a frequência das exacerbações da asma decresceu no período pós-inscrição nos dois grupos, com uma maior diminuição no grupo experimental. Em comparação com as crianças do grupo de controlo, as crianças do grupo experimental tiveram melhores resultados secundários, tais como, melhor adesão à terapêutica, melhores resultados dos testes de controlo da asma, diminuição do processo inflamatório crónico nas vias aéreas, redução de toma de antibióticos e de absentismo escolar. Assim, o modelo de gestão móvel de

aplicação orientada por enfermeiros diminuiu as exacerbações da asma, com melhores resultados secundários em crianças com asma.

Quadro 7. Características e especificidades do estudo de Lv et al. (2019)

Título	A randomized controlled trial of a mobile application-assisted nurse-led model used to improve treatment outcomes in children with asthma
Autores	Lv, Ye, Wang, Xia, Qi, Wang, Chen, Cai & Qian
Ano	2019
Tipo de estudo	Ensaio clínico multicêntrico randomizado
Métodos	O estudo foi conduzido entre março de 2017 e março de 2018. No total, foi realizado um ensaio com 152 crianças (6 aos 12 anos de idade): foram inscritas no programa: n=77 grupo experimental e n= 75 controlo de grupo. Todas as crianças tiveram contacto com um homem asmático, sob a supervisão de uma enfermeira e foram aplicadas outras medidas de tratamento de rotina, incluindo corticosteróides inalados. Entretanto, foi utilizada uma aplicação móvel para gestão da asma apenas para crianças do grupo experimental. O resultado primário foi a frequência das exacerbações da asma. Todos os resultados foram avaliados duas vezes por mês durante 12 meses.
Conceito/fenómeno	Avaliar a eficácia de uma aplicação móvel, assistida por enfermeiro com experiência em asma pediátrica.
Contexto	Centros de saúde e dois hospitais entre março de 2017e março de 2018
País	Jinhua City, China
Participantes	152 crianças, com idade entre os 6 e os 12 anos de idade
Análise dos dados/resultados	O <i>software</i> incluía os seguintes módulos básicos: lembrete de medicação, alerta de exacerbações agudas da asma, avaliação da severidade, recomendação de tratamento, manter um estilo de vida diário saudável, comunicação imediata com os profissionais de saúde. A aplicação de <i>software</i> foi instalada no <i>Smartphone</i> das crianças ou pais no grupo experimental e em computadores fixos nos centros de saúde, para as informações serem monotonizadas por enfermeiros designados. Todas as crianças receberam informações por parte de um enfermeiro, bem como medidas de tratamento de rotina, incluindo corticosteróides inalados. Foi utilizada uma aplicação móvel para a gestão da asma apenas para as crianças do grupo experimental. O resultado primário foi a frequência das exacerbações da asma. Todos os resultados foram avaliados duas vezes por mês durante 1 ano. Em comparação com o período de pré-inscrição no programa, a frequência das exacerbações da asma decresceu no período pós-inscrição nos dois grupos, com uma maior diminuição no grupo experimental. Em comparação com as crianças do grupo de controlo, tais como: melhor adesão à terapêutica, melhores resultados dos testes de controlo da asma, diminuição do processo inflamatório crónico nas vias aéreas, redução de toma de antibióticos e de dias de absentismo escolar.
Conclusão	O modelo de gestão móvel de aplicação orientada por enfermeiros diminuiu as exacerbações da asma, com melhores resultados secundários em crianças com asma.

No estudo de Belinelo et al. (2020), um estudo retrospectivo, controlado randomizado, foram descritos os resultados de crianças com asma grave não controlada, utentes da *Severe Asthma Clinic*, sob a supervisão de enfermeiros. As avaliações realizadas pré intervenção abarcaram uma visita domiciliária por parte da equipa de enfermagem para avaliar os fatores modificáveis que poderiam ser abordados para melhorar a gestão da asma. Foi realizada uma análise abrangente da função pulmonar em cada visita. As intervenções foram personalizadas e incluíram ensinamentos sobre agentes biológicos; 23 crianças com uma idade média de 12 anos foram visitadas uma vez e 16 foram acompanhadas. Ao longo do tempo, muitas crianças com asma grave apresentaram resultados clínicos e uma função pulmonar melhorados, enquanto a ventilação pulmonar não foi bem-sucedida. Em comparação com o grupo de corte não asmático (NA) e asmático (A), nas crianças com asma grave verificou-se que controlo da asma e o FEV1% previram melhorias significativas numa visita de acompanhamento, enquanto o LCI

permaneceu anormal na maioria das crianças (83%), ou seja, ao longo do tempo, muitas crianças com asma grave apresentaram resultados clínicos e uma função pulmonar melhorados, enquanto a ventilação pulmonar não foi bem-sucedida.

Quadro 8. Características e especificidades do estudo de Belinelo et al. (2020)

Título	Clinical and lung function outcomes in a cohort of children with severe asthma
Autores	Belinelo, et al.,
Ano	2020
Tipo de estudo	Estudo retrospectivo, controlado randomizado
Métodos	A análise retrospectiva com recurso a dados de crianças encaminhadas por um especialista em pneumologia pediátrica para o <i>Severe Asthma Clinic</i> , supervisionado por enfermeiros, entre 2014 e 2019. As avaliações pré-clínicas incluíram uma visita domiciliária para avaliar fatores modificáveis que poderiam ser abordados para melhorar a gestão da asma. Foi realizada em cada visita domiciliária uma análise abrangente da função pulmonar. As intervenções foram personalizadas.
Conceito/fenómeno	Descrever os resultados de crianças com asma grave não controlada, utentes da <i>Severe Asthma Clinic</i> , sob a supervisão de enfermeiros.
Contexto	Clínica do John Hunter Children's Hospital, Newcastle, Australia
País	John Hunter Children's Hospital, Newcastle, Australia
Participantes	Crianças com idade entre os 10 e os 12 anos; 23 crianças utentes da <i>Severe Asthma Clinic</i> ; 7 crianças inscritas no <i>Growing in to Asthma (GIA)</i> , ou seja, crianças cuja progenitora era asmática e que participaram no estudo Management of Asthma in Pregnancy (MAP). As crianças do GIA (grupo de coorte) foram acompanhadas ao longo dos 10 anos de idade e estratificadas em crianças com e sem diagnóstico médico de asma. Outras 13 crianças do GIA mas sem asma.
Análise dos dados/resultados	As avaliações realizadas pré intervenção incluíram uma visita domiciliária por parte da equipa de enfermagem para avaliar os fatores modificáveis que poderiam ser abordados para melhorar a gestão da asma. Foi realizada uma análise abrangente da função pulmonar em cada visita. As intervenções foram personalizadas e incluíram ensinamentos sobre agentes biológicos; 23 crianças com uma idade média de 12 anos foram visitadas uma vez e 16 foram acompanhadas. Em comparação com o grupo de coorte não asmático (NA) e asmático (A), nas crianças com asma grave verificou-se que controlo da asma e o FEV1% previram melhorias significativas numa visita de acompanhamento, enquanto o LCI permaneceu anormal na maioria das crianças (83%).
Conclusão	Ao longo do tempo, muitas crianças com asma grave apresentaram resultados clínicos e uma função pulmonar melhorados, enquanto a ventilação pulmonar não foi bem-sucedida.

O estudo de Isik et al. (2020), um estudo controlado randomizado, cujo objetivo consistiu em avaliar a eficácia de uma intervenção sobre a asma, conduzida por uma enfermeira em contexto escolar durante 6 sessões semanais, com a duração de 30 minutos cada, contemplava os seguintes tópicos. (1) fisiopatologia da asma; (2) autogestão do método de avaliação do pico do fluxo expiratório, e a utilidade das provas de função

pulmonar; (3) identificação dos sintomas da asma e implementação de um plano de ação sobre os fatores de risco; (4) terapia farmacológica para a gestão dos sintomas da asma, demonstração de técnicas corretas de utilização de medicamentos; (5) reconhecimento e controlo dos sintomas da asma e exercícios respiratórios úteis; e (6) discussão de escolhas individuais e estabelecimento de objetivos para a autogestão da patologia. Ficou demonstrado que o grupo de intervenção teve diferenças estatisticamente significativas no reconhecimento dos sintomas relatados ($p < 0,001$), no controlo da asma com avaliação pico do fluxo expiratório ($p < 0,001$) e nas atividades diárias ($p < 0,001$) às 6 semanas e às 12 semanas. O grupo de intervenção registou menor absentismo escolar do que o grupo de controlo, tendo revelado melhorias significativas no processo de gestão da patologia.

Quadro 9. Características e especificidades do estudo de Isik et al. (2020)

Título	A School Nurse-Led Asthma Intervention for School-Age Children: A Randomized Control Trial to Improve Self-Management
Autores	Isik, Fredland, Young & Schultz
Ano	2020
Tipo de estudo	Estudo controlado randomizado
Métodos	Estudo controlado aleatoriamente de dois grupos de crianças. Esta medida foi replicada (pré-teste, pós-teste, e teste de seguimento) em oito escolas públicas entre setembro de 2018 e junho de 2019. Os temas foram distribuídos aleatoriamente nas escolas de intervenção (experimental) e cuidados habituais da asma liderados por enfermeiros (controlo). A variável independente era o tempo como Tempo 1 (linha de base), Tempo 2 (conclusão da intervenção às 6 semanas) e Tempo 3 (acompanhamento às 12 semanas). As variáveis dependentes foram os sintomas, a autogestão do método de avaliação do pico do fluxo expiratório, atividades diárias e absentismo escolar.
Conceito/fenómeno	Avaliar a eficácia de uma intervenção sobre a asma conduzida por uma enfermeira em contexto escolar, que contemplava os sintomas, a autogestão, avaliação do pico do fluxo expiratório, atividades diárias e absentismo escolar em crianças dos 7-12 anos de idade.
Contexto	Escolar
País	Texas, Estados Unidos da América
Participantes	73 crianças asmáticas de 8 escolas: n=36 do grupo de controlo; n=37 do grupo experimental /intervenção
Análise dos dados/resultados	A intervenção proporcionada pela enfermeira em contexto escolar, durante 6 sessões semanais, com a duração de 30 minutos cada, contemplava os seguintes tópicos: (1) fisiopatologia da asma; (2) autogestão do método de avaliação do pico do fluxo expiratório, e a utilidade das provas de função pulmonar; (3) identificação dos sintomas da asma e implementação de um plano de ação sobre os fatores de risco; (4) terapia farmacológica para a gestão dos sintomas da asma, demonstração de técnicas corretas de utilização de medicamentos; (5) reconhecimento e controlo dos sintomas da asma e exercícios respiratórios úteis; e (6) discussão de escolhas individuais e estabelecimento de objetivos para a autogestão da patologia. O grupo de intervenção teve diferenças estatisticamente significativas no reconhecimento dos sintomas relatados ($p < 0,001$), no controlo da asma com avaliação pico do fluxo expiratório ($p < 0,001$) e nas atividades diárias ($p < 0,001$) às 6 semanas e às 12 semanas. Apesar de no absentismo escolar não se ter registado diferenças estatisticamente significativas, o grupo de intervenção faltou menos dias à escola do que o grupo de controlo.
Conclusão	O grupo de intervenção revelou melhorias significativas no processo de gestão da patologia.

3. Apresentação e Discussão dos Resultados

De seguida apresenta-se a síntese dos resultados dos estudos incluídos (N=4), que foram organizados num quadro, facilitando, assim, a sua compreensão e a comparação entre eles, nomeadamente, autor/ano de publicação; desenho do estudo; objetivos e síntese dos resultados (quadro 10). Faz-se uma síntese descritiva, de forma a permitir um melhor identificação dos resultados mais relevantes que respondam à questão norteadora desta revisão “Que intervenções de enfermagem são descritas como eficazes na gestão da asma na criança/família?”

Quadro 10. Síntese dos resultados dos estudos incluídos

Estudo (autor/ano)	Tipo de estudo	Objetivos	Síntese dos resultados
Isik et al. (2019)	Revisão sistemática da literatura	Examinar a eficácia dos programas de intervenção educacional no manejo da asma em crianças em idade escolar e seus pais fora do ambiente hospitalar	As intervenções educacionais de base comunitária e escolar, culturalmente ajustadas e individualizadas, que atendam às necessidades dos alunos e dos pais, com foco em abordagens de <i>empowerment</i> e apoio na tomada de decisão, melhoram os níveis de conhecimento e habilidades para o controle da asma e diminuem intercorrências, com internamentos e absentismo escolar.
Lv et al. (2019)	Ensaio clínico multicêntrico randomizado	Avaliar a eficácia de uma aplicação móvel, assistida por enfermeiro com experiência em asma pediátrica	O modelo de gestão móvel de aplicação orientada por enfermeiros diminuiu as exacerbações da asma, com melhores resultados secundários em crianças com asma.
Belinelo et al. (2020)	Estudo retrospectivo, controlado randomizado	Descrever os resultados de crianças com asma grave não controlada, utentes da <i>Severe Asthma Clinic</i> , sob a supervisão de enfermeiros.	Ao longo do tempo, muitas crianças com asma grave apresentaram resultados clínicos e uma função pulmonar melhorados.
Isik et al. (2020)	Estudo controlado randomizado	Avaliar a eficácia de uma intervenção sobre a asma conduzida por uma enfermeira em contexto escolar, que contemplava os sintomas, a autogestão, avaliação do pico do fluxo expiratório, atividades diárias e absentismo escolar em crianças dos 7-12 anos de idade.	O grupo de intervenção revelou melhorias significativas no processo de gestão da patologia

Os estudos incluídos nesta *scoping review*, como se constata, são, um estudo de revisão sistemática da literatura, um ensaio clínico multicêntrico randomizado, um estudo retrospectivo e um estudo controlado randomizado, que descrevem diversos programas de intervenção, permitindo avaliar intervenções de enfermagem descritas como eficazes na gestão da asma na criança/família. A análise individualizada dos estudos mostrou significativa heterogeneidade no desenho dos estudos, quanto à amostra, às variáveis estudadas e ao tipo de intervenção aplicada.

A amostra dos estudos era composta por crianças que incluíam a faixa etária dos 5-12 anos, com intervenções de enfermagem direcionadas quer para as crianças, quer para a família. Importa salientar que a opção pela escolha da designada faixa etária das crianças se deve ao facto de o diagnóstico, em conformidade com as *guidelines* de 2015 do *Global Initiative for Asthma* (GINA), ser realizado por meio da “presença de dispneia, aperto torácico, pieira e tosse associados a limitação do fluxo de ar expirado, documentada através de métodos espirométricos” (Fitz Gerald et al., 2015, p. 3), só possíveis em crianças colaborantes. Como referem Pedersen et al. (2014), em crianças com idade até aos 5 anos, a realização do diagnóstico torna-se mais difícil, na medida em que os episódios de sibilância e de tosse são frequentes mas, por norma, desencadeadas por vírus, sobretudo em crianças com idade inferior aos 3 anos. Após os 5 anos de idade é frequente fazer-se o diagnóstico da asma tendo por base o padrão dos sintomas, a história familiar e exame objetivo, suportado na atopia ou na sensibilização a alérgenos.

No estudo de Isik et al. (2019), as intervenções dos enfermeiros junto da criança/família incidiram na criação de uma plataforma eletrónica de saúde que permitia troca de informações e comunicação com os enfermeiros, para além de terapias lúdicas apropriadas à idade da criança, A promoção de intervenções de *empowerment* da criança/família, com transmissão de informações sobre a doença, medicação e controlo dos sintomas, permitiu dotar a díade criança/família de competências para uma melhor gestão e controlo da asma e maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, com resultados de saúde mais positivos. Outros estudos também mostram que medidas adequadas de gestão da asma para assegurar a adesão da criança ao tratamento melhoraram significativamente o controlo da asma e a qualidade de vida das crianças (Farzandipour et al., 2017; Morton et al., 2017). Félix et al. (2020), numa amostra de 60 crianças internadas com asma e respetivos cuidadores verificou que o controlo da asma era preocupante, uma vez que apenas 35% apresentavam asma controlada, 12% asma não controlada e 53% parcialmente controlada. Também Yeh et al., (2016) referenciam que a nível mundial persiste um nível baixo de controlo da asma o que fica muito aquém das diretrizes e objetivos da GINA (2018). Todavia, e à luz da intervenção de enfermagem centrada na criança e família, baseada nas necessidades desta díade, os enfermeiros têm de ter em consideração que a asma é uma doença crónica que terá sempre implicações na vida quotidiana da criança e da sua família, independentemente do seu grau de controlo (Félix et al., 2020).

Contudo, atualmente, as aplicações informáticas e a Internet são frequentemente aplicadas nos cuidados de saúde e têm sido usadas em programas de intervenção tecnológica para encorajar as crianças e a família para uma mais efetiva gestão da asma tal

como apresentado no estudo de Isik et al. (2019) e Lv et al. (2019). Com a popularidade dos *smartphones* nos últimos anos, Xu et al. (2017) referem que estes dispositivos eletrônicos têm sido usados para programas direcionados a crianças com asma e sua família, beneficiando do apoio de um enfermeiro enquanto proposta de modelo de gestão da asma.

Outros programas de intervenção, mais dirigidos para o *empowerment*, tal como o estudo de Isik et al. (2020), cujo objetivo consistiu em avaliar a eficácia de uma intervenção sobre a asma, conduzida por uma enfermeira em contexto escolar durante 6 sessões semanais, ficou demonstrado que o grupo de intervenção registou melhorias significativas no processo de gestão da patologia com conseqüente menor absentismo escolar do que o grupo de controlo. Este estudo corrobora as evidências que revelam que esta patologia tem inerentes fatores intrínsecos de morbilidade, constituindo-se como a principal causa de absentismo escolar que, em decorrência do seu impacto, é reconhecido como um problema de saúde escolar (Everhart et al., 2018), havendo literatura científica que fundamenta a presença de outros problemas associados, nomeadamente o baixo desempenho escolar, problemas de adaptação ao meio escolar e sintomas de *stress* social e psicológico (Hsu et al., 2016; Kim et al., 2017).

Decorrente do exposto, pode dizer-se que os quatro estudos demonstram que as intervenções dos enfermeiros para as crianças e pais/família melhoram significativamente os conhecimentos e competências relacionadas com a gestão da asma nesta díade. Todos são unânimes ao referirem que as crianças com diagnóstico de asma representam um desafio significativo para os enfermeiros, uma vez que se trata de um problema clínico complexo com múltiplos fatores contribuintes.

Como referem Haktanir e Phipatanakul (2019), a gestão da asma exige uma intervenção personalizada que envolva uma abordagem multidisciplinar, onde o enfermeiro desempenha um papel crucial, sobretudo na melhoria da literacia em saúde neste âmbito. Nas crianças, as exacerbações frequentes da asma podem causar a diminuição da atividade física, absentismo escolar, desenvolvimento prejudicado e diminuição gradual da função pulmonar (*Global Initiative for Asthma*, 2017). Por outro lado, os pais de crianças asmáticas podem ser afetados em termos profissionais, despesas médicas mais elevadas e maiores pressões parentais (Sullivan et al., 2018). Mesmo com diagnósticos mais precisos e tratamentos rápidos, incluindo os corticosteróides, as exacerbações da asma e os seus resultados adversos continuam a ser problemas importantes na prática clínica (Ding & Small, 2018). Como tal, Isik et al. (2019) referem, no seu estudo, que é fundamental a intervenção de enfermagem, o que pode passar, como já referido por programas de educação para a saúde sobre a gestão da asma destinado às crianças e famílias em ambiente comunitário, para além do internamento hospitalar.

Os resultados encontrados na presente *scoping review* corroboram as evidências científicas que mostram que existe uma necessidade de os enfermeiros intervirem em ambiente comunitário para ajudarem as crianças e os pais a otimizar a gestão da asma. As diretrizes internacionais preconizam uma política de controlo ótimo dos sintomas e um enfoque na prevenção do agravamento dos sintomas (Searle et al., 2017). Esta necessidade advém do facto de a asma ser uma das patologias mais frequentes em idade pediátrica, uma relevante causa de internamento hospitalar e um problema de saúde pública. As diretrizes internacionais sobre a gestão da asma reconhecem que o tratamento reside no controlo atual e no risco de exacerbações, devendo as intervenções de enfermagem ser baseadas na gestão de sintomas (Félix et al., 2020) e na capacitação para uma eficaz adesão ao regime terapêutico.

Sendo a asma uma das patologias crónicas mais comuns na infância, estando associada a uma significativa morbilidade, responsável pelo recurso a atendimentos não programados e assumindo-se como a principal causa de internamento em crianças em Portugal (Félix et al., 2020), as características da doença, sobretudo a variabilidade dos sintomas e a presença de vários fatores desencadeantes e indicadores de morbilidade, é necessário uma intervenção efetiva por parte dos enfermeiros ao nível da gestão dos sintomas, “tomada de decisões fundamentada e com sucessivas adaptações e alterações por parte da criança e do cuidador” (Félix et al., 2020, p. 26). Fundamentada nesta problemática, a intervenção de enfermagem assume-se como determinante, com foco na apreensão da complexidade dos fatores individuais, para uma efetiva gestão, o que implica a necessidade de implementação de programas de intervenção de gestão de sintomas junto das crianças e da família. O enfermeiro atua igualmente como educador da criança e da sua família, gerindo todos os aspetos importantes da patologia, as suas implicações físicas e psicológicas na saúde da referida díade (Flores et al., 2020). Os mesmos autores salientam a importância das intervenções de enfermagem, tendo em conta que esta patologia e as necessidades de hospitalização resultam em experiências traumáticas para a criança, despoletando *stress*, o que pode levar a um desgaste emocional da criança e seus familiares.

Implicações para a prática

Não sendo objetivo da revisão *scoping* fazer recomendações para a prática, é no entanto inevitável uma reflexão de aspetos que podem ser melhorados na nossa prática. Em particular no serviço onde desempenho funções, é frequente a recorrência de crianças com uma má gestão da asma e/ou regime medicamentoso. Seria útil a implementação de medidas que permitissem melhorar a capacitação das crianças /família acerca da patologia

e cuidados relacionados com a mesma, que, associado a toda a informação que é dada verbalmente durante a permanência no serviço melhoraria o conhecimento e consequentemente a atuação dos pais.

É importante o estabelecimento de mais programas de educação para a saúde acerca desta temática em ambiente familiar, a grupos de crianças/pais de crianças com asma, assim como em ambiente comunitário e no âmbito da saúde escolar. O recurso a aplicações informáticas com informações, demonstração a utilização de dispositivos poderá ser uma das estratégias a que o enfermeiro poderá recorrer a fim de aumentar a literacia em saúde das crianças e pais acerca da gestão dos sintomas da asma e gestão do regime medicamentoso.

Limitações do estudo

É habitual, nos trabalhos de investigação emergirem limitações decorrentes das metodologias utilizadas ou de aspetos contextuais do processo.

Neste âmbito refere-se o facto de a maioria dos artigos encontrados estudarem a epidemiologia da asma em crianças, e haver escassez de estudos direcionados para intervenções de enfermagem que permitam uma melhor gestão da asma na criança/ família. Por outro lado, muitos estudos não tinham como participantes crianças na faixa etária selecionada, o que não permitiu a sua inclusão. Todavia, estas limitações encontradas correspondem, no geral, às que muitos investigadores encontram na matriz das suas revisões, como tal, não subtraem o valor do trabalho desenvolvido, uma vez que as evidências dos estudos possibilitam implicações de natureza técnico-científica a serem aplicadas futuramente em intervenções de enfermagem eficazes na gestão da asma na criança/ família.

Igualmente a inexperiência do investigador, também se pode considerar como limitadora para a tomada de decisão sobre a metodologia mais correta para a questão colocada e objetivos pretendidos, podendo originar algum viés na interpretação dos resultados.

Conclusão

A doença crónica representa um enorme desafio para as crianças/jovens e famílias, sendo estas confrontadas com um papel parental especial e complexo ao qual necessitam de se adaptar, tendo o EESIP um papel de destaque no apoio a estas crianças e famílias, tanto a nível relacional como técnico.

A realização dos estágios foi, sem dúvida, uma mais-valia para o meu desenvolvimento técnico, pessoal e profissional, e considero que atingi os objetivos a que me propus. Todo o desenvolvimento de competências específicas nos diversos domínios permitiu um constante crescimento na aquisição, mas também consolidação de conhecimentos, tendo sempre em consideração o contexto familiar e o superior interesse da criança. Ao longo deste percurso destaco o acolhimento e a disponibilidade das Enfermeiras tutoras e das equipas multidisciplinares dos vários serviços em que estive inserida.

Os resultados encontrados na *scoping review* permitiram responder à questão de investigação, tendo-se constatado, como intervenções de enfermagem descritas como eficazes na gestão da asma na criança/família, a criação de plataformas eletrónicas que auxiliem as crianças e família numa tomada de decisão, partilhada com os enfermeiros, que permita a troca de informações e dúvidas, com recurso a terapias lúdicas adaptadas à idade da criança com asma.

Igualmente, assume-se como importante a implementação de programas de educação para a saúde em contexto escolar, como forma de promover o *empowerment* da criança/família, partilhando conhecimentos sobre fisiopatologia da asma, reconhecimento de sintomas de exacerbação, gestão e controlo dos sintomas, ensinamentos práticos sobre a terapêutica farmacológica e não farmacológica.

Tendo em conta que, a médio e longo prazo, a asma pode alterar e interferir no desenvolvimento psicossocial da criança, restringindo-a em termos de participação em atividades que promovem as suas relações sociais, com reflexos, inclusive, no desempenho escolar, decorrente do absentismo durante as crises, ressalta-se, a promoção de intervenções adequadas por parte dos enfermeiros, com destaque para o EESIP, que, quer em contexto comunitário, quer a nível dos cuidados diferenciados, ou mesmo num trabalho de parceria entre ambos, pode recorrer à orientação educativa para a saúde, tendo em conta que a educação para a saúde implica uma relação de aprendizagem e um trabalho colaborativo.

Referências Bibliográficas

- Almeida, S (2016) “*Vivências Emocionais do Cliente Pediátrico Hospitalizado: Intervenções de Enfermagem para um Acolhimento Humanizado*”.(Relatório de estágio). Escola Superior de Saúde de Lisboa.
- Amendoeira, J. (2018). “*Revisão sistemática de literatura – a scoping review*”. Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém.
- Aquino E.S., & Salgado, C.C. (2017) Comparative analysis of the six-minute walk test in healthy children and adolescents. *Rev Bras Fisioter.*; 14(1), 75-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000100012>
- Arrobas, A.M. (2002). Formas clínicas, diagnóstico e diagnóstico diferencial. In Marques Gomes MJ, Sotto-Mayor R, editores. Tratado de Pneumologia. Lisboa: Permanyer Portugal – Sociedade Portuguesa de Pneumologia. p.889-894
- Banjari, M., Kano, Y., Almadan, S., Basakran, A., Al-Hindi, M., & Alahmadi, T. (2018). The Relation between Asthma Control and Quality of Life in Children. *International Journal of Pediatrics*; Article ID 6517329, 2-8, <https://doi.org/10.1155/2018/6517329>
- Batalha, Santos & Guimarães (2007) Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria* :38(4):144-51. Acedido em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/3/20080220114458_app_orig_384_03.pdf
- Bredemeier, J., Wagner, G.P., Agranonik, M., Perez, T.S., & Fleck, M.P. (2014). The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. *BMC Public Health*; 14, 538, 2-12. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/538>
- Constant, C., Sampaio, I., Negreiro, F., Aguiar, P., Silva, A.M. et al. (2011). Rastreio de patologia respiratória em crianças em idade escolar com o uso de espirometria portátil. *Jornal de Pediatria*, Vol. 87, 2, 123-130. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n2/v87n2a07.pdf>
- Correio, S. (2020) “A importância da vigilância do neuro desenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal” *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar* 2020;36:215-20.Lisboa. Recuperado em

http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732020000200015&lng=pt&nrm=iso

- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Cruz, I. (2018) O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para Melhor Cuidar. Lisboa
- Cutrerá, R., Baraldi, E., Indinnimeo, L., Giudice, M.M.D., Piacentini, G. et al. (2017). Management of acute respiratory diseases in the pediatric population: the role of oral corticosteroids. *Ital J Pediatr.*; 43, 31. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364577/>
- De Gouveia Belinelo, P., Nielsen, A., Goddard, B., Platt, L., Da Silva Sena, C.R., Robinson, P.D., Whitehead, B., Hilton, J., Gulliver, T., Roddick, L., Pearce, K., Murphy, V.E., Gibson, P.G., Collison, A., & Mattes, J. (2020). Clinical and lung function outcomes in a cohort of children with severe asthma. *BMC Pulm Med.*; 20(1), 66. doi: 10.1186/s12890-020-1101-6.
- Ding, B., & Small, M. (2017). *Disease burden of mild asthma in China. Respirology*, 23(4), 369–377. doi:10.1111/resp.13189
- Direção Geral de Saúde. (2014a). *Manual para abordagem da sibilância e asma em idade pediátrica. Ministério da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias.*
- Direção-Geral da Saúde (2014b). *Programa nacional para as doenças respiratórias: manual para abordagem da sibilância e asma em idade pediátrica. 2ª edição de 31 de Outubro de 2014.*
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Estudo de análise preliminar dos indicadores de asma - 2014. 2014.
- Duarte, S (2018) Caracterização do processo de implementação do Método Canguru – perspectiva dos profissionais de saúde. Instituto Politécnico de Lisboa Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde
- Elshazly, H.E., Mahalawy, I.I.EL, Gabr, H.M., Naby, S.A.EL, &Elzoghby, E.E. (2015). Quality of life among asthmatic children attending the Outpatient Clinic in Menoufia University Hospital. *Menoufia Med J [serial online]*; Vol. 28, 2, 442-446. <http://www.mmj.eg.net/text.asp?2015/28/2/442/163899>

- Everhart, R.S., Miller, S., Leibach, G.G., Dahl, A.L., & Koinis-Mitchell, D. (2018). Caregiver Asthma in Urban Families: Implications for School Absenteeism. *J Sch Nurs.*; 34(2), 108–13. DOI: 10.1177/1059840516689326
- Farzandipour, M., Nabovati, E., Sharif, R., Arani, M. H., & Anvari, S. (2017). Patient Self-Management of Asthma Using Mobile Health Applications: A Systematic Review of the Functionalities and Effects. *Applied clinical informatics*, 8(4), 1068–1081. <https://doi.org/10.4338/ACI-2017-07-R-0116>
- Félix, A.F.S., Lopes, B.A.B.R., Henriques, M.A.P., & Soares, de la S.R. (2020). Controlo da asma infantil: principais fatores associados. *Enfermería Global*; 57, 15-28. <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.360321>
- Fiese, B. H., Wamboldt, F. S., & Anbar, R. D. (2005). Family asthma management routines: Connections to medical adherence and quality of life. *The Journal of Pediatrics*, 146, 171–176
- FitzGerald, J. M., Bateman, E. D., & Boulet L. P., (2015). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 3-4. Acedido em <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/01/2014-GINA.pdf>
- Frauches, D.O., Lopes, I.B.C, Giacomina, H.T.A., Pacheco, J.P.G., Costa, R.F., Lourenço, C.B. (2017). Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. *Rev Bras MedFam Comunidade*. Rio de Janeiro; 12(39), 1-11. Acedido em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/848837/1450-8781-1-pb.pdf>
- Freitas, P.D., Ferreira, P.G., Silva, A.G. et al. (2017). The role of exercise in a weight-loss program on clinical control in obese adults with asthma: a randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*; 195, 32-42.
- Galvão, D. (2020). Infância, adolescência e saúde: promoção, empoderamento capacitação e parceria. Huelva. Recuperado em https://www.cipinfancia.org/INFNCIA_ADOLESCNCIA_E_SADE_Promoo_Empoderamento_Capacitao_Parceria_2.pdf (cipinfancia.org)
- Global Initiative for Asthma (2018). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. p.160. Acedido em <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf>

- Habel, M. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In Hoeman, Shirley P. *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4^a ed., Loures: Lusodidacta.
- Haktanir, A. M., & Phipatanakul, W. (2019). Severe asthma in children: evaluation and management. *Allergol Int.*; 68(2), 150–157.
- Haktanir, A.M., & Phipatanakula W. (2019). Severe asthma in children: evaluation and management. *Allergol Int.*; 68, 150–7. doi: 10.1016/j.alit.2018.11.007
- Hirano, T., & Matsunaga, K. (2018). Late-onset asthma: current perspectives. *J Asthma Allergy*; 11, 19-27. <https://doi.org/10.2147/JAA.S125948> PMID:29445292 PMCid:PMC5810515
- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4^a ed). Loures: Lusociência.
- Hsu, J., Qin, X., Beavers, S.F., & Mirabelli, M.C. (2016). Asthma-related school absenteeism, morbidity, and modifiable factors. *Am J Prev Med*; 51(1), 23–32. doi: 10.1016/j.amepre.2015.12.012.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). Anotações Carta da Criança Hospitalizada Lisboa. Disponível em: https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2018/08/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf
- Isik, E., Fredland, N.M., & Freysteinson, W.M. (2019). School and Community-based Nurse-led Asthma Interventions for School-aged Children and Their Parents: A Systematic Literature Review. *J Pediatr Nurs.*; 44, 107-114. doi: 10.1016/j.pedn.2018.11.007.
- Isik, E., Fredland, N.M., Young, A., & Schultz, R.J. (2020). A School Nurse-Led Asthma Intervention for School-Age Children: A Randomized Control Trial to Improve Self-Management. *J Sch Nurs.*; 37(6), 480-490. doi: 10.1177/1059840520902511.
- Juniper, E. F., Gruffydd-Jones, K., Ward, S., & Svensson K. (2010). Asthma Control Questionnaire in children: validation, measurement properties, interpretation. *European Respiratory Journal*, 36 (6), 1410-1416
- Kalantari, A., Movahedi, M., Moin, M., Gharagozlou, M. et al. (2017). Effect of Education on Asthma Control in Children: A Quasi Experimental Study. *Int J Pediatr*, Vol. 5, 12, 6421-6429. doi: 10.22038/ijp.2017.26728.2302
- Katwa, U., & Rivera, E. (2018). Asthma Management in the Era of Smart-Medicine: Devices, Gadgets, Apps and Telemedicine. *Indian J Pediatr.*; 85(9), 757-762. doi: 10.1007/s12098-018-2611-6.

- Khajavikia, H., Valizadeh, L., Zarei, S., Bilan, N., & Taleschian-Tabrizi, N. (2017). The Effect of Education-Modified of Asthma Stimulants on Attitude of the Adolescents with Asthma in Respiratory Specialty Clinics of Tabriz, North West of Iran. *Int J Pediatr.*; Vol. 5, 2, Serial nº 38, 4385- 4393. Acedido em https://ijp.mums.ac.ir/article_7657_5bd8c6e72e511a85d12c051e4a555227.pdf
- Kim, S.Y., Kim, M.S., Park, B., Kim, J.H., & Choi, H.G. (2017). Allergic rhinitis, atopic dermatitis, and asthma are associated with differences in school performance among Korean adolescents. *PLoS One.*;12(2),1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0171394
- Kouzegaran, S., Samimi, P., Ahanchian, H., Khoshkhui, M., & Behmanesh, F. (2018). Quality of Life in Children with Asthma versus Healthy Children. *Journal of Medical Sciences*; 6(8), 1413-1418. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.287>
- Lima, K. (2018). Cartilha educativa para a promoção da autoeficácia de pais e/ou cuidadores no controle e manejo da asma em crianças: validação de conteúdo. Fortaleza
- Lv, S., Ye, X., Wang, Z., Xia, W., Qi, Y., Wang, W., Chen, Y., Cai, X., & Qian, X. (2019). A randomized controlled trial of a mobile application-assisted nurse-led model used to improve treatment outcomes in children with asthma. *J Adv Nurs.*; 75(11), 3058-3067. doi: 10.1111/jan.14143.
- Miadich, S. A., Everhart, R. S., Borschuk, A. P., Winter, M. A., & Fiese, B. H. (2015). Quality of Life in Children With Asthma: A Developmental Perspective. *Journal of pediatric psychology*, 40(7), 672–679. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv002>
- Milligan, K.L., Matsui, E., & Sharma, H. (2016). Asthma in Urban Children: Epidemiology, Environmental Risk Factors, and the Public Health Domain. *Current allergy and asthma reports*; 16(4), 1-10. doi: 10.1007/s11882-016-0609-6.
- Mohangoo, A.D., Essink-Bot, M.L., Juniper, E.F., Moll, H.A., de Koning, H.J., & Raat, H. (2005). Health-related quality of life in preschool children with wheezing and dyspnea: preliminary results from a random general population sample. *Qual Life Res*; 14, 1931-1936
- Morita, H., Kubo, T., Rückert, B., Ravindran, A., Soyka, M.B., Rinaldi, A.O., Sugita, K., Wawrzyniak, M., Wawrzyniak, P., Motomura, K., Tamari, M., Orimo, K., Okada, N., Arae, K., Saito, K., Altunbulakli, C., Castro-Giner, F., Akdis, C.A. (2019). Induction of human regulatory innate lymphoid cells from group 2 innate lymphoid cells by retinoic acid. *J Allergy Clin Immunol.*; 143(6), 2190-2201.e9. doi: 10.1016/j.jaci.2018.12.1018

- Morton, R.W., Elphick, H.E., Rigby, A.S., Daw W.J., King, D.A., Smith, L.J., & Everard, M.L. (2017). STAAR: a randomised controlled trial of electronic adherence monitoring with reminder alarms and feedback to improve clinical outcomes for children with asthma. *Thorax*;72(4), 347-354. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-208171.
- Munn, Z., Stern, C., Aromataris, E., Lockwood, C., & Jordan, Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol*;18(1), 5. doi: 10.1186/s12874-017-0468-4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parente, M.D., Araújo, C., & Soares, S. (2016). A criança com asma: o conhecimento dos pais e dos adolescentes sobre a doença. *JournalofChildandAdolescentPsychology Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa, 6(2), 171-191.
- Pereira, P. (2016). "Asma e Obesidade em Idade Pediátrica" (Trabalho Final de Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa Clínica Universitária de Pediatria
- Pedersen, S. E., Hurd, S. S., Lemanske, R. F., Becker, A., Zar, H. J., Sly, P. D., ... & Bateman, E. D. (2011). Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. *Pediatric pulmonology*, 46(1), 1-17. doi: 10.1002/ppul.21321.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa Clinica Geral* dossier neurodesenvolvimento infantil 25, 677-87. Recuperado em: <https://pt.scribd.com/doc/156737036/Vigilancia-do-desenvolvimento-psicomotor>

- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Portugal]. Diário da República, 2(133), pp. 19192-19194. Recuperado em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento nº 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Portugal]. Diário da República, 2(26), pp. 4744-4750. Recuperado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 422/2018 (2018, julho 12).
- Ribeiro, A.F. (2016). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na criança/família com doença respiratória crónica*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18460/1/Relat%C3%B3rio%20FINALpdf.pdf>
- Scott, H.A., Gibson, P.G., Garg, M.L. et al.(2015). Determinants of weight loss success utilizing a meal replacement plan and/or exercise, in overweight and obese adults with asthma. *Respirology*; 20, 243-250.
- Searle, A., Jago, R., Henderson, J., & Turner, K. M. (2017). Children's, parents' and health professionals' views on the management of childhood asthma: a qualitative study. *NPJ primary care respiratory medicine*, 27(1), 53. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0053-7>
- Silveira (2017) Cuidado à criança com asma: o discurso de familiares. *Journal of Nursing and Health* 2017;7(2):127-36 Recuperado em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/10104/788>
- Sousa, P (2012). *O exercício parental durante a hospitalização de um filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Acedido em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>
- Sullivan, P., Ghushchyan, V.G., Navaratnam, P., Friedman, H.S., Kavati, A., Ortiz, B., & Lanier, B. (2018). School absence and productivity outcomes associated with childhood asthma in the USA. *J Asthma*; 55(2), 161-168. doi: 10.1080/02770903.2017.1313273
- Wild, C.F., Silveira, A. da., Souza, N.S. de., Buboltz, F.L., & Neves, E.T. (2017). Cuidado domiciliar na criança com asma. *Rev. baianaenferm.*; 31(2):e20487. doi 10.18471/rbe.v31i2.20487

- World Health Organization (2020). WHO STEPS (Core and Expanded) [Internet]; Geneva WHO. Accessed from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/asthma>
- Xu, J., Yin, Y., Zhang, H., Zhong, W.W., Zhang, L., Zhang, J., Yuan, S.H., Zhang, F., & Zhao, L.X. (2017). Paediatric asthma control under a community management model in China: a protocol for a prospective multicentre cohort study. *BMJ Open*; 7:e015741. doi:10.1136/bmjopen-2016-015741
- Yeh, H., Ma, W., Huang, J., Hsueh, K., & Chiang, L-C. Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function and pulmonary function of children with asthma : A randomized control trial. *Int J Nurs Stud.*; 60, 133-44. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.04.013.
- Zhu, D., Zhang, C., Shen, H., & Ying, S. (2017). Breaking through Restricting Bottleneck for Better Asthma Control. *J Transl Int Med.*; 5(4), 192-193. <https://doi.org/10.1515/jtim-2017-0032> PMID:29340274 PMCID:PMC5767

Apêndices

Apêndice I – Mapa de conceitos

	População	conceito	contexto
Palavras -chave	Nurs* OR "pediatric nurse" OR "paediatric nurse" OR "Pediatric Nurse Practitioners"	"Asthma management" OR Asthma OR "Pediatric asthma" OR "Asthma interventions" OR "asthmatic children" OR "Children with asthma" OR "asthmatic child" OR "paediatric asthma"	"Pediatric hospital"
Cinahl headings	Nurses Pediatric Nurse Practitioners"	Asthma	
Mesh	Pediatric nurse Pediatric Nurse Practitioners" nurses	asthma	

Apêndice II – Objetivos propostos para o estágio de pediatria

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

➤ Objetivo:

Desenvolver prática de cuidados/tomada de decisão que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

- Colaboração nos processos de tomada de decisão ética em equipa;
- Garantia da confidencialidade e a segurança da informação à qual se tem acesso durante a prática profissional;
- Respeito pelos valores, costumes, e crenças, bem como outras práticas específicas da criança/jovem e/ou família;
- Desenvolvimento do exercício profissional de acordo com o código deontológico.

DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

➤ Objetivo

Colaborar em projetos de melhoria contínua da qualidade

- Participação/colaboração em projetos de melhoria contínua
- Aplicação de conhecimentos suportados na mais atual evidência científica, com vista à melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados
- Reflexão sobre as práticas e debate de alguns assuntos com as enfermeiras tutoras, promovendo a melhoria contínua.

➤ Objetivo

Contribuir para a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

- Conhecimento da estrutura, dinâmica e organização do serviço;
- Conhecimento dos documentos do serviço, protocolos para melhor conhecimento do funcionamento do serviço e método de trabalho da equipa;
- Desenvolvimento de relação de confiança com as enfermeiras tutoras e restante equipa multidisciplinar;
- Colaboração no atendimento personalizado a cada criança/família, considerando a sua situação clínica e estágio de desenvolvimento;
- Promoção de relação empática com a criança e família;

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

➤ Objetivos

Demonstrar capacidade para gestão de cuidados

Respeitar a gestão de recursos, garantindo a qualidade dos cuidados

- Colaboração com as enfermeiras tutoras e restante equipa multidisciplinar na otimização de recursos;
- Participação juntamente com as enfermeiras tutoras na tomada de decisão de forma a otimizar o processo de cuidados;
- Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

➤ Objetivo

Desenvolver conhecimento e assertividade.

Demonstrar prática clínica baseada em evidênciacientífica

- Consciencialização dos recursos e limites pessoais e profissionais;
- Identificação de oportunidades de aprendizagem e lacunas do conhecimento, tais como em técnicas, procedimentos, desenvolvendo pesquisa de modo a prestar cuidados com fundamentação científica,
- Adoção de prática reflexiva diária, procurando identificar aspetos positivos e negativos, encarando-os como oportunidades construtivas;
- Identificação do modelo conceptual de enfermagem orientador da prática de cuidados e método de organização dos cuidados de enfermagem, tal como compreender o método de enfermeiro de referência adotado pelo Serviço de Pediatria Médica.

OBJETIVOS PESSOAIS RELACIONADOS COM AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

➤ Objetivo

Assistir a criança/jovem e família com doença crónica na maximização da sua saúde.

- Comunicação com a criança/jovem atendendo ao seu nível de desenvolvimento e situação clínica;
- Estabelecimento de uma relação empática com a família;
- Avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família no que se refere à saúde;
- Desenvolvimento junto da criança e família intervenções que favoreçam capacitação para a autonomia e auto-gestão através do ensino, instrução e treino de técnicas e procedimentos
- Identificação precoce de situações de risco que possam prejudicar a qualidade de vida da criança/família, intervindo e encaminhando para outros profissionais da equipa ou serviços atempadamente;
- Adoção de prática reflexiva diária, procurando identificar aspetos positivos e negativos, encarando-os como oportunidades construtivas;
- Consciencialização dos recursos e limites pessoais e profissionais;
- Identificação de oportunidades de aprendizagem e lacunas do conhecimento, tais como em técnicas, procedimentos, desenvolvendo pesquisa de modo a prestar cuidados com fundamentação científica;

➤ **Objetivo**

Cuidar da criança/jovem e família com doença crónica.

- Observação e identificação de estratégias utilizadas para promoção dos cuidados centrados na família;
- Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade;
- Promoção de prestação de cuidados de enfermagem atraumáticos;
- Aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor.

➤ **Objetivo**

Cuidar da criança/jovem e família com diabetes Mellitus tipo 1

- Prestação de cuidados de enfermagem adequados a cada criança/família com diabetes, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade;

- Estabelecimento de parceria de cuidados com criança e família com Diabetes que facilite a promoção da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime terapêutico e da parentalidade;
- Negociação e incentivo à participação da criança e/ou família com diabetes em todo o processo de cuidar, de forma a maximizar a independência e bem-estar de acordo com os conhecimentos prévios acerca da patologia e cuidados a ela inerentes;
- Desenvolvimento de intervenções de educação terapêutica junto da criança e família, que favoreçam capacitação para a autonomia e auto-gestão através do ensino, instrução e treino de avaliação da glicemia capilar, administração de insulina e gestão da alimentação e atividade física diária.

➤ **Objetivo**

Cuidar da criança/jovem e família com doença crônica com necessidade de Ventilação Não Invasiva e/ou com Gastrostomia

- Conhecimento mais aprofundado de equipamentos e dispositivos, tais como os cuidados a ter na vigilância e otimização dos mesmos;
- Conhecimento de protocolos de serviço em vigor;
- Negociação e estimulação à participação da família em todo o processo de cuidar, desenvolver junto da família intervenções que favoreçam capacitação para a autonomia e auto-gestão através do ensino, instrução e treino do manuseio dos equipamentos.

➤ **Objetivo**

Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

- Colaboração na implementação e gestão em parceria com a família de um plano promotor da parentalidade;
- Promoção da vinculação do recém-nascido doente e/ou com necessidades especiais;
- Demonstração de conhecimentos e técnicas de comunicação para o relacionamento com a criança/jovem e família respeitando crenças e cultura.

➤ **Objetivo**

Desenvolver habilidades na comunicação com a família/prestador de cuidados das crianças/jovens com doença crônica facilitando/a comunicação expressiva de emoções

- Estabelecimento de uma relação empática com a família;
- Desenvolvimento e compreensão dos fatores facilitadores e comportamentos que o enfermeiro especialista deve ter e que contribuam para diminuir o stress sentido no papel parental;
- Promoção da comunicação de expressão de dúvidas, medos e sentimentos dos pais;
- Desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança;
- Promoção de um ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções dos pais, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar, promovendo a esperança;
- Desenvolvimento de habilidades comunicacionais com a família, reconhecendo a situação de saúde como oportunidade para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica;
- Reflexão sobre as situações observadas e vivenciadas.

➤ **Objetivo**

Cuidar da criança/jovem e família com patologia respiratória;

Promover adesão terapêutica na criança/jovem e família com patologia respiratória;

- Estabelecimento de parceria de cuidados com criança e família com patologia respiratória que facilite a promoção da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime terapêutico e da parentalidade;
- Prestação de cuidados de enfermagem adequados a cada criança/família com patologia respiratória de acordo com os mais elevados padrões de qualidade;
- Ensino aos pais na identificação da presença de sinais de dificuldade respiratória precoces;
- Desenvolvimento de intervenções de educação terapêutica junto da criança e família, que favoreçam capacitação para a autonomia e autogestão através do ensino, instrução e treino de utilização de câmara expansora ou outros dispositivos utilizados no seu regime terapêutico.

- Negociação e incentivo à participação da criança e/ou família com patologia respiratória em todo o processo de cuidar, de forma a maximizar a independência e bem-estar de acordo com os conhecimentos prévios acerca da patologia.

Apêndice III – Objetivos propostos para o estágio de neonatologia

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

➤ Objetivo:

Desenvolver prática de cuidados/tomada de decisão que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

- Colaboração nos processos de tomada de decisão ética em equipa;
- Garantia da confidencialidade e a segurança da informação à qual se tem acesso durante a prática profissional;
- Respeito pelos valores, costumes, e crenças das famílias;
- Desenvolvimento do exercício profissional de acordo com o código deontológico.

DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

➤ Objetivo

Colaborar em projetos de melhoria contínua da qualidade

- Participação/colaboração em projetos de melhoria contínua
- Aplicação de conhecimentos suportados na mais atual evidência científica, com vista à melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados
- Reflexão sobre as práticas e debate de alguns assuntos com as enfermeiras tutoras, promovendo a melhoria contínua.

➤ Objetivo

Contribuir para a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

- Conhecimento da estrutura, dinâmica e organização do serviço;
- Conhecimento dos documentos do serviço, protocolos para melhor conhecimento do funcionamento do serviço e método de trabalho da equipa;

- Desenvolvimento de relação de confiança com as enfermeiras tutoras e restante equipa multidisciplinar;
- Promoção de relação empática com a família;

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

➤ Objetivos

Demonstrar capacidade para gestão de cuidados

Respeitar a gestão de recursos, garantindo a qualidade dos cuidados

- Colaboração com as enfermeiras tutoras e restante equipa multidisciplinar na otimização de recursos;
- Participação juntamente com as enfermeiras tutoras na tomada de decisão de forma a otimizar o processo de cuidados;
- Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

➤ Objetivos

Desenvolver conhecimento e assertividade.

Demonstrar prática clínica baseada em evidência científica

- Consciencialização dos recursos e limites pessoais e profissionais;
- Identificação de oportunidades de aprendizagem e lacunas do conhecimento, tais como em técnicas, procedimentos, desenvolvendo pesquisa de modo a prestar cuidados com fundamentação científica,
- Adoção de prática reflexiva diária, procurando identificar aspetos positivos e negativos, encarando-os como oportunidades construtivas;
- Identificação do modelo conceptual de enfermagem orientador da prática de cuidados e método de organização dos cuidados de enfermagem;

OBJETIVOS PESSOAIS

OBJETIVO 1

- ✓ **Desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica:**
 - Assistir o recém-nascido de alto risco com a família, na maximização da sua saúde;
 - Cuidar do recém-nascido de alto risco nas situações de especial complexidade;
 - Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do recém-nascido de alto risco.

Atividades a desenvolver:

- Observar o enfermeiro especialista na prestação dos cuidados ao recém-nascido de alto risco e sua família;
- Analisar de forma crítica e reflexiva o papel do enfermeiro especialista na equipa da UCIN;
- Participar nos cuidados prestados ao recém-nascido de alto risco de forma a adquirir competências especializadas;
- Discutir estratégias de cuidados com a enfermeira tutora/especialistas;
- Realizar investigação em saúde tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados ao recém-nascido de alto risco;
- Refletir sobre práticas de cuidados e conhecimentos adquiridos em contexto teórico referentes a cuidados especializados de saúde infantil e juvenil;
- Conhecer e identificar características próprias do prematuro conforme idade gestacional;
- Aprofundar conhecimentos sobre reanimação do recém-nascido/prematuro;
- Prestar cuidados especializados tendo em conta as particularidades e necessidades do recém-nascido de alto risco/prematuro e sua família.

OBJETIVO 2

- ✓ **Desenvolver competências no apoio e na promoção da parentalidade.**

Atividades a desenvolver:

- Desenvolver ações potenciadoras de um ambiente empático e seguro para o recém-nascido e pais;
- Conhecer de forma mais aprofundada projetos promovido pela equipa com vista à humanização dos cuidados, promoção da parentalidade e vinculação;
- Compreender e integrar os pais na prestação de cuidados de acordo com a situação do RN e sua capacidade, dotando-os de habilidades para desempenharem a sua função parental;
- Desenvolver ações que promovam a vinculação de acordo com a avaliação individual de cada família;
- Incentivar à prática do Método “Canguru”;
- Incentivar o aleitamento materno.

OBJETIVO 3:

- ✓ **Desenvolver competências na prestação de cuidados ao Recém Nascido com dispositivos de Ventilação Invasiva e Não Invasiva**

Atividades a desenvolver:

- Conhecimento mais aprofundado de equipamentos e dispositivos, tais como os cuidados a ter na vigilância e otimização dos mesmos;
- Conhecimento de protocolos de serviço em vigor;
- Prestar cuidados a Recém nascidos de alto risco com ventilação invasiva ou não invasiva;

OBJETIVO 4:

- ✓ **Desenvolver competências na gestão da dor do RN de alto risco**

Atividades a desenvolver:

- Aprofundar conhecimentos acerca da fisiologia, controlo e tratamento da dor no recém-nascido;
- Aprofundar conhecimentos sobre as escalas de avaliação da dor no RN prematuro e utilizadas na unidade;

- Monitorizar a dor utilizando Escalas de Avaliação de Dor;
- Promover medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor de acordo com a monitorização da dor e/ou procedimento a executar;

OBJETIVO 5:

- ✓ **Desenvolver competências na prestação de cuidados que satisfaçam as necessidades do recém-nascido de risco/prematuro**

Atividades a desenvolver:

- Conhecer e observar os primeiros cuidados ao recém nascido prematuro;
- Observar e prestar cuidados concentrados, minimizando as manipulações dos mesmos, respeitando assim, as necessidades de vigília/sono do recém-nascido, minimizando stress e situações de instabilidade clínica;
- Prestar cuidados na área dos cuidados de higiene, prevenção de feridas e otimização da oxigenação;
- Manter e gerir um ambiente térmico neutro no recém-nascido de risco;
- Refletir acerca dos cuidados prestados que satisfazem as necessidades do recém-nascido;.

Apêndice IV – Objetivos propostos para o estágio de saúde infantil e familiar

Conhecer a estrutura, dinâmica e organização do serviço.

- Desenvolvimento de relação de confiança com as enfermeiras tutoras e restante equipa multidisciplinar;
- Conhecimento dos documentos do serviço e protocolos para melhor conhecimento do funcionamento do serviço e método de trabalho da equipa;
- Conhecer a dinâmica e relação do enfermeiro de família com a criança/jovem e família.

Demonstrar capacidades na gestão de cuidados, garantindo uma colheita de dados e relação eficaz, de forma a elaborar um plano de cuidados adequado com a criança/jovem e família.

Atividades a desenvolver:

- Identificação da estrutura familiar;
- Avaliação da informação existente na perspetiva da criança, jovem e família;
- Respeito pelas crenças e valores culturais da criança/jovem e família;
- Análise da expressão de emoções e dúvidas;
- Gestão do ambiente físico;
- Estabelecimento de uma relação, comunicação empática, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento;
- Estabelecimento de uma parceria de cuidados, através do envolvimento da criança/jovem e família, no seu processo de saúde/doença;

Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família no âmbito da Consulta de Saúde Infantil visando a maximização da saúde

Atividades a desenvolver:

- Participação na realização de Consultas de Saúde Infantil sob supervisão das Enfermeiras tutoras, efetuando registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
- Avaliação do crescimento e do desenvolvimento de acordo com a Escala de Avaliação de *Mary Sheridan* no decorrer das Consultas de Saúde Infantil;
- Transmitir orientações antecipatórias para maximizar a saúde relacionada com:

- o Crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil
- o Comportamentos saudáveis
- o Saúde escolar
- o Saúde oral
- o Prevenção de acidentes de acordo com a idade da criança

Detetar precocemente sinais e sintomas, causadores de doença, que possam afetar a vida ou qualidade de vida da criança ou jovem, procedendo à partilha de informação e/ou ao seu encaminhamento, se necessário.

Atividades a desenvolver:

- Avaliação da criança, jovem, aquando da consulta;
- Observação do comportamento dos mesmos;
- Identificação de sinais e sintomas causadores de doença;
- Partilha de informação sobre as patologias mais frequentes e quais os sinais de alarme;
- Sinalização de comportamentos de risco, por exemplo, acidentes domésticos, e partilha de informação sobre a prevenção dos mesmos e cuidados a ter;
- Compreensão da articulação existente do enfermeiro de família com as restantes unidades funcionais, ou hospital, em situações que necessitem de colaboração de outros profissionais para continuidade de cuidados ou observação especializada;

Gerir o impacto da dor aquando da vacinação

Atividades a desenvolver:

- Observação e pesquisa de normas e procedimentos de gestão da dor na criança utilizados na USF durante a vacinação;
- Promoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor;
- Monitorizar a dor utilizando Escalas de Avaliação da Dor.

Apêndice V – Folheto “utilização e manutenção de câmara expansora com máscara facial”

ATENÇÃO:

- Antes de usar o inalador pela primeira vez, ou se não o tiver utilizado durante 5 dias ou mais, certifique-se que está funcional. Retire a tampa protetora do bucal, agite bem o inalador, e liberte duas doses para o ar para se certificar do seu funcionamento.
- A inalação deve ser feita pela boca (tirar chuchas!), uma vez que se a criança inalar pelo nariz reduz a quantidade de medicamento que chega ao pulmões.

Não se esqueça:

- Antes de utilizar um inalador/ câmara expansora leia atentamente as instruções de utilização e as indicações dadas pelo Médico de Família ou Pediatra.
- Esclareça qualquer dúvida junto do seu Pediatra/Médico ou Enfermeiro de Família.
- Deve levar o seu dispositivo inalatório quando for às consultas ou ao serviço de urgência

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DA CÂMARA EXPANSORA:

Enquanto estiver a utilizar a câmara expansora deve lavá-la 1 vez por semana, ou sempre que esta se encontrar visivelmente suja, da seguinte forma:

- Remova a peça de borracha redonda da extremidade da câmara expansora e a máscara;
- Coloque as peças num recipiente com água quente e algumas gotas de detergente, durante cerca de 15 minutos, e depois agite-as nesse líquido;
- Passe as peças por água limpa e sacuda o excesso de água (**não limpe ou seque as peças com pano, deve deixá-las secar ao ar, na vertical**);
- Monte novamente a câmara expansora.

Bibliografia:

Aguilar, et al. 2016 "Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios" Revista portuguesa de imunologia 2017 25(1) 9–26.

DGS 2013 "Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia". Lisboa.

Lopes, 2016 (Lisboa) "Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros".

Folheto Elaborado Por
 Patrícia F. M. Melo nº 6086
 Sob a orientação pedagógica da Prof. Doutora Ernestina Baroca e orientação clínica das Enf. Especialistas em saúde Infantil e Pediatria Verónica Cavadas e Ercilia Nieto, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu.



USF Marquês de Marialva

UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DE CÂMARA EXPANSORA COM MÁSCARA FACIAL

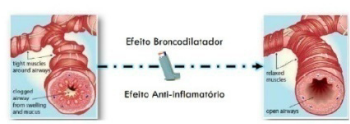
Aos Pais / Cuidadores e crianças

Utilização e manutenção de camara expansora com máscara facial

A camara expansora serve de extensão ao inalador pressurizado, administrando medicação directamente nas vias aéreas.

A via inalatória é a preferida para o tratamento de algumas doenças respiratórias, dado que utiliza menor quantidade de fármaco, confere maior rapidez de acção e menos efeitos secundários.

A eficácia do tratamento depende da correcta utilização da camara expansora.



- MODO DE UTILIZAÇÃO:**
- 1.º Procure um ambiente tranquilo e sente a criança ao seu colo (a criança deve estar calma, de preferência sem chorar);
 - 2.º Retire a tampa do inalador;
 - 3.º Aqueça o inalador à temperatura corporal (rolando-o entre as suas mãos);
 - 4.º Agite o inalador durante 5 segundos (para misturar as partículas do medicamento);
 - 5.º Adapte o inalador à câmara expansora, ficando este em posição de L;
 - 6.º Adapte bem a máscara da câmara expansora à cara da criança;
 - 7.º Pressione o inalador (para libertar a medicação



- 8.º Mantenha a máscara bem adaptada à boca e ao nariz da criança, enquanto esta respira, conte lentamente até 10 (para garantir que o medicamento é totalmente inalado), sempre com a máscara bem adaptada;
- 9.º Afaste a câmara expansora e retire o inalador;
- 10.º Repita os passos 4 a 9 as vezes necessárias (consoante o numero de puffs/inalações que o médico prescreveu).
- 11.º Coloque a tampa no inalador e guarde o inalador e a câmara expansora em local apropriado (seco, livre de pó e/ou humidade).

Transformar o momento num jogo divertido para que a criança se mantenha calma:

- ⇒ Contar até 10
- ⇒ Cantar músicas
- ⇒ Usar o seu brinquedo de referência

Apêndice VI – Folheto “Amamentação e prematuridade”

Cuidado Canguru

Consiste na colocação do bebê na posição vertical, sobre o peito do pai ou da mãe, em contacto pele com pele.



Vantagens para o bebê:

- Favorece um melhor controlo térmico do bebê;
- Diminui a variação da frequência cardíaca e respiratória, melhora a oxigenação;
- Promove a regulação do sono-vigília;
- Reduz o stress e a dor do recém-nascido;
- Diminui o tempo de separação pais-bebê.

Vantagens para a mãe:

- Aumenta a produção de leite;
- Incentiva a relação entre os pais/bebê;
- Possibilita maior competência e amplia a confiança dos pais no cuidado ao seu filho;
- Melhora o bem estar emocional e psicológico;
- Favorece os vínculos mãe-bebê e pai-bebê.

O leite da mãe de prematuro é especial e único para favorecer a vida do bebê

“A amamentação deve ser considerada prioridade para o recém-nascido (RN), pois contém uma combinação única de proteínas, lipídios, hidratos de carbono, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e económicos, para o crescimento e desenvolvimento, especialmente para o prematuro, devido a sua maior vulnerabilidade.” (Silva, Muniz, Cecchetto, 2012)

Bibliografia:

Calli VMLT, Vinagre RD. Aleitamento materno em situações especiais. In: Lopez FA, Campos Junior D, ed. Tratado de Pediatria. 2 ed. Barueri: Manole; 2010. p. 363-76.

Cruz, M e Sebastião, L. 2015 Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. Distúrbios Comun. Ed 27 Quintal VS, Falcão MC, Calli VMLT. Nutrição enteral do recém-nascido pré-termo. In: Vaz FAC, Diniz EMA, Ceccon MEJR, Krebs VLI, ed. Neonatologia. Barueri: Manole; 2011. p. 76-86.

Cecchetto F. M., Muniz F., Silva E. F. (2012 Maio/Ago). Aleitamento Materno na Prematuridade: Uma Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem UFSM pp.111- 132.

Trabalho Elaborado Por

Sara Pimentel

Patrícia Melo

Sob a orientação pedagógica da Sr. Prof. Ernestina Batoca e orientação clínica da Sr. Enf. Esp. Marciana Dias, Isabel Melo e Ana Pinho

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final: estágio de Neonatologia, do 7º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Amamentação e prematuridade



O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o bebê prematuro!

Aos Pais / Cuidadores

Amamentação e Prematuridade

Para um recém-nascido prematuro ou doente a importância da utilização do leite materno é ainda maior.

Adapta-se à idade gestacional e modifica-se ao longo da mamada e ao longo dos meses, consoante a idade do bebê.

O ato de amamentar, além de alimentar, proporciona um contato físico próximo entre a mãe e o bebê, fortalecendo o laço afetivo importante ao desenvolvimento físico, emocional e social do seu filho.

Reafirmando os benefícios da amamentação o Ministério da Saúde preconiza o período de seis meses para o aleitamento materno exclusivo.

Vantagens para a mãe:

- ▶ Proteção contra doenças como o cancro;
- ▶ Recuperar a forma física mais rapidamente;
- ▶ Estabelecer uma relação especial com o seu filho;
- ▶ Melhora a auto-estima;
- ▶ Economia de recursos para as famílias e sociedade.

Vantagens para o bebê:

- ▶ Ajuda a combater infeções;
- ▶ Previne doenças;
- ▶ Contribui para um desenvolvimento saudável;
- ▶ Reduz a frequência de intolerância alimentar;
- ▶ Favorece o desenvolvimento do sistema sensorio-motor-oral, evitando problemas futuros de mastigação, oclusão dentária e apneia do sono;
- ▶ Maior vinculação mãe-filho reduz a frequência de abuso, negligência e abandono.



O bebê que nasce prematuro, antes das 34 semanas não consegue mamar podendo engasgar-se. Por isso é necessário um “tubinho” (sonda) para o alimentar. À medida que ele vai crescendo aumenta de peso e vai conseguir mamar sem necessitar de ajuda.

A capacidade da sua mama produzir leite é determinada pela correta estimulação do mamilo e aréola. Quanto mais frequente é a estimulação da sua mama mais leite vai produzir.

No caso do seu bebê prematuro, enquanto ele não aprender a mamar deve-se estimular o aleitamento materno com a utilização do cuidado canguru e a extração do leite materno, 3/3h, no mínimo de 6 vezes por dia.

Apêndice VII – Resultado da aplicação do instrumento: Teste de Relevância I

Referência do Estudo		Questão 1		Questão 2		Questão3		Questão4		Questão5		Reune critérios Para Teste de Relevância //	
		SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO
		E1.	Isik et al. (2019)	X		X		X		X		X	
E2.	Ly et al. (2019)	X		X		X		X		X		X	
E3.	Gouveia et al. (2020)	X		X		X		X		X		X	
E4.	Isik et al. (2020)	X		X		X		X		X		X	
E5.	Kindi, McCabe & Mc Cann (2021)		X	X		X		X		X			X
E6.	Homaira et al (2020)		X	X		X		X		X			X
E7.	Sjoerdsma et al (2020)		X	X		X		X		X			X
E8.	Geryk, Roberts & Carpenter (2017)		X			X		X		X			X
E9.	Chen, Chen (2021)		X	X		X		X		X			X
E10.	Gao, Wang & Wang (2021)		X	X		X		X		X			X
E11.	Searl et al (2017)	X		X		X		X		X		X	
E12.	Kwong et al (2017)		X	X		X		X		X			X
E13.	Kashaninia et al (2018)		X	X		X		X		X			X
E14.	Hui et al (2019)		X	X		X		X		X			X

E 16.	Ekim , Ocakci (2016)		X	X		X		X		X		X
E 17.	Chan et al (2021)		X	X		X		X		X		X
E 18.	Breslini et al (2020)		X	X		X		X		X		X
E 19.	Kew KM, Cates CJ (2016)		X	X		X		X		X		X
E 20.	Kackin, Kahraman (2020)		X	X		X		X		X		X
E 21.	Sheng et al (2018)		X	X		X		X		X		X
E22.	Kocaaslan, kostak (2019)		X	X		X		X		X		X

Apêndice VIII – Resultado da aplicação do instrumento: Teste de Relevância II

Referência do estudo		Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4		Questão 5		Reúne critérios para inclusão no estudo	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
E1	Isik et al. (2019)	X		X		X		X		X		X	
E2.	Lv et al. (2019)	X		X		X		X		X		X	
E3.	Gouveia et al. (2020)	X		X		X		X		X		X	
E4.	Isik et al. (2020)	X		X		X		X		X		X	
E11.	Searl et al (2017)		X	X		X		X		X			X