



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

JOANA ISABEL ALMEIDA MENDES

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA ANSIEDADE
EM IDADE PEDIÁTRICA**

Coimbra, 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

JOANA ISABEL ALMEIDA MENDES

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA ANSIEDADE
EM IDADE PEDIÁTRICA**

Relatório final de estágio de natureza profissional realizado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação da Professora Ananda Fernandes.

Coimbra, 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e irmã, os primeiros a acreditarem em mim, a me encorajarem e a serem meu refúgio em todas as situações. Obrigado por todos os sacrifícios, pelo orgulho e confiança que depositaram em mim, por transmitirem os valores da vida com sabedoria e humildade. Agradeço por compartilharem comigo as angústias desta jornada. Sem vocês, eu não teria chegado aqui!

Á Professora Doutora Ananda Fernandes pela disponibilidade, apoio, críticas construtivas e ainda pela paciência e compreensão demonstradas, incentivando sempre a querer mais e melhor.

Á Professora Doutora Márcia Santos por fazer parte deste meu percurso e compreender as minhas desmotivações, pela partilha de conhecimento e pelas valiosas palavras de incentivo.

Ao Professor Doutor Jorge Apóstolo, pela fé depositada em mim, pela confiança incutida e pela esperança inspirada em todo o meu esforço.

A todos os enfermeiros e colegas que caminharam comigo nesta jornada e me proporcionaram uma compreensão mais profunda do trabalho em pediatria.

A todos, o meu bem-haja!

Joana

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – Associação Americana de Pediatria

CCF - Cuidados Centrados na Família

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ENF – Estratégias Não Farmacológicas

MSBN - Modelo de Sistemas de Betty Neuman

PBE- Prática Baseada na Evidência

PT – Positive Touch

RIL- Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-Nascido

RNPT- Recém-Nascido Pré-Termo

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

Enquadramento: A CIPE define ansiedade como uma emoção negativa, associada a sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. No entanto, representa uma resposta de defesa/ataque para enfrentamento de situações que ameacem o sujeito, devendo ser gerida.

O período de hospitalização ou a frequência de ambientes hospitalares é um momento repleto de stressores, tais como a separação, perda de controlo, lesão corporal, dor e **ansiedade**. E, caracteristicamente, nos seus primeiros anos de vida, a criança apresenta um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com estas situações, necessitando de apoio externo para ultrapassar esta crise. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, torna-se primordial na implementação de intervenções não farmacológicas, com foco na gestão da ansiedade em idade pediátrica, associada à hospitalização.

Metodologia: Descritiva e reflexiva sobre as atividades e competências desenvolvidas nos diversos contextos de estágio, com referência à problemática em cada um deles, que serviu de mote para a realização da RIL, com o intuito de identificar quais as Estratégias Não Farmacológicas utilizadas na gestão da ansiedade, durante a hospitalização, alicerçada no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e na Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

Resultados: As ENF realizadas e descritas nos artigos analisados foram a Realidade Virtual, *Virtual Reality Exposure Therapy*, Vídeo, Cartas de Distração, *Digital Education Package* e Buzzy®. Quanto à tipologia, estas constituem métodos de distração, imaginação, informação e método de relaxamento.

Conclusão: A **gestão da ansiedade** associada aos cuidados de saúde, justifica fortemente que estratégias deste tipo sejam incorporadas pelos profissionais de saúde, especialmente os EEESIP, em contexto hospitalar e em ambulatório, como rotina, na medida em que os estudos apresentados comprovam que as crianças/jovens responderam de forma bastante positiva em termos de satisfação e manifestação da sua eficácia, após a sua aplicação.

Palavras-chave: Enfermagem; Intervenções Não Farmacológicas; Ansiedade; Pediatria; Modelo de Neuman.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos para a revisão..... | 41 |
| Tabela - Correspondência P I C O..... | 39 |
| Tabela 2- Caracterização da amostra de artigos analisados..... | 42 |
| Tabela 3- Caracterização das Estratégias Não Farmacológicas para a gestão da ansiedade e modalidade de Prevenção..... | 49 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ENQUADRAMENTO | 18 |
| 1.1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM BASEADA NO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN..... | 18 |
| 1.2. FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA..... | 19 |
| 2. ESTÁGIO PROFISSIONAL | 22 |
| 2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA..... | 22 |
| 2.2. CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS..... | 27 |
| 2.3. COMUNIDADE..... | 34 |
| 3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA | 40 |
| 3.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO..... | 40 |
| 3.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS..... | 41 |
| 3.3. IDENTIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS..... | 41 |
| 3.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ARTIGOS ANALISADOS..... | 43 |
| 3.5. COLHEITA DA INFORMAÇÃO E ANÁLISE..... | 47 |
| 3.6. RESULTADOS..... | 47 |
| 3.6.1. Estratégias Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade | 47 |
| 3.6.1.1. Análise global das Estratégias Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade..... | 47 |
| 3.6.1.2. Análise específica das Estratégias Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade..... | 52 |
| 3.7. DISCUSSÃO..... | 58 |
| 3.8. CONCLUSÃO..... | 61 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 66 |
| APÊNDICE | |
| APÊNDICE I- Projeto de Estágio – Urgência Pediátrica | |
| APÊNDICE II- Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais | |

APÊNDICE III- Projeto de Estágio – Comunidade

APÊNDICE IV- Protocolo “Técnicas Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade”

APÊNDICE V- Apresentação da formação “Técnicas Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade”

APÊNDICE VI- Formulário de avaliação da formação “Técnicas Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade”

APÊNDICE VII- Resultados da avaliação da formação “Técnicas Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade”

APÊNDICE VIII – Panfleto: Vacinação

APÊNDICE IX- Expressão de Pesquisa

APÊNDICE X – Quadro resumo da informação recolhida para análise

ANEXO

ANEXO- Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman

INTRODUÇÃO

Nos primeiros anos de vida a criança poderá enfrentar inúmeras crises. A doença e consequente hospitalização é um dos eventos a salientar. A criança é afastada da sua casa, o que representa uma série de ameaças reais e imaginárias já que o ambiente é desconhecido e muito diferente do habitual, apresentando-se como uma estrutura rígida, uma complexa divisão do trabalho, canais de comunicação e normas reguladoras e, inclusivamente, uma linguagem própria (Sousa & Sousa, 2008).

A hospitalização é vista como uma situação extremamente perturbadora, pois além de implicar mudanças na rotina de toda a família, pode desencadear alterações no desenvolvimento infantil e consequências que perduram por toda existência (Gomes, Fernandes & Nóbrega, 2016).

Este evento é, então, associado a um sentimento de separação do ambiente familiar, físico e afetivo. A presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de realização de tratamentos ou meios de diagnóstico dolorosos, o contacto obrigatório com profissionais de saúde, a impossibilidade de manter controlo sobre os acontecimentos, a imposição e restrição, das quais os cuidadores/pais, não as defendem, é, por vezes geradora de um comportamento não-adaptativo (Barros, 1998).

A criança não fica alheia da percepção da gravidade, diretamente, ou através das reações dos pais e dos próprios profissionais de saúde (Barros, 1998). Esta situação será motivada por stressores, tais como: medo, separação, perda de controlo, lesão corporal, dor e **ansiedade** (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo a CIPE (2019), ansiedade define-se como uma emoção negativa, um sentimento de ameaça, perigo ou angústia.

Também Lenhardtk e Calvetti (2017), referem que a ansiedade pode ser definida como um sentimento de apreensão causado por antecipação de perigo, interno ou externo, possuindo características fisiológicas e psicológicas. Os autores referem que a ansiedade surge geralmente em situações de sensação de ameaça e perigo iminente, porém devido

ao seu carácter inespecífico, abrangente, abstrato e difícil de ser definido pelas crianças, torna mais complexa a sua identificação.

Por outro lado, Vaz-Serra (1980) acredita que a ansiedade pode se categorizar em dois tipos: 1. a que o indivíduo manifesta sem uma razão aparente e 2. a que está intensamente desproporcional, mas intrinsecamente correlacionada como resposta a uma situação ocorrida. Em ambas as categorias, as respostas ansiogénicas podem conter três componentes: cognitivo, vegetativo e motor. A componente cognitiva é de natureza subjetiva e diz respeito a tudo aquilo que a pessoa diz sentir; a componente vegetativa traduz a ativação fisiológica que o indivíduo sofre quando está ansioso (taquicardia, hipertensão, alterações da motilidade gástrica, emergência urinária, xerostomia, hipersudorese, etc.); e a componente motora refere-se às respostas de fuga e de evitamento (Vaz-Serra, 1980).

Neste sentido, todos os autores referem que a ansiedade mobiliza recursos físicos e psicológicos. No entanto, como referido por Vaz-Serra (1980), esta, pode diferenciar-se em **ansiedade adaptativa** e **não-adaptativa**. Por conseguinte, a ansiedade estabelece atitudes de defesa e ataque para enfrentamento de situações que ameacem ou desafiem os sujeitos, sendo esta resposta considerada necessária. Ela é um sinal de alerta sobre perigos iminentes que capacita o indivíduo a tomar medidas necessárias para enfrentar as ameaças (Heimberg & Magee, 2016). É uma manifestação fisiológica inerente ao ser humano e até necessária para a sobrevivência social sendo fulcral reconhecer o valor positivo, adaptativo, motivador e impulsionador para confrontos de situações da vida (Lenhardt & Calvetti, 2017).

Todavia, toda a ansiedade que se revela **não-adaptativa**, isto é, que seja mediadora de um comportamento inadequado, é alvo de preocupação e deverá ser **gerida**.

Quando este comportamento não adaptativo ocorre em idade pediátrica, a ação do enfermeiro torna-se imperativa, uma vez que a criança, em comparação com o adulto, apresenta um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com estas situações, necessitando de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014).

É então, fulcral, a intervenção do EEESIP, como principal responsável por proporcionar conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais às

crianças/jovens facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão de processos específicos de saúde/doença (E1.1.4), procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.).

Das intervenções que o enfermeiro pode adotar, sem necessidade de prescrição médica, em contexto hospitalar para gestão da ansiedade, destacam-se as intervenções **cognitivo-comportamentais, psicológicas e educativas**.

As primeiras incluem distrair a criança (por meio de jogos, uso de dispositivos eletrônicos como tablets e smartphones, presença de "doutores-palhaço" e exibição de desenhos animados) e familiarizá-la com o ambiente desconhecido. Devido à sua dimensão psicológica potencial, as **intervenções comportamentais** podem ser categorizadas como cognitivo-comportamentais (Meletti, Meletti, Camargo, Silva & Módolo, 2019).

As **intervenções psicológicas** têm como objetivo aprimorar os mecanismos de enfrentamento, autocontrole e colaboração da criança/adolescente. Embora sejam eficazes, essas intervenções são onerosas devido à necessidade de várias sessões (Agbayani, Fortier & Kain, 2020).

As **intervenções educativas** fornecem informações sobre o procedimento planejado e sinais e sintomas que decorrem da intervenção. Visam prevenir a ansiedade e aumentar a confiança e o conhecimento de crianças, adolescentes e pais (Agbayani, Fortier & Kain, 2020).

Estas, podem tomar duas formas: verbal ou escrita. São exemplos livros, panfletos ou guias; programas ou sessões de ensino (presenciais, via web ou áudio), jogos, vídeos ou DVDs (Baghele, Dave, Dias, & Shah, 2019). Os programas educativos de preparação abrangem visitas às unidades hospitalares, ao bloco operatório e ao internamento, além de fornecer orientação sobre o equipamento médico e as suas funções, focam-se nas apresentações visuais dos procedimentos a serem realizados. (Agbayani, Fortier & Kain, 2020).

Neste mote, o Estágio com Relatório Final do Mestrado de Saúde Infantil Pediátrica foi orientado para o desenvolvimento de competências como futura EEESIP, nomeadamente de juízo clínico, planeamento, decisão e intervenção na assistência a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde; no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; na prestação de cuidados específicos em resposta às

necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem e na **gestão da ansiedade**.

Assim, são objetivos deste relatório:

- Descrever e analisar as contribuições dos estágios realizados para o desenvolvimento das referidas competências;
- Sintetizar as evidências acerca das intervenções não farmacológicas para gestão da ansiedade associada aos cuidados de saúde

Para a consecução destes objetivos foi realizada uma análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas nas várias áreas clínicas do estágio (Neonatologia, Urgências/Cuidados Intensivos e Comunidade), utilizando como metodologia a observação, a reflexão, a pesquisa bibliográfica e a discussão entre pares, tendo em conta a prática baseada na evidência (PBE), e o contributo do EEESIP em cada contexto.

Como componente de investigação, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), abordando a temática “Estratégias Não Farmacológicas (ENF) utilizadas na gestão da ansiedade, em crianças/adolescentes, em contexto hospitalar”.

Para a escolha dos referenciais teóricos, optou-se pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman, por abordar o impacto dos stressores no sistema de cada pessoa, e os tipos de intervenções para restituir a homeostase da mesma; e pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família, como Filosofia basilar em Pediatria, justificada pela imprescindibilidade de envolvimento, participação e parceria, caracterizada pela capacitação das famílias e pela negociação de todos os cuidados realizados à criança/adolescente.

A RIL foi organizada para dar resposta às seguintes questões de investigação:

- 1) Quais as Estratégias Não Farmacológicas utilizadas na gestão da ansiedade em crianças/adolescentes, em contexto hospitalar?
- 2) Quais foram aplicadas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica?

Em termos estruturais, o presente relatório, para além da Introdução, em que se apresenta o problema, e da Conclusão, em que se faz a síntese dos resultados mais relevantes e se enunciam as implicações para a prática profissional e para a investigação, compreende

mais três capítulos principais, nomeadamente: Enquadramento, Estágio Profissional e Revisão Integrativa da Literatura.

O primeiro capítulo refere-se à filosofia dos Cuidados Centrados na Família e ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman. O segundo capítulo realiza uma abordagem crítica e reflexiva dos três estágios realizados (urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos neonatais e comunidade) evidenciando as competências comuns e específicas do EEESIP, por meio de códigos correspondentes ao Regulamento de Competências publicado em Diário da República. O terceiro capítulo é relativo à RIL, apresentando-se as questões de investigação, critérios de seleção dos estudos, caracterização da amostra, colheita e análise dos dados, bem como resultados, discussão e análise crítica dos mesmos.

1. ENQUADRAMENTO

No presente capítulo serão abordados os conteúdos teóricos de forma a contextualizar a problemática em estudo. Assim, será apresentada o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a filosofia e importância dos Cuidados Centrados na Família, como orientadores de práticas.

1.1 FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

Os CCF seguem uma filosofia que objetiva fornecer cuidados profissionais à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, caracterizado pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Craig et al., 2015). Ainda, a Associação Americana de Pediatria (AAP) (2012), define os CCF como “uma abordagem inovadora que estrutura as políticas de cuidados, os programas, a organização dos serviços, avaliação de cuidados de saúde e as interações entre clientes, família, médicos e outros profissionais de cuidados de saúde” (p.394).

Neste sentido, os CCF promovem suporte para as famílias que lidam com esta experiência desafiante, removendo barreiras à sua presença e participação nos cuidados. Lee, Carter, Stevenson & Harrison (2014) enfatizam que a base desta filosofia é o reconhecimento da família como o principal elo de força e suporte, assumindo-a como parceira no cuidar e destacando as informações dos pais como essenciais na tomada de decisões importantes. A implementação dos CCF permite que os pais participem ativamente no processo de cuidar, estabelecendo uma relação saudável, superando da melhor forma o período stressante que é o internamento (Miguel et al., 2012).

No entanto, é fundamental não descurar que os pais são eles próprios clientes, necessitando igualmente de cuidados.

Assumir as famílias como parceiras de decisão e colaboradores no cuidado é reconhecidamente uma estratégia com resultados indiscutivelmente positivos (Craig et al., 2015). Para tal, é fundamental o seu empoderamento e capacitação. Vários autores evidenciam ainda a importância do feedback dado à família constituindo um reforço positivo para a participação nos cuidados.

Também, a AAP identificou seis princípios dos CCF, que culminam na ideia de que a família pode influenciar a saúde e bem-estar dos seus membros, sempre com suporte de profissionais com o objetivo de obter os melhores ganhos em saúde (Lee et al., 2014). Neste âmbito, é uma filosofia que reconhece a importância do grupo familiar nos cuidados de saúde aos seus membros.

A literatura é consensual no que se refere aos benefícios dos CCF. Tendo como foco a família, a adequação dos programas/intervenções/estratégias aos princípios desta filosofia contribui para a redução da ansiedade parental, facilitando o seu empoderamento, competência e capacitação. O tempo de internamento, a preparação para a alta e a satisfação dos pais serão influenciados positivamente pela forma como é implementada esta filosofia de cuidados.

Neste sentido, o cliente, e alvo dos cuidados de enfermagem, será a díade (mãe-criança/adolescente; pai-criança/adolescente; cuidador-criança/adolescente), ou até a tríade (mãe e pai-criança/adolescente; cuidadores-criança/adolescente).

1.2 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM BASEADA NO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Para Betty Neuman, o cliente é um sistema aberto, que se encontra em constante transformação. Neste sentido, qualquer perturbação do seu normal funcionamento irá desestruturar a sua estabilidade, exigindo um processo de adaptação dinâmico e contínuo (George, 2000).

Para a autora, o ideal é a aquisição de uma excelente estabilidade no sistema. Ou seja, como sistema aberto, o sistema cliente é propenso a procurar e manter a homeostase entre os vários fatores, tanto endógenos como exógenos ao sistema, de forma a não existir perturbação (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman denomina essas forças como *stressores*. As reações aos *stressores*, podem ser identificadas a partir de respostas ou sintomas demonstrados pelo cliente (George, 2000).

No entanto, em idade pediátrica, a procura e manutenção da homeostase, revela-se um desafio, uma vez que a criança/jovem, possuiu poucos mecanismos de *coping* para lidar com os *stressores*.

A estrutura base do sistema cliente (em pediatria, a criança/adolescente e família) é

constituída por cinco variáveis, em interação ou potencial. As cinco variáveis são: **fisiológica** (estrutura e funções do organismo), **psicológica** (processos mentais e relações), **socioculturais** (expectativas e atividades sociais e culturais), de **desenvolvimento** (ao longo da vida), e **espiritual** (crenças espirituais e influência das mesmas) (Anexo I).

Para Neuman & Fawcett (2011), enfermagem está integrada na Escola da Interação, dentro da Escola de Pensamento em Enfermagem. Neste contexto, a principal preocupação é ajudar o sistema do cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade, por meio de interação. Isto pode ser conseguido através de uma investigação escrupulosa dos efeitos, vigentes e potenciais, do aparecimento de *stressores*, auxiliando o sistema a fazer os ajustes necessários para alcançar ou gerir o bem-estar. Ao apoiar a estabilidade, o enfermeiro proporciona o vínculo entre o sistema e os quatro conceitos metaparadigmáticos: a pessoa/cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

Quanto a estes conceitos, a autora caracteriza a **pessoa/cliente**, como individual, holisticamente e considera as variáveis supramencionadas, simultânea e compreensivamente; o **ambiente** é definido como todos os fatores ou influências internas e externas que circundam a pessoa ou o seu sistema; a **saúde** é identificada como a estabilidade ideal do sistema ou estado de bem-estar ideal em um determinado momento; e a **enfermagem** é vista como fulcral para a pessoa a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema. Segundo Neuman (1995) como referido por George (2000), ao apoiar a estabilidade, o enfermeiro proporciona o vínculo entre a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

No que concerne aos stressores, em idade pediátrica e durante a hospitalização, a separação, a perda de controlo, a lesão corporal, o medo, a dor e a **ansiedade**, são os que se evidenciam.

Nestes casos, as intervenções de enfermagem deverão ocorrer através de três modalidades de prevenção. A prevenção primária que se processa antes do sistema ser invadido pelo agente *stressor*; a prevenção secundária, que ocorre após o sistema ter reagido ao *stressor* invasor e a prevenção terciária, que se concretiza, como reconstituição após a prevenção secundária ter sido estabelecida (George, 2000).

Aplicando a teoria, em idade pediátrica e à temática em estudo, a criança ao ser

hospitalizada, sofre uma mudança radical nos seus hábitos de vida, configurando esta situação como agressão ou castigo, levando ao desenvolvimento de sentimentos de culpa, e de abandono em relação aos pais, de embotamento afetivo e de sintomas de **ansiedade** (Martins & Silvino, 2010).

O enfermeiro deve investigar os comportamentos e estímulos que possam gerar instabilidade na criança e na família e a partir disso propor estratégias de intervenção para manter a linha flexível de defesa e verificar se as intervenções estão a surtir efeito.

A realização do cuidado, de forma integral e sistematizada, segundo este modelo teórico, procura minimizar as variáveis que afetam as reações do sistema aos *stressores*. Sendo que, a preocupação central da Enfermagem é a criança e a família, e a meta principal é a manutenção da sua estabilidade, neste caso, através da **gestão da ansiedade** associada à hospitalização.

Nesta linha de pensamento, as intervenções primárias ocorrem a qualquer momento, antes e/ou durante o processo de hospitalização, quando se identifica a possibilidade de vir a existir instabilidade, com o objetivo de diminuir os fatores de risco e as consequentes reações adversas. As intervenções secundárias ocorrem quando não existiu a possibilidade de aplicar uma intervenção primária e ocorre uma reação na criança e/ou na família. O enfermeiro deverá cuidar dos sintomas derivados, com a finalidade de reduzir os seus efeitos prejudiciais, fortalecendo as linhas de resistência para reduzir, posteriormente, a nova ocorrência de situações semelhantes. No que concerne às intervenções terciárias, estas ocorrem quando o cliente já consegue mobilizar recursos e mantém as interações das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em equilíbrio – período de reconstituição ou adaptação (George, 2000).

Posto isto, de todos os stressores que advêm da hospitalização em idade pediátrica, o presente trabalho irá abordar unicamente o **stressor ansiedade**, procurando intervir nas 3 dimensões (primária, secundária e terciária).

2 - ESTÁGIO PROFISSIONAL

Neste capítulo serão examinadas as atividades conduzidas durante cada estágio, em conformidade com os objetivos estabelecidos para cada área de intervenção. É apresentada uma análise das experiências vivenciadas, destacando os seus principais contributos para o desenvolvimento e aquisição de competências gerais e específicas do EEESIP.

2.1. Serviço de Urgência Pediátrica

Relativamente ao estágio de Cuidados Diferenciados, este decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

O SUP pertence a um centro hospitalar que tem, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, uma abrangência de atendimento de 14 concelhos, servindo uma população de cerca de 400.000 habitantes. Este centro hospitalar é constituído por três unidades hospitalares, sendo duas delas, unidades básicas de atendimento, e uma unidade diferenciada.

Tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde e colaborar na prevenção e promoção da saúde da comunidade.

A nível estrutural o SUP possui 2 salas de triagem, 1 sala de emergência, 3 gabinetes médicos de atendimento, 1 gabinete de ortopedia, 1 gabinete de cirurgia, 1 sala de aerossóis, 1 sala de tratamento de enfermagem e 1 uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD).

O SUP é uma unidade especializada na avaliação, atendimento e encaminhamento de situações de doença aguda, com critérios de gravidade, que exige profissionais com elevada capacidade de resposta e competências alargadas, aprofundadas e especializadas, no sentido de existir uma resposta mais adequada às necessidades e exigências da criança e da sua família (Batista, 2017). Neste sentido, o SUP é, por excelência, um serviço de atuação do EEESIP.

Tendo presente esta visão, no início do estágio de urgência pediátrica delineei vários objetivos (Apêndice I) que iriam ao encontro do desenvolvimento de competências comuns e específicas de um EEESIP, de forma a desenvolver estratégias e atividades na otimização da aprendizagem.

Sendo, atualmente, enfermeira a exercer num Serviço de Urgência Geral, e reconhecendo a importância de uma intervenção antecipada, dei especial atenção à competência de diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem **(E1.2.)**.

Neste sentido procurei reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados **(E2.1.)** de forma a mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação e resposta pronta antecipatória **(E2.1.1.)**. Neste seguimento, priorizei a participação no momento de Triagem, por se tratar do primeiro contacto com a criança/jovem que se dirige ao SUP, tornando-se crucial na identificação da situação emergente. Procurei cooperar ativamente na Triagem de Manchester, uma vez que possuo o curso para a realização da mesma, atuando na tomada de decisão, com base na queixa e nos sinais/sintomas observados. Durante este processo tive presente as particularidades anatómicas e fisiológicas da criança, de forma a adequar a prioridade clínica e guiar a tomada de decisão. Com esse objetivo, conduzi as entrevistas realizadas, procurando uma avaliação rápida, objetiva e criteriosa, averiguando a existência de alterações físicas e/ou hemodinâmicas que pudessem pôr em causa a estabilidade vital da criança/jovem. Ademais, promovi a vigilância da criança/jovem na sua permanência no SUP, de forma a detetar precocemente novos sinais de instabilidade, aplicando, sempre que necessário, conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico **(E2.1.2.)**.

Com o objetivo de identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico **(E1.2.3.)** e situações de risco (ex. maus-tratos, negligência e comportamentos de risco) **(E1.2.4.)**, procurei aprofundar conhecimentos sobre a temática em questão, através da evidência existente, bem como na leitura dos protocolos já instituídos no SUP.

Os conhecimentos apreendidos foram aplicados ao longo do estágio, em inúmeras situações. As mais recorrentes foram a não adesão ao regime terapêutico – principalmente em adolescentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-, situações de auto e

heteroagressividade contra pais/cuidadores e idas ao SUP sem queixa real para evitamento escolar.

Neste sentido, foi possível observar, que a maioria das referências realizadas, ocorreu por comportamentos de risco e em adolescentes – período compreendido entre os 14 e os 18 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2018) cerca de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida têm início na adolescência e 70% delas antes dos 24 anos de idade. O suicídio é a terceira causa de morte entre os 15 e os 35 anos de idade e os comportamentos auto lesivos e atos suicidas a segunda entre 15 e os 19 anos de idade.

Por todos estes motivos a intervenção precoce do EEESIP pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo, denotando-se a importância de conhecer os principais fatores de risco comportamentais, relacionais e emocionais na adolescência, bem como os fatores protetores de cada um deles.

Nestes cenários, após deteção da situação de risco e estabilização hemodinâmica da criança/jovem – nos contextos necessários – foi possível proceder, juntamente com o EEESIP, à referência do caso, a nível de pedopsiquiatria e social.

Outro ponto a sublinhar num SUP, é a gestão diferenciada da dor, otimizando respostas para o bem-estar da criança (**E2.2.**). Isto porque, a admissão num serviço de urgência implica, inúmeras vezes, queixas de dor associadas a doenças esporádicas, lesões agudas ou exacerbação de doenças crónicas. Ocorrendo, de igual forma, uma dor acrescida, associada à necessidade de realização de métodos complementares de diagnóstico ou terapêuticos, como, por exemplo, a punção venosa.

Neste sentido, torna-se fulcral a aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (**E2.2.1.**), garantindo a gestão de medidas farmacológicas (**E2.2.2.**) e habilidades em terapias não farmacológicas, para o alívio da dor (**E2.2.3.**),

Neste contexto, a avaliação da dor era realizada no primeiro contacto com a criança/jovem – triagem – utilizando a escala mais apropriada. Após a avaliação, quando possível e

necessário, era utilizada uma resposta farmacológica para o alívio da dor, sendo que o paracetamol e o ibuprofeno (*per os* e retal) eram as terapêuticas de eleição.

Apesar da implementação das medidas farmacológicas não impedir a utilização de medidas não farmacológicas, o momento da triagem prima pelo contacto rápido e objetivo, diminuindo o tempo existente de ação do enfermeiro, o que resulta na utilização de fármacos como primeira linha de ação no alívio da dor.

Após a admissão no SUP, durante a permanência da criança/jovem e sua família e, principalmente, na realização de procedimentos invasivos (ex: punção venosa, vesical, etc.) a utilização da distração, o suporte emocional (através da presença dos pais ou alguém significativo), a preparação da criança e dos pais através da informação prévia sobre o procedimento, a presença dos pais e o ato de amamentar, foram as intervenções não farmacológicas privilegiadas. Existindo sempre uma otimização ambiental, através da privacidade e diminuição do ruído, com uma sala própria para o efeito desejado.

No que respeita a promoção da comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (**E3.3**), esta competência permanece transversal a todos os contextos, no entanto, a doença aguda e a ida à urgência é considerada uma das mais traumáticas experiências hospitalares para a criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016), o que sublinha a importância da mobilização de conhecimentos, de forma a aplicar técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (**E3.3.1.**), promovendo a relação no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (**E3.3.2.**) e na demonstração de habilidades de adaptação da comunicação ao seu estado de desenvolvimento (**E3.3.3.**), minimizando o impacto desta experiência e transformando a situação de doença/hospitalização, numa experiência positiva.

Com vista no desenvolvimento contínuo e na otimização desta competência, supor-tei a minha prática no manual “Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” da Ordem dos Enfermeiros (2010), nomeadamente na utilização de técnicas de apoio narrativo, na comunicação com o adolescente. Sublinhando a utilização das perguntas abertas, escuta reflexiva e respostas/afirmações de apoio e ânimo, como algumas das mais utilizadas durante o estágio.

No que concerne à comunicação com crianças com um amplo leque de idades e em diferentes estadios de desenvolvimento, destaco o posicionamento ao nível dos olhos da criança, estar atento ao que capta o seu interesse para poder utilizar esses elementos na conversa, usar um tom de voz normal e ter uma atitude calma (Fernandes, 2020).

Ademais, o brincar como meio privilegiado na comunicação com a criança em idade pré-escolar e escolar, na medida em que, o brincar terapêutico assume-se como o instrumento da relação terapêutica enfermeiro-criança, pois é um excelente meio de expressão de sentimentos, auxiliando a comunicação e estabelecimento de uma relação de confiança (Henriques, 2011).

Quanto à temática do luto, em idade pediátrica, é importante focalizar o luto parental e a necessidade de desenvolver competências na intervenção à família em processo de luto antecipatório ou real, por morte da criança/jovem, ou por diagnóstico de doença crónica complexa. Para isso, o EEESIP, deverá ser capaz de aplicar conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e desses processos de luto (**E2.1.3.**).

Ainda que não tenha sido possível presenciar situações de morte ou de diagnóstico inaugural de condição crónica, foi possível participar numa partilha de experiências com a equipa de enfermagem sobre situações vivenciadas, bem como, a leitura do Guia Orientador de Boas Práticas direcionado para a Promoção da Esperança nos Pais de Crianças com Doença Crónica (2011). Este guia reforça o dever ético e legal do enfermeiro, em disponibilizar aos pais formação acerca de como lidar com a doença dos filhos, em prol do desenvolvimento da respetiva autonomia e qualidade de vida, incentivando ao direito a cuidados espirituais que envolvam o apoio emocional e a reabilitação social, de modo a evitar o isolamento e a angústia espiritual (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No que concerne às competências comuns, optei por desenvolver e mobilizar conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade (**B1.1**) e promover e incorporar esses mesmos conhecimentos na área da qualidade na prestação de serviços (**B1.1.3**).

Neste sentido, optei por realizar uma proposta de protocolo de serviço no âmbito da utilização de “Estratégias Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade no SUP”

(**Apêndice IV**), realizando, posteriormente, uma sessão de formação em serviço (**Apêndice V**), e uma avaliação da eficácia da mesma, através da aplicação de um formulário Google (**Apêndice VI**).

A escolha do tema surge pelo relato e observação de inúmeras ocorrências de reações ansiogénicas não-adaptativas, relacionadas com o contacto com estruturas de saúde, tais como o SUP. Neste seguimento, e em conversa com os profissionais de saúde a exercer neste serviço, foi possível compreender a necessidade de desenvolver e mobilizar conhecimentos sobre este tema, bem como uma uniformização na atuação dos profissionais.

Com a avaliação final da sessão, procurei compreender a apreensão dos novos conhecimentos, com o objetivo final de “pelo menos 80% dos profissionais, que participaram na formação, obtenham uma avaliação positiva”, tendo por base que uma avaliação positiva corresponde a uma pontuação igual ou superior a 10 pontos, num máximo de 13.

De vinte enfermeiros a exercer atualmente no SUP, 14 participaram na formação. Após a formação 12 enfermeiros obtiveram pontuação igual ou superior a 10 pontos, obtendo uma percentagem de aproveitamento de 85,71%, aproximadamente (**Apêndice VII**). Concluindo que a formação atingiu os objetivos inicialmente propostos.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

O estágio de Cuidados Diferenciados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) decorreu numa unidade de nível III, caracterizado como um cenário de excelência e *expertise* na atenção neonatal intensiva. Esta tipologia providencia uma ampla gama de cuidados médicos neonatais, embora não abranja necessariamente todas as especialidades, como a cirurgia neonatal. Na unidade em questão, a equipa médica é exclusivamente composta por neonatologistas.

Segundo a European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) (2022), no que concerne à estrutura física da UCIN, realizando uma comparação à luz dos *standards* europeus preconizados, não se encontra desenhada para permitir a permanência dos pais 24 sobre 24 horas, em condições de privacidade e comodidade, em *rooming-in*. O *rooming-in* é a idealização de um internamento conjunto, com espaços isolados para a

prestação de cuidados, tendo em vista a criação de um ambiente físico facilitador da proximidade e do contacto entre pais e filhos, contribuindo para a facilitação da transição para o papel parental (EFCNI, 2022).

No entanto, tendo em consideração as Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia (ACSS, 2017), a unidade cumpre a orientação para a existência de uma área própria para o berço/incubadora, com local que permita a colocação de todo o material necessário à prestação de cuidados mas apresenta uma desvantagem no que concerne ao espaço disponível, pois não permite a movimentação de cinco pessoas ao redor da criança em situações de emergência, nem oferece espaço para dois acompanhantes, com cadeirão disponível para cada um.

A nível de ruído, iluminação e temperatura, é conhecido que o ambiente acústico controlado reduz o *stress* e o desconforto dos bebés, sendo que o ambiente sensorial deverá ser adaptado às expectativas sensoriais e às competências percetivas das crianças (Oliveira & Albuquerque, 2023).

A audição tem início às 24 semanas de idade de gestação (IG), com início do processamento dos sons às 30. Uma exposição precoce a sons impede o sono profundo, período importante para o neurodesenvolvimento – levando ao desconforto do RN e a consequentes alterações hemodinâmicas (Oliveira & Albuquerque, 2023). Neste sentido a equipa da UCIN, demonstra-se conhecedora dos benefícios supramencionados, reduzindo os alarmes sonoros junto do RN, apresentando uma resposta rápida na ocorrência de alarmes na monitorização para evitar um estímulo sonoro prolongado e na diminuição de ruído de causa humana explicando junto aos pais a importância do silêncio. Ademais, a passagem de turno é realizada fora da unidade, como boa prática do serviço.

Quanto à visão, este é dos últimos sentidos a ser desenvolvido. O RN apresenta pobres mecanismos de defesa: pálpebras finas, pupilas grandes e pouco reativas. A exposição precoce poderá afetar a discriminação auditiva, associando-se a problemas de linguagem, problemas de coordenação oculomotora e discriminação visual, bem como risco de lesão da retina (Oliveira & Albuquerque, 2023). Neste sentido, todas as áreas apresentam fontes de luz natural, regulável e elementos de proteção contra a excessiva exposição solar. Existe iluminação artificial adequada, com focos que permitem uma boa visualização para os profissionais de saúde, mas existindo sempre a preocupação de não apontar

diretamente para a cara do RN. Como apoio, são utilizadas proteções oculares (iguais às usadas na fototerapia) e coberturas totais ou parciais da incubadora, face à IG e ao estado hemodinâmico do RN.

No tocante à temperatura, é sabido que a termorregulação do RN é imatura e particularmente dificultada nos prematuros por escassez de gordura castanha, redução da termólise por sudorese limitada à cabeça, com conseqüente aumento das perdas de calor (Oliveira & Albuquerque, 2023). Neste sentido, a temperatura da incubadora fechada é otimizada para uma temperatura ambiente de 25°C, para uma temperatura alvo (central) entre os 36,5-37,5°C nos RN termo e 36,8-37,3°C nos pré-termo. Foi observável que, como boa prática, a avaliação da temperatura do RN em incubadora aquecida e em berço, é realizada a nível axilar, uma vez que é sobreponível a uma avaliação retal (central), sem a existência de risco traumático.

Para além da gestão ambiental, que leva a um padrão de trabalho pela equipa de enfermagem, também os programas e projetos, auxiliam a equipa nas práticas do dia-a-dia. Neste sentido, a UCIN engloba uma confluência de programas e projetos, valendo-se destes, como instrumentos para a aprimoramento da sua prática. Sublinho o Programa Neonurturing e a parceria com a Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro – XXS.

O Neonurturing é um programa que promove a sistematização de cuidados de enfermagem **centrados no neurodesenvolvimento do recém-nascido prematuro** e visa a promoção do desenvolvimento infantil, através da proteção e estimulação adequada dos sistemas sensoriais, do favorecimento de uma vinculação precoce e da valorização do sentido de competência parental no âmbito do desenvolvimento infantil (Ferraz, 2017).

Quanto à associação XXS, esta é uma entidade formada por pais de ex-prematuros, cujo principal propósito é auxiliar as famílias durante a transição para a parentalidade. A organização empenha-se em promover iniciativas de apoio a famílias em circunstâncias semelhantes, colaborando em campanhas de divulgação de vivências e participando em fóruns esclarecedores destinados aos pais.

Dentro desta esfera, a UCIN, em colaboração com a associação XXS, disponibiliza cartões de conquistas que funcionam como veículos catalisadores de esperança para os pais. Estes cartões apresentam frases comemorativas relacionadas com as conquistas e

marcos de desenvolvimento do bebé, tais como: "Hoje abri os meus olhinhos pela 1ª vez"; "Hoje foi um dia muito especial! Fiz canguru com os papás pela 1ª vez!"; "Hoje bebi leite pela primeira vez!", entre outras. Estes cartões são colocados perto da incubadora/berço, de forma a relembrar os pais da jornada realizada e dos progressos já adquiridos.

Estas estratégias representam um elemento crucial na edificação da promoção da esperança na UCIN, incidindo sobretudo no reforço do papel parental através da promoção da vinculação e da sensibilização da equipa de enfermagem para o seu papel imprescindível no respaldo à Esperança Parental. Neste seguimento, constata-se o papel fundamental do EEESIP na utilização de estratégias promotoras de esperança realista **(E3.2.3.)**.

A utilização de estratégias para promover o contacto físico dos pais com o RN **(E 3.2.4.)**, ensinando sobre as competências do seu filho, de forma a promover um comportamento interativo **(E3.2.2)**, também se revela muito importante nesta transição.

Com o intuito de atingir esse objetivo, tornou-se imperativo instruir os pais sobre o momento e a forma adequada de prestar cuidados ao seu filho, utilizando métodos que dão suporte à autorregulação sempre que a criança estiver estável e se demonstrar alerta e interativa. Nesse contexto, a interação por meio do toque positivo, incluindo gestos como o simples apoio das mãos, a aplicação do método canguru e a contenção, destacaram-se como os métodos mais utilizados (Ferraz, 2017).

Estes cuidados, baseados nos Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) do RN, têm como objetivo diminuir o *stress*, providenciando um ambiente e experiências que suportem a estabilidade fisiológica e favoreçam o crescimento e desenvolvimento cerebral do RN (Oliveira & Albuquerque, 2023).

Os CCD são aqueles que se concentram na minimização de estímulos nocivos e na individualização da estimulação baseada nas respostas fisiológicas e comportamentais observáveis no RN. A meta consiste em providenciar um ambiente de cuidados devidamente estruturado que apoie, incentive e oriente a organização do desenvolvimento do RN. Os cuidados desenvolvimentais reconhecem as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos RN e das suas famílias, com foco na minimização de

possíveis complicações, a curto e a longo prazo, associadas ao trauma de vida precoce de um internamento numa UCIN (Coughlin, 2016).

Posto isto, as "rotinas" nas unidades são altamente flexíveis, de modo a respeitar o ritmo e o repouso individual de cada bebé, assim como a disponibilidade da família para participar nos cuidados, aperfeiçoando o planeamento e o envolvimento dos pais, com negociação prévia **(E3.2.6)**.

Torna-se crucial assumir as famílias como parceiras de decisão e colaboradores no cuidado ao seu bebé como uma estratégia com resultados indiscutivelmente positivos (Craig et al., 2015). Para alcançar esse objetivo, é essencial capacitar e empoderar os pais, oferecendo feedback à família como um reforço positivo para a participação nos cuidados, permitindo a capacitação dos pais para a relação precoce, transição para a parentalidade e continuidade de cuidados.

Para as crianças mais instáveis, a participação inicial resume-se na extração de leite perto do bebé e a promoção do método de canguru. Gradualmente, é proporcionada a oportunidade de envolvimento nos restantes cuidados (ex: avaliar a temperatura, trocar a fralda, pesar, dar banho). Esses procedimentos são conduzidos com a assistência do enfermeiro, seguindo-se a fase da supervisão e culminando no alcance de total autonomia. Durante todo o processo é inerente a avaliação do desenvolvimento da parentalidade **(E3.2.1)**

Para o Conselho Internacional de Enfermeiros (2019), parentalidade é

(...) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (p. 79).

Neste sentido, as intervenções implementadas foram direcionadas para ampliar este senso de competência parental, procurando que os pais se sintam confiantes ao participar nos cuidados, desenvolvendo assim habilidades parentais essenciais para o processo de vinculação e comportamentos que indiquem a incorporação do bebé na unidade familiar.

A amamentação também desempenha um papel crucial durante essa transição para a parentalidade.

Para o bebê prematuro a adaptação à vida extrauterina, coloca-o perante vários desafios, sendo o desafio nutricional um dos principais das UCIN. A imaturidade sensorial e motora e a restrição de experiências durante um período crítico do desenvolvimento cerebral, são os motivos que potenciam atrasos na aquisição das competências alimentares do RNPT (Neto, 2014)

O bebê deve ser exposto, o mais cedo possível, após o nascimento, aos componentes únicos do leite materno, especialmente ao colostro da mãe. Para um bebê de termo saudável, a primeira sessão de alimentação deve ocorrer na primeira hora de vida, no entanto, para um bebê prematuro ou por algum motivo hospitalizado, isto acontece geralmente mais tarde.

Neste sentido, a colostroterapia é uma terapia de eleição. Este método consiste na exposição da mucosa da boca do RN a pequenas quantidades de colostro, sem qualquer objetivo nutricional, mas promove a absorção de fatores imunológicos, fatores de crescimento da mucosa intestinal e para a constituição de um microbioma mais favorável (Oliveira & Albuquerque, 2023). Esta técnica não tem qualquer contraindicação e pode ser administrada de duas formas: através de uma zaragatoa esterilizada impregnada que se passa na língua, gengiva e interior do lábio do RN (extremo prematuro ou RN sem via oral), ou através de uma seringa de insulina na face interna de cada uma das bochechas do RN.

Após esta fase inicial, e/ou quando a alimentação via oral não se encontra indicada, o EEESIP tem um papel importante no desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do aleitamento materno (**E3.2.5.**). Neste seguimento, foi possível conhecer e implementar junto das mães estratégias para aumento do aporte. A mais utilizada, em contexto de estágio, foi a extração dupla realizada perto do bebê.

As ejeções de leite ocorrem em ambas as mamas ao mesmo tempo, com o número total de ejeções de leite a variar entre 2 – 14 conforme as mães (Prime et. al., 2012). Em estudos desenvolvidos por Prime et al. (2012), foi mensurável que a extração dupla produzia maior volume de leite e permitia esvaziar melhor a mama – ocorrendo uma ejeção de leite adicional durante a extração dupla. Ademais, a mama era esvaziada de forma eficaz, o

que culminava na produção de leite com um teor de gordura mais elevado e consequentemente com maior valor calórico - fator determinante para o crescimento do bebé. Ademais, a literatura indica que o reflexo neuro-hormonal de ejeção de leite depende da hormona oxitocina para a extração e manutenção do aleitamento. Esta hormona é segregada em proximidade com o bebé, seja através do contacto direto ou pelo seu cheiro, em virtude do estímulo olfativo-hormonal. Em consequência, promove-se a extração do leite materno perto da incubadora/berço do bebé.

Ainda na temática dos CCD, e com o intuito de desenvolver competências na assistência ao RN risco/alto risco e família em situações de especial complexidade, de forma a gerir o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce (**E3.2.7.**), foi possível explorar várias temáticas, tais como: *stress* no RN/pais e as implicações deste no posicionamento do RN.

Como abordado em supra, os RNPT experienciam exposição ao *stress* durante o período de hospitalização na UCIN. A separação dos pais, a exposição a fatores ambientais nocivos, os procedimentos médicos e os cuidados de enfermagem contribuem para a carga cumulativa de *stress* no prematuro (Nist et al., 2023). O *stress* durante estágios sensíveis do desenvolvimento pode afetar o desenvolvimento cerebral, cognitivo, motor e os resultados comportamentais do RN.

Segundo Nist et al. (2023), os efeitos prejudiciais da exposição precoce ao *stress* persistem até à primeira infância, correlacionando-se com alterações a nível do neurodesenvolvimento, que levam a baixos quocientes de inteligência e problemas comportamentais em idade escolar. Neste sentido, é importante desenvolver intervenções orientadas para apoiar o desenvolvimento saudável destes RN, considerando as suas necessidades individuais ao prestar cuidados de enfermagem.

Por outro lado, no que diz respeito ao *stress* parental, Sousa e Curado (2021) referem que as fontes de *stress* se relacionam com a aparência, o comportamento do RN, os tratamentos/procedimentos a que é submetido, o ambiente, os ruídos da UCIN, a alteração do papel parental e a forma como os pais se relacionam com os profissionais de saúde.

Posto isto, o EEESIP tem um papel fundamental na facilitação de informação do desenvolvimento neonatal de forma a permitir a exteriorização de problemas e preocupações pelas mães/pais, com vista na facilitação da transição para a parentalidade.

Neste sentido reconhece-se que os pais são os primeiros reguladores do seu bebé e que desempenham um papel decisivo no desenvolvimento do seu filho, conforme preconizado pela filosofia de cuidados colaborativos, centrados na família (Sousa & Curado, 2021).

Tendo em conta estas premissas, o posicionamento do RN poderá reduzir o *stress* do RN, melhorar a ventilação, aumentar o tempo de sono, reduzir o gasto de calorías e facilitar o desenvolvimento motor, quando bem realizado (Oliveira & Albuquerque, 2023). Posições forçadas e/ou prolongadas, sobretudo em RNPT, podem provocar hiperextensão, posições viciosas e assimetria postural.

Neste sentido, foi possível conhecer e implementar a utilização da escala *Infant Positioning Assessment Tool* (IPAT-PT). Esta escala permite avaliar o posicionamento do RN e garantir que o RN seja posicionado de forma adequada para promover a autorregulação, o desenvolvimento musculoesquelético, o sono, o conforto, o desenvolvimento do sistema sensorial e o crescimento.

Segundo a escala, o posicionamento do RN deverá simular a postura flexionada, contida da linha média do lactente *in útero*. Os auxiliares de posicionamento poderão proporcionar consistência no posicionamento e maior facilidade no uso entre cuidadores (Philips, 2018).

Salientam-se ainda os ensinamentos realizados aos pais quanto ao posicionamento do bebé. O decúbito ventral nos RN com Síndrome/Sinais de Dificuldade Respiratória (SDR), para melhorar saturações e diminuir episódios de apneia; a adoção do decúbito ventral – “*Back to Sleep*”-, a partir das 34 semanas, para dormir ou sempre que o RN se encontre sem observação, para reduzir o risco de morte súbita no lactente; nunca utilizar sistemas de contenção na cabeça do RN que provoquem ou agravem situações de plagiocefalia e prejudiquem mecanismos de defesa da via aérea; e o posicionamento em decúbito ventral – “*Tummy Time*”-, quando o bebé estiver acordado e com supervisão, para treinar e reforçar a musculatura cervicodorsal (Oliveira & Albuquerque, 2023).

2.3. Estágio na Comunidade

No que concerne ao estágio na comunidade, este ocorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF), dotada do modelo B, que se distingue, não só, pela sua abordagem

proativa na promoção da saúde, mas também pela sua dedicação em criar um ambiente acolhedor e empático para todos os seus utentes.

Desde o meu primeiro contacto com esta instituição, fiquei impressionada com o compromisso inabalável da equipa em oferecer serviços de alta qualidade e centrados no paciente, seja através de campanhas de vacinação, rastreios de saúde ou workshops educacionais, a USF mostrou-se focada na prevenção.

Os programas nacionais de saúde implementados nesta USF são: a Gravidez de Baixo Risco, Saúde Reprodutiva, Diabetes, Hipertensão, Vacinação, Saúde Infantil e Juvenil, Diagnóstico Precoce e Saúde Mental.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança e à família no seio da comunidade, numa USF, requer uma abordagem focada no planeamento da promoção da saúde. A DGS (2013) enaltece os cuidados antecipatórios como uma vertente crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças, facultando aos pais os conhecimentos indispensáveis para um desempenho parental mais eficaz.

Com foco neste objetivo surge a necessidade da implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1), através da realização de consultas de saúde infantil com foco na promoção da saúde.

Nestas consultas foram abordadas várias temáticas, salientando a nutrição, promoção de comportamentos alimentares equilibrados, prática regular de exercício físico, brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres, adoção de medidas de segurança e redução do risco de acidentes.

Para efeitos contextuais e de reflexão, saliento uma problemática observada em contexto de estágio, referente à alimentação vegetariana em idade pediátrica.

Durante a idade pediátrica existe maior demanda nutricional inerente ao desenvolvimento da criança. Optar por dietas restritivas pode comprometer o natural desenvolvimento estado-ponderal e cognitivo devido à carência proteico-calórica, de vitaminas e de minerais. Este risco é maior nas dietas mais restritivas, não planeadas, e depende de cada indivíduo (Guerra et al., 2012).

Outros problemas poderão manifestar-se a longo prazo. Exemplo disso são as famílias que optam por uma dieta vegetariana estrita para os seus filhos e que utilizam fórmulas infantis à base de soja para substituir o leite materno. A fórmula de soja, apesar de poder ser usada como substituto do leite de vaca, apresenta elevada concentração de alumínio, fitatos e fitoestrogénios, e ainda não existem estudos que comprovem os seus efeitos a longo prazo após uma exposição tão precoce. A curto prazo por si só a proteína de soja tem pouco valor nutricional, o que poderá comprometer o desenvolvimento dos lactentes (Guerra et al., 2012).

Neste sentido, a principal preocupação relativamente ao vegetarianismo, mas principalmente ao veganismo, é o défice nutricional. No entanto, como em todos os padrões alimentares, deve haver um equilíbrio do aporte de nutrientes, tendo em conta o estadio de desenvolvimento da criança, para assegurar um harmonioso crescimento e desenvolvimento. É crucial a educação dos cuidadores para os possíveis sinais de alerta para problemas a nível do crescimento e desenvolvimento da criança e deverá ser realizado um plano de introdução alimentar tendo em conta as especificidades do regime familiar, procurando substituir e/ou suplementar os défices provenientes da eliminação de alimentos de origem animal

Neste sentido, deverão ser realizadas sessões de educação terapêutica, sobre possíveis substituições alimentares, que vão ao encontro da dieta familiar e ao estadio de desenvolvimento da criança, tal como: introdução, a partir dos 6 meses do tofu, como fonte de proteína vegetal; a partir do 7.º mês utilização de preparações culinárias como a farinha de pau, açorda, a quinoa, o millet, o bulgur, entre outros cereais, acompanhado de legumes e hortaliças; leguminosas de mais fácil digestão, devendo ser previamente bem demolhadas, tais como as lentilhas sem casca, feijão azuki, feijão frade, branco ou preto; substituição proteica, com novos produtos alimentares de elevada concentração proteica, como a proteína de ervilha, proteína de cânhamo, levedura de cerveja, gérmen de trigo e linhaça moída; substituição do iogurte por um preparado fermentado de soja, designado de yofu; introdução das algas a partir do 9º mês; Utilização do tempeh e do seitan na alimentação do lactente a partir dos 11-12 meses, como fonte de proteína vegetal em substituição da carne; etc.(Pimentel et. al, 2018).

Ademais, este acompanhamento mais rigoroso nos primeiros meses de introdução alimentar (5/6-12 meses) deverá fazer-se acompanhar de uma monitorização dos níveis

séricos do lactente para evitar o potencial desequilíbrio nutricional, podendo existir a necessidade de suplementação de Vitamina B12, D, Ferro, Zinco, Cálcio e Iodo se necessário (Pimentel et al., 2018).

Com interesse na promoção, procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde **(E1.1.5)** utilizando estratégias motivadoras para a assunção dos seus papéis em saúde **(E1.1.3)**, foram abordados tópicos como a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o Plano Nacional de Vacinação (PNV), a saúde oral e o aleitamento materno.

Com foco na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem **(E2.2.)** procurando realizar intervenções com base nos conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor **(E2.2.3)**, foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/adolescente, submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de vacinação, estabelecendo um padrão de intervenção de enfermagem.

Independentemente dos seus benefícios, a vacinação é encarada pelas crianças e pelos seus cuidadores como um procedimento doloroso causador de ansiedade. As sucessivas experiências negativas com a dor na vacinação podem desencadear um medo de agulhas permanente ao longo da vida, estando também associado a uma má adesão do comportamento de procura de saúde, incluindo o incumprimento do programa de vacinação na fase adulta (Taddio et al, 2013).

Neste sentido, foi possível realizar formação, à equipa de enfermagem, sobre estratégias não farmacológicas na gestão da dor e ansiedade, inerente à vacinação, abordando técnicas como: Amamentação, Sucção Não Nutritiva, Medidas de Conforto (apoio emocional, abraço, colo), Massagem e Posicionamento; Distração (Música, Visual, Toque); Manobras de Contenção e Uso de recompensas (como autocolantes e certificados).

Neste âmbito, e com o propósito de elucidar os pais sobre todas estas estratégias, foi produzido um folheto informativo **(Apêndice VIII)**, detalhando a forma como os pais podem auxiliar os seus filhos neste processo potencialmente traumático.

Este panfleto foi levado a reunião de USF e aprovada a sua distribuição, após discussão entre equipa multidisciplinar, levando a uma participação ativa na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, de forma a promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados **(B1.1.3)**.

No que diz respeito à comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura **(E3.3)**, sublinho a sua importância no país multicultural em que vivemos.

Infelizmente, na minha ótica, ainda não estamos suficientemente preparados para ser culturalmente competentes em pediatria.

Durante o estágio identifiquei diferentes nacionalidades, entre outras, a paquistanesa, marroquina, guineense e angolana, sendo que na maioria dos casos as crianças e os jovens nasceram em Portugal e/ou vieram muito pequenos.

No que concerne a aspetos culturais, em particular relacionado com a cultura islâmica, verifiquei, que um dos problemas era a comunicação. Muitos dos muçulmanos que recorrem aos serviços de saúde pretendem que o acompanhamento seja efetuado pela mãe (enquanto cuidadora) e pelo pai (enquanto tradutor).

Na maioria das situações observadas, as crianças, tal como a mãe, não dominavam o português, tornando a barreiras linguísticas um impedimento numa avaliação apropriada do crescimento e desenvolvimento da criança **(E3.1.2)**, nomeadamente na aplicação da Escala de Rastreio de Mary Sheridan.

Em algumas ocorrências, o pai mostrava-se pouco colaborantes na tradução, ausentando-se inúmeras vezes do gabinete onde estaria a ser realizada a consulta, levando a um impedimento na avaliação de todos os parâmetros preconizados, por falha comunicacional.

Reconheci esta situação como problemática para a equipa de enfermagem, uma vez que interfere com o normal funcionamento da USF.

Neste sentido propus a criação de sessões de formação informais aos pares acerca de diferentes questões dos cuidados culturalmente competentes, de forma a desenvolverem, eventualmente, um projeto de criação e implementação de cartões de comunicação que visem diminuir a barreira linguística entre a família e os profissionais de saúde, promovendo conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no

relacionamento com a criança/jovem e família **(E3.3.1)**.

A consulta mais frequente ao longo deste estágio foi a “Primeira Consulta” realizada entre o 3.º e 5.º dia de vida. Nesta consulta as temáticas em foco foram a Parentalidade, Vinculação, Desenvolvimento Infantil, Amamentação, Socialização, Choro e Eructação, bem como a realização do Rastreio de Doenças Metabólicas, popularmente conhecido como Teste do Pézinho ou Diagnóstico Precoce.

Estas consultas duravam, em média, uma hora e tinham como principal objetivo proporcionar a continuidade de aprendizagens dos pais, visando a aquisição de competências.

Nestas consultas o bebé era colocado à mama antes da realização do teste do pezinho, funcionando como ENF de alívio da dor, e concomitantemente como oportunidade de avaliação/observação da amamentação. Neste contexto, o EEESIP possuía um papel fundamental na avaliação das competências oromotoras, sucção não nutritiva, existência de interesse e sinais de procura, pega, reflexos coordenados de sucção e deglutição, constituindo uma oportunidade fundamental para o enfermeiro observar a díade nestes primeiros dias de transição.

Quanto à educação terapêutica, foi dada primazia à importância da postura materna, do padrão de sucção, deglutição, respiração e duração da mamada, dissipando dúvidas sobre o volume ingerido. Como técnicas utilizadas, foram abordadas a administração de leite por copo, *fingerfeeding* e técnica da sonda, como técnicas de suplementação de aleitamento materno.

Com o intuito de promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde **(E3.4)**, participei ativamente nas consultas dos 10-18 anos, abordando cuidados antecipatórios, tais como a puberdade, socialização, género, adequação à fase de crescimento, ano de escolaridade, bem-estar, projetos, atividades e grupos de pertença.

Estas consultas permitiram a identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis **(3.4.3)** e no reforço para uma tomada de decisão responsável **(E3.4.4)**, em saúde.

3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A RIL consiste na mais ampla abordagem metodológica que permite a inclusão de artigos fruto de métodos diversos. A RIL tem o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem.

Segundo Souza, Silva & Carvalho (2010), RIL:

É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem. (p.103).

Para a realização da pesquisa, estabeleceu-se os seguintes objetivos: (1) identificar as Estratégias Não Farmacológicas utilizadas para a Gestão da Ansiedade em crianças/adolescentes em ambiente hospitalar e (2) reconhecer quais as Estratégias Não Farmacológicas que contaram com a participação efetiva do EEESIP. Neste seguimento, foi necessário estruturar questões operacionais, bem como critérios de inclusão/exclusão dos artigos. Para isso, foi utilizado o método PICO, como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1

Correspondência P I C O

| | | |
|-----------|-----------------------------|--------------------------------------|
| P: | População | Crianças/Adolescentes |
| I: | Issue (Intervenção) | Estratégias Não Farmacológicas (ENF) |
| C: | Contexto | Hospital |
| O: | Outcomes (Resultado) | Gestão da Ansiedade |

3.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1 Quais as Estratégias Não Farmacológicas utilizadas para a gestão da ansiedade em crianças/adolescentes, em contexto hospitalar?

1.1 Quais destas foram utilizadas por um EEESIP?

3.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a definição das questões de investigação foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos artigos.

Critérios de inclusão/exclusão

Critérios de inclusão:

- Estudos que analisam estratégias não farmacológicas com o objetivo de gerir a ansiedade em crianças/adolescentes;
- As estratégias não farmacológicas foram utilizadas em contexto hospitalar;
- Artigos de investigação que descrevem a utilização de estratégias não farmacológicas;
- Artigos disponíveis em português, espanhol ou inglês, acessíveis em texto completo;
- Horizonte temporal: publicados entre 2018 e 2023.

Critérios de exclusão:

- Estratégias não farmacológicas que sejam dirigidos apenas aos pais/cuidadores;
- Artigos que não avaliem de forma primária, a influencia das estratégias não farmacológicas na gestão da ansiedade;
- Artigos que abordem a gestão de ansiedade parental, exclusivamente;
- Revisões;

3.3 IDENTIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

A partir das questões de pesquisa e considerando os elementos PICO, após várias tentativas de modo a otimizar os resultados, chegou-se à seguinte expressão de pesquisa em anexo (**Apêndice VIII**).

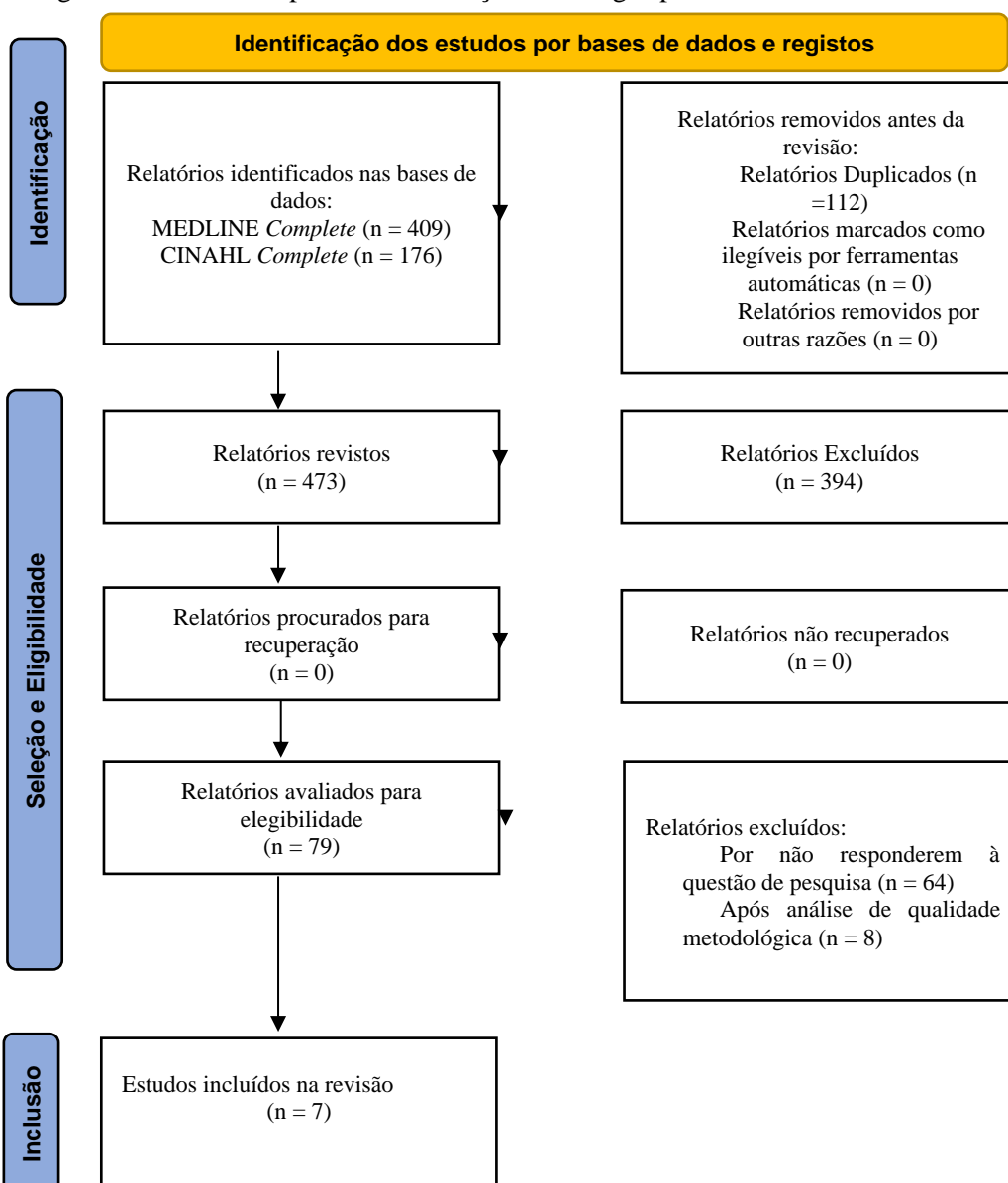
A pesquisa final realizou-se a 24 de novembro de 2023. Foram selecionadas duas bases bibliográficas, nomeadamente a MEDLINE *Complete* tendo-se obtido 409 artigos e CINAHL *Complete*, com um total de 176 referências de documentos publicados. Destes 585, 112 artigos eram repetidos, resultando efetivamente em 473 documentos para proceder à seleção, respeitando os objetivos desta revisão e aplicando os critérios de inclusão e exclusão.

Após a primeira seleção, e através da análise do título e do resumo dos artigos, resultaram 79 artigos. Os restantes 393 foram eliminados, na medida em que não cumpriam os objetivos da investigação.

Por fim, foi realizada a leitura integral dos **79** artigos, dos quais foram excluídos **64**, por não responderem, de forma efetiva, às questões de pesquisa, inicialmente propostas, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos pelo investigador, e **8** por não apresentarem qualidade metodológica, realizada de acordo com os critérios do manual de Joanna Briggs Institute Reviewers. Para a realização desta RIL foram, então, utilizados um total de **7** artigos. O processo de triagem é sintetizado no respetivo fluxograma (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos para a revisão



3.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ARTIGOS ANALISADOS

Os sete estudos selecionados e posteriormente analisados decorreram no Coreia do Sul, Irão, Turquia, Canadá e Índia. Quanto aos autores, verificou-se que estes eram investigadores, especialistas em pediatria, pediatras nas diferentes áreas de atuação e professores de enfermagem.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos analisados foi realizada de acordo com os critérios do manual de Joanna Briggs Institute Reviewers. Este manual fornece orientações aos autores para a conduta e preparação de revisões sistemáticas e sínteses de evidências. Tem capítulos separados dedicados a síntese de diferentes tipos de evidências e aborda diferentes tipos de perguntas de revisão (Aromataris & Munn, 2017).

Tabela 2

Caracterização da amostra de artigos analisados

| Artigo, (Autor, Ano) | Título | Objetivos | Amostra | Método |
|--|--|--|--|---|
| Artigo 1 (Han, S., Park, J., Choi, S., Kim, J., Lee, H., Yoo, H., Ryu, J., 2019) Coreia do Sul | Effect of Immersive Virtual Reality Education Before Chest Radiography on Anxiety and Distress Among Pediatric Patients: A Randomized Clinical Trial | Avaliar se a utilização da realidade virtual (RV), antes da realização de radiografia de tórax, poderá reduzir a ansiedade, em idade pediátrica, e melhorar o processo radiográfico. | Este estudo investigou 112 crianças dos 4 aos 8 anos que tiveram de realizar radiografia de tórax, entre 20 de julho de 2018 e 11 de setembro de 2018, no Hospital de Seongnam. | Ensaio Clínico Randomizado. As amostras foram atribuídas aleatoriamente a dois grupos de controlo e intervenção por método de randomização. O grupo de intervenção recebeu uma sessão de educação de 3 minutos em RV, a explicar o processo de RX em detalhe. Após a intervenção, os investigadores aplicaram um instrumento de avaliação da ansiedade <i>outcome</i> primário). Como resultados secundários os investigadores avaliaram a necessidade de presença parental durante o procedimento, satisfação parental, tempo de procedimento, número de imagens repetidas e score de dificuldade no procedimento. |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | | Qualidade Metodológica: 84 % |
| Artigo 2 (Dehghan, F., Jalali, R., Bashiri, H., 2019) Irão | The effect of virtual reality technology on preoperative anxiety in children: a Solomon four-group randomized clinical trial. | Avaliar a influencia da Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) na ansiedade perioperatória em crianças. | Foram recrutados 40 candidatos, com cirurgia abdominal marcada, entre os 6 e 12 anos . | Ensaio Clínico Randomizado. Os participantes foram divididos, de forma randomizada, em quatro grupos (dois grupos de controlo e dois grupos de intervenção). Os grupos de intervenção receberam uma sessão de exposição (5 minutos) ao bloco operatório (BO) usando VRET, o grupo controle não recebeu exposição à VRET. Foi aplicado um questionário antes e após a intervenção. Qualidade Metodológica: 84%. |
| Artigo 3 (Inangil, D., Sendir, M., Buyukyilmaz, F., 2020) Turquia | Efficacy of Cartoon Viewing Devices During Phlebotomy in Children: A randomized Controlled Trial | Examinar a eficácia da utilização de diferentes dispositivos, para assistir a desenhos animados, durante a realização de flebotomias, em crianças. Hipótese de investigação: Assistir a desenhos animados com recurso a RV, como método de distração, será efetivo na diminuição do score de ansiedade na criança, durante a punção venosa. | 120 participantes, dos 7 aos 12 anos (40 no grupo de RV, 40 no grupo de tablet, 40 no grupo de controlo). | Ensaio Clínico Randomizado Os participantes no grupo de intervenção (VR + tablet) escolheram um desenho animado (DA) consoante a sua preferência. O grupo da RV assistiu ao DA com um aparelho de realidade virtual e headphones (experiência imersiva), o grupo do tablet, assistiu ao DA com recurso a um tablet colocado até 18 cm da criança, o grupo de controlo recebeu tratamento <i>standard</i> . A avaliação foi realizada através da aplicação de escalas. Os scores de dor e ansiedade foram reportados pelas crianças, pais e observadores nos tablets e grupos de controlo. No grupo de RV foi apenas reportado pela criança. Qualidade Metodológica: 84% |
| Artigo 4 (Harter, V., Barkmn, C., | Effects of Educational Video on Pre- | Avaliar se o estado de ansiedade, | 90 participantes (dos 6 aos 17 anos) e os seus | Ensaio Clínico Randomizado. |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <p>Wiessner, C., Rupprecht, M., Reinshagen, K., Trah, J., 2021)</p> <p>Índia</p> | <p>operative Anxiety in Children – A randomized Controlled Trial</p> | <p>autorrelatado pelas crianças, poderá ser reduzido pela apresentação de um vídeo educacional, recomendado para crianças, no dia da cirurgia.</p> | <p>pais, divididos em dois grupos: grupo de intervenção (45 participantes) e grupo de controlo (45 participantes).</p> | <p>No grupo de intervenção as crianças e os pais assistiram a um vídeo, adequado a crianças, explicando os procedimentos pré-operatórios aplicados durante a estadia hospitalar, para além da informação habitual. O grupo de controlo recebeu, apenas, informação <i>standard</i>. Foram aplicados questionários à criança e a um dos pais no dia da cirurgia: antes da intervenção e imediatamente após a intervenção, mas antes da cirurgia, e um dia após a cirurgia.</p> <p>Qualidade Metodológica: 84%</p> |
| <p>Artigo 5 (Goldman, R., Behboudi, A., 2021) Canadá</p> | <p>Pilot Randomized Controlled Trial of Virtual Reality vs. Standard-of-Care During Pediatric Laceration Repair</p> | <p>Comparar a utilização da RV com o tratamento <i>standard</i>, para gestão da dor e da ansiedade, em situação de sutura de feridas, numa urgência pediátrica.</p> | <p>62 participantes dos 6 aos 16 anos (32 no grupo de RV e 30 no grupo de controlo).</p> | <p>Ensaio Clínico Randomizado</p> <p>O grupo de intervenção recebeu uns óculos de RV para colocar durante o procedimento, com um vídeo de uma montanha-russa. O grupo de controlo recebeu tratamento <i>standard</i>.</p> <p>Durante o procedimento foram aplicadas a Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) para avaliação da dor e a Venham Situational Anxiety score (VAS), para avaliação da ansiedade.</p> <p>Qualidade Metodológica: 84%</p> |
| <p>Artigo 6 (Erdogan, B., Ozdemir, A., 2021) Turquia</p> | <p>The effect of three different methods on venipuncture pain and anxiety in children: Distraction cards, virtual reality, and Buzzy®:</p> | <p>Determinar o efeito dos cartões de distração, RV e método Buzzy® na dor e ansiedade por punção venosa em crianças entre os 7 a 12 anos.</p> | <p>Total da amostra: 142 participantes (entre os 7 e 12 anos).</p> <p>O grupo experimental foi constituído por 108 crianças (35 no grupo de distração por cartões; 37 grupo de RV; 36 no</p> | <p>Ensaio Clínico Randomizado;</p> <p>O grupo de controlo recebeu cuidados de rotina; o grupo de distração por cartas recebeu um conjunto de cartas antes da punção venosa e foram realizadas várias perguntas sobre as mesmas durante o</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | Randomized controlled trial. | | grupo de Buzzy®); O grupo de controle foi constituído por 34 crianças. | <p>procedimento; o grupo de RV teve acesso aos óculos de RV e a uns auscultadores (experiência imersiva), 2 minutos antes do procedimento e durante o mesmo, de forma a assistir um filme de animação em 3D sobre dinossauros. O Buzzy® consiste na aplicação local de um dispositivo frio com movimentos vibratórios de alta-frequência que funciona como mecanismo de alívio da dor. O grupo Buzzy® recebeu a aplicação deste dispositivo 60 segundo antes da punção com posterior alocação do mesmo, 3 acima do local da punção.</p> <p>No final dos procedimentos, os investigadores aplicaram escalas de avaliação da dor e da ansiedade.</p> <p>Qualidade Metodológica: 84%</p> |
| <p>Artigo 7 (Zamani, M., Sigaroudi, A., Pouralizadeh, M., Leili, E., 2022) Irão</p> | Effect of the Digital Education Package (DEP) on prevention of anxiety in hospitalized children: a quasi-experimental study | Avaliar a eficácia da educação através de um pacote educativo digital sobre o nível de ansiedade das crianças hospitalizadas | 60 participantes dos 9 aos 12 anos foram alocados a 2 grupos (controle e experimental) | <p>Estudo quasi-experimental;</p> <p>O grupo de intervenção recebeu DEP: um pacote educativo feito pelos investigadores, que incluía texto eletrónico, imagens, animações, arquivos de vídeo e áudio para apresentar a equipa de profissionais do hospital, o tempo de visita dos médicos e as intervenções de enfermagem. As imagens foram utilizadas para mostrar as diferentes partes do ambiente hospitalar. Para as crianças do grupo de controle, foi realizada a educação convencional com instruções verbais simples e utilizando uma brochura educativa. O conteúdo da brochura era</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>o mesmo que o conteúdo digital.</p> <p>Antes e depois da intervenção, os investigadores aplicaram um instrumento de avaliação da ansiedade e da satisfação parental.</p> <p>Qualidade Metodológica: 77%</p> |
|--|--|--|--|--|

3.5. COLHEITA DA INFORMAÇÃO E ANÁLISE

Após a análise integral dos estudos selecionados foram extraídos e transcritos os resultados mais relevantes, em função dos objetivos da revisão, com o propósito da elaboração de um quadro síntese (APÊNDICE IX). As categorias utilizadas para a análise supracitada foram: metodologia das ENF, focos, contexto, evidências da efetividade e conclusões.

3.6. RESULTADOS

Com o intuito de responder às questões de investigação estabelecidas no início do presente trabalho, segue-se a apresentação dos resultados, que demonstram evidências relevantes obtidas pela análise dos sete artigos selecionados. O presente capítulo encontra-se organizado em dois subcapítulos.

3.6.1. Estratégias Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade

No que concerne à designação das ENF, referidos na Tabela 3, estas foram criadas pelos autores dos artigos. A elaboração de abreviaturas referentes à designação destas estratégias, considerou-se pertinente para facilitar a sua caracterização

3.6.1.1. Análise global das Estratégias Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade

Pela análise das ENF, foi possível verificar semelhanças quanto aos tipos, ao modo como foram aplicadas e momento de aplicação.

As **ENF realizadas e descritas** nos artigos analisados, como se verifica na Tabela 3 foram (1) Realidade Virtual (RV) que permite uma experiência imersiva; (2) *Virtual Reality Exposure Therapy* (VRET), que consiste num novo método terapêutico que utiliza a RV para expor o paciente ao agente ansiogénicos e ajuda a lidar com seus comportamentos irracionais; (3) Vídeo (VD), (4) Cartas de Distração (CD) que continham

várias imagens e padrões ocultos; (5) *Digital Education Package* (DEP), que preconiza um pacote educativo feito pelos investigadores, que inclui texto eletrónico, imagens, animações, arquivos de vídeo e áudio para apresentar a equipa de profissionais do hospital, o tempo de visita dos médicos e as intervenções de enfermagem e (6) Buzzy® que foi utilizado para aplicação local de frio e vibração como medida de relaxamento por alívio da dor. Este dispositivo médico reutilizável possui uma bateria para aplicação de vibração e frio. Esta aplicação de vibração de alta frequência e frio concentrado no local da injeção funciona como método de controlo da dor e distração antes da injeção, podendo ser utilizada em crianças e adultos. Tem asas de gelo para adormecer o local da injeção antes da mesma e, a bolsa de gelo pode ser armazenada no congelador e inserida no dispositivo antes do procedimento. Após o procedimento, é limpo com álcool a 70% e depois colocado novamente no congelador.

No que diz respeito à **tipologia da ENF**, a categorização surgiu após uma análise detalhada de cada artigo, levando em consideração a designação atribuída por cada autor. Neste sentido, a maioria das estratégias são de carácter cognitivo-comportamental, como métodos de distração (n=4), seguidos de imaginação (n=2) e por último, método de relaxamento/analgesia (n=1); as segundas mais utilizadas são as intervenções educativas, através da informação (n=2) (Tabela 3).

Relativamente ao **modo como foram aplicadas**, destacam-se intervenções de índole mais individual para cada criança, em exclusivo, ou para a criança com participação parental, com consequente avaliação da sua satisfação, no final da intervenção.

Quanto ao **momento de aplicação**, e segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, manifestou-se pertinente a identificação da modalidade de prevenção de cada ENF, nomeadamente: **prevenção primária** que se processa **antes** do sistema ser invadido pelo agente *stressor*; a **prevenção secundária**, que ocorre **após** o sistema ter reagido ao *stressor* invasor e a **prevenção terciária**, que se concretiza, como reconstituição **após** a prevenção secundária ter sido estabelecida (George, 2000)

Neste sentido, é notável que a maioria das ENF apresentadas nos artigos mencionados focam-se numa intervenção primária e/ou secundária, uma vez que são aplicadas para evitar o possível desequilíbrio causado pelo agente *stressor* ou possivelmente auxiliar a criança na gestão da ansiedade, quando esta já se evidencia.

No entanto, o artigo 2 refere que utiliza a VRET quando o cliente já foi exposto ao agente stressor. O que significa que esta ENF deverá ser utilizada como método de prevenção secundária ou terciária.

Tabela 3

Caracterização das Estratégias Não Farmacológicas para a gestão da ansiedade e modalidade de Prevenção

| Artigo: Foco | ENF | Tipo de ENF | | | | Modo de Aplicação | | Modalidade de Prevenção segundo o modelo de Sistemas de Betty Neuman | | |
|---|--------|-------------|------|------|------|-------------------|------|--|------|------|
| | | (e1) | (e2) | (e3) | (e4) | (m1) | (m2) | (p1) | (p2) | (p3) |
| Artigo 1: Gestão da Ansiedade antes da Realização de RX | RV | | | X | | | X | X | X | |
| Artigo 2: Gestão da Ansiedade Pré-operatória | VRET | | X | | | X | | | X | X |
| Artigo 3: Gestão da Ansiedade durante a realização de flebotomia | RV | X | | | | X | | X | X | |
| Artigo 4: Gestão de Ansiedade Perioperatória | VD | | X | | | | X | X | X | |
| Artigo 5: Gestão da Ansiedade durante procedimento – sutura de ferida | RV | X | | | | | X | X | X | |
| Artigo 6: Gestão da ansiedade na punção venosa | CD | X | | | | | X | X | X | |
| | RV | X | | | | | X | X | X | |
| | Buzzy® | | | | X | | X | X | X | |
| Artigo 7: Prevenção da Ansiedade em crianças hospitalizadas | DEP | | | X | | X | | X | X | |

Legenda: (e1) distração; (e2) imaginação; (e3) informação; (e4) relaxamento muscular/analgesia; (m1) crianças; (m2) crianças e pais; (p1) Prevenção Primária; (p2) Prevenção Secundária; (p3) Prevenção terciária;

Legenda

Estratégias Não Farmacológicas: RV- Realidade Virtual; VRET- Virtual Reality Exposure Therapy; VD- Video; CD- Cartas de Distração; DEP- Digital Education Package; MA- Modo de Aplicação

Posto isto, de forma a especificar cada estratégia irá proceder-se à análise específica das ENF para a Gestão da Ansiedade.

3.6.1.2 Análise específica das Estratégias Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade

Artigo 1 – *Effect of Immersive Virtual Reality Education Before Chest Radiography on Anxiety and Distress Among Pediatric Patients: a Randomized Clinical Trial*

Focos: Gestão da Ansiedade antes na Realização de RX

Han, Park, Choi, Kim, Lee, Yoo e Ryu (2019), autores do artigo 1, conduziram o estudo relativo à implementação da RV, por parte dos investigadores, antes da realização de uma radiografia torácica, com o objetivo de gerir a ansiedade da criança antes da realização do procedimento, informando-a sobre o processo inerente à realização do mesmo.

Os participantes foram 112 crianças dos 4 aos 8 anos que tiveram de realizar radiografia de tórax, entre 20 de julho de 2018 e 11 de setembro de 2018, no Hospital de Seongnam. As amostras foram atribuídas aleatoriamente a dois grupos de controlo e intervenção por método randomizado.

Além dos cuidados de rotina o grupo de intervenção recebeu uma sessão de educação de 3 minutos, utilizando a RV para explicar o processo de realização de radiografia, na ótica do utilizador. O grupo de controlo recebeu apenas cuidados de rotina.

Os *outcomes* da investigação foram avaliados durante o processo radiográfico através da versão alterada de uma escala OSBD para procedimentos radiográficos por um único avaliador cego para excluir qualquer possível viés interobservadores. O técnico em radiologia perguntou à criança, antes da entrada, se queria a presença dos pais durante o procedimento. A incidência da presença parental foi valorizada. Os *scores* de satisfação parental sobre o processo foram avaliados por meio de uma escala numérica (0, muito insatisfeito; 10, muito satisfeito). O tempo para o procedimento, desde a entrada na sala de radiografia até a produção da imagem, e o número de imagens repetidas foram registados por um único avaliador cego. Após a obtenção da radiografia de tórax, o técnico em radiologia pontuou o nível de dificuldade da realização da mesma (0, muito difícil; 10, muito fácil).

Artigo 2 – *The effect of virtual reality technology on preoperative anxiety in children: a Solomon four-group randomized clinical trial.*

Focos: Gestão da Ansiedade Pré-operatória

Dehghan, Jalali, Bashiri (2019) conduziram um estudo relativo à implementação da *Virtual Reality Exposure Therapy* (VRET) na gestão da ansiedade pré-operatória, em crianças.

Foram recrutados 40 candidatos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, agendados para cirurgia abdominal. Os participantes foram distribuídos em dois grupos de intervenção e dois de controlo, de forma randomizada. O pré-teste foi executado em dois grupos (1 intervenção e 1 controlo).

Além dos cuidados de rotina, os grupos de intervenção receberam uma sessão de exposição de 5 minutos, ao ambiente do bloco operatório (BO) por meio de utilização de RV. Nestas sessões os pacientes tiveram acesso a óculos de RV, para observar os passos simulados da ida ao BO e uns headphones que produziam os sons simulados deste ambiente. A intervenção foi programada de forma a permitir uma experiência imersiva para os participantes, a nível visual e auditivo. O grupo de controlo recebeu cuidados de rotina, no entanto os pais foram solicitados a tocar e acariciar seus filhos antes da operação.

O pré-teste foi realizado para um dos grupos de intervenção e um dos grupos de controlo, enquanto todos os grupos preenchem o questionário pós-teste. Para a análise dos dados foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 23.

Artigo 3 – *Efficacy of Cartoon Viewing Devides During Phlebotomy in Children: A randomized Controlled Trial*

Focos: Gestão da Ansiedade durante a realização de flebotomia

O estudo apresentado por Inangil, Sendir e Buyukyilmaz (2020), analisa a hipótese de investigação “assistir a desenhos animados com recurso a RV ou tablet, como método de distração, será efetivo na diminuição do *score* de ansiedade na criança, durante a punção venosa”.

Foram recrutados 120 participantes, dos 7 aos 12 anos. 40 foram alocados ao grupo de intervenção com utilização de RV, 40 ao grupo de intervenção com utilização do tablet e 40 no grupo de controlo.

Os participantes no grupo de intervenção (VR e tablet) escolheram um programa de desenhos animados consoante a sua preferência. O grupo da RV assistiu ao programa com um aparelho de realidade virtual e headphones (experiência imersiva), o grupo do tablet, assistiu ao programa com recurso a um tablet colocado até 18 cm da criança, o grupo de controlo recebeu tratamento *standard*.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0. As informações demográficas basais entre os grupos e todos os dados não paramétricos foram analisadas pelo teste . Os *outcomes*, como a intensidade da dor e os níveis de ansiedade nas crianças, foram comparados usando a análise de variância de Kruskal-Wallis para três grupos (*scores* das crianças, pais e observadores), e o teste t foi usado para grupos pares (*scores* de pais e observadores). As relações entre os *scores* médios foram determinadas pela correlação de Pearson. A significância estatística foi estabelecida em $P < 0,05$ e o teste de Bonferroni foi realizado como análise *post hoc*.

Artigo 4 – Effects of Educational Video on Pre-operative Anxiety in Children – A randomized Controlled Trial

Focos: Gestão de Ansiedade Perioperatória

Harter, Barkmn, Wiessner, Rupprecht, Reinshagen e Trah, (2021), autores do artigo 4, conduziram um estudo que analisa a utilização de um vídeo educacional como ENF para a redução do estado de ansiedade, autorrelatado pelas crianças, no dia da cirurgia.

Este estudo teve presente uma amostra de 90 participantes, com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos e os seus pais. A amostra foi dividida em dois grupos, de forma randomizada (45 participantes no grupo de intervenção e 45 participantes no grupo de controlo). Para além dos cuidados habituais, o grupo de intervenção, constituído pelas crianças e respetivos pais, assistiram a um vídeo, adequado a idade pediátrica, explicando os procedimentos pré-operatórios aplicados durante a estadia hospitalar. O grupo de controlo recebeu, apenas, informação *standard*.

No dia da cirurgia, antes de se submeterem ao procedimento de informação padrão, os participantes do grupo de intervenção e os pais receberam um pequeno vídeo educativo. As ilustrações mostram informações de forma simples e curta em menos de 4 minutos. Esta simplicidade deve levar a que informações complexas sejam transmitidas de forma

lúdica, animada e em linguagem visual. Isso deve ajudar as crianças a terem acesso aos procedimentos que as esperam no hospital. O vídeo foi apresentado num tablet, na sala de espera ou na sala de observação. Essas informações incluíam os procedimentos médicos que ocorreriam antes e após a cirurgia e os procedimentos que seriam encontrados durante os cuidados pós-operatórios. Após a visualização do vídeo, perguntas sobre as informações contidas no vídeo foram feitas por um membro da equipa de investigação, que esteve presente durante todo o processo de visualização do vídeo.

No dia da cirurgia, os participantes do grupo de controlo receberam informação *standard*, fornecidas pela equipa de enfermagem e variou em forma, duração e tempo. As informações fornecidas em cada centro foram idênticas. Se houvesse tempo suficiente disponível, os pacientes poderiam visitar a ala cirúrgica. A equipa de enfermagem explicou os procedimentos antes da operação, incluindo a aplicação de cuidados pré-medicação e pós-operatórios.

O *outcome* primário deste estudo foram os níveis de ansiedade pré-operatória autorreferidos em crianças submetidas a cirurgia eletiva, baseado num questionário realizado após a intervenção. Paralelamente ao autorrelato das crianças, avaliou-se o autorrelato dos pais. O *outcome* secundário avaliado foi a satisfação do paciente com as informações recebidas, avaliada tanto pelas crianças quanto pelos pais. Foi adaptado um questionário específico para o estudo, composto por oito itens.

Artigo 5 – *Pilot Randomized Controlled Trial of Virtual Reality vs. Standard-of-Care During Pediatric Laceration Repair*

Focos: Gestão da Ansiedade durante a sutura de uma ferida

Goldmane e Behboudi (2021), conduziram um estudo cujo objetivo incidia na comparação entre a utilização da RV vs. tratamento *standard*, para gestão da dor e da ansiedade, em situação de sutura de feridas, numa urgência pediátrica.

Este estudo teve a participação de 62 crianças/jovens, com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos. Destes, 32 pertenciam ao grupo de intervenção e 30 ao grupo de controlo. O grupo de intervenção recebeu uns óculos de RV para colocar durante o procedimento. O grupo de controlo recebeu tratamento *standard*.

As crianças do grupo de intervenção receberam os headphones e os óculos de RV antes do início do procedimento. As crianças do grupo de controlo iniciaram a sua intervenção ao mesmo tempo. Anestésicos tópicos e locais foram permitidos para os procedimentos, utilizados a critério do médico da urgência e as quantidades foram registadas.

Após a conclusão do procedimento, as crianças responderam a questionários validados sobre dor e ansiedade. As crianças em ambos os grupos tiveram a oportunidade de brincar com o sistema de RV por 15 minutos após o procedimento.

As escalas aplicadas foram a Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) para avaliação da dor e a Venham Situational Anxiety score (VAS), para avaliação da ansiedade.

Os resultados adicionais incluíram o tempo de procedimento, tempo de permanência no serviço de emergência, a quantidade de anestésico utilizado e a satisfação dos pacientes e dos pais com a intervenção. A duração do procedimento foi calculada como o tempo desde o início da administração do anestésico local até o momento em que não foi necessário mais contato com o paciente. Os medicamentos administrados antes e durante o procedimento foram registados. A satisfação dos pacientes foi registada como um comentário qualitativo que foi diferenciado em comentário negativo, neutro ou positivo.

Artigo 6 – *The effect of three different methods on venipuncture pain and anxiety in children: Distraction cards, virtual reality, and Buzzy®: Randomized controlled trial.*

Focos: Gestão da ansiedade na punção venosa

Erdogan e Ozdemir (2021), autores de artigo 5, compararam o efeito dos cartões de distração, RV e método Buzzy® na dor e ansiedade por punção venosa em crianças. Este estudo teve uma amostra composta por 142 participantes, com idades compreendidas entre os 7 e 12 anos. O grupo experimental foi constituído por 108 crianças em que 35 se encontrava no grupo de distração por cartões, 37 grupo de RV e 36 no grupo de Buzzy®. O grupo de controlo foi constituído por 34 crianças.

O grupo de controlo recebeu cuidados de rotina, o grupo de Distração por Cartas recebeu um conjunto de cartas antes da punção venosa e foram realizadas várias perguntas sobre as mesmas durante o procedimento; o grupo de RV teve acesso aos óculos de RV e a uns headphones para uma experiência imersiva, 2 minutos antes do procedimento e durante o mesmo, de forma a assistir um filme de animação em 3D sobre dinossauros; o Buzzy®

consiste na aplicação local de um dispositivo frio com movimentos vibratórios de alta-frequência que funciona como mecanismo de alívio da dor. O grupo Buzzy® recebeu a aplicação deste dispositivo 60 segundo antes da punção com posterior alocação do mesmo, 3 cm acima do local da punção.

No final dos procedimentos, os investigadores aplicaram escalas de avaliação da dor e da ansiedade.

Artigo 7 – Effect of the Digital Education Package (DEP) on prevention of anxiety in hospitalized children: a quasi-experimental study

Focos: Gestão da ansiedade na punção venosa

O estudo apresentado por Zamani, Sigaroudi, Pouralizadeh e Leili, (2022), tem como objetivo avaliar a eficácia da educação através de um DEP sobre o nível de ansiedade das crianças hospitalizadas.

Foram recrutados 60 participantes dos 9 aos 12 anos e posteriormente alocados a 2 grupos: controlo e experimental. O grupo de intervenção recebeu como ENF acesso a um DEP. Este pacote educativo, feito pelos investigadores, incluía texto eletrónico, imagens, animações, arquivos de vídeo e áudio para apresentar a equipa de profissionais do hospital, o tempo de visita dos médicos e as intervenções de enfermagem. As imagens foram utilizadas para mostrar as diferentes partes do ambiente hospitalar. Para as crianças do grupo de controlo, foi realizada a educação convencional com instruções verbais simples e utilizando uma brochura educativa. O conteúdo da brochura era o mesmo que o conteúdo digital. Esta intervenção decorria, em média, em 15 minutos.

Quinze minutos após a admissão no hospital, e antes de cada procedimento invasivo, o *score* de ansiedade basal das crianças participantes foi registado com base no STAI. O STAI pediátrico é um instrumento de autorrelato de 40 itens que é amplamente utilizado para medir sintomas de ansiedade em crianças dos 9 a 12 anos. Em seguida, a investigadora conheceu os participantes do grupo experimental, e os seus pais, numa sala privada e confortável onde puderam assistir ao DEP usando um computador. No final da intervenção, as crianças preenchiem novamente o questionário do estudo.

Para o grupo controlo, nenhuma intervenção foi realizada e eles receberam apenas a informações de rotina, utilizando o panfleto educativo, já existente, fornecido pela equipa

de enfermagem. Os participantes deste grupo também completaram o questionário em momentos semelhantes ao grupo de intervenção.

3.7. DISCUSSÃO

Após a apresentação das ENF implementadas com vista na gestão da ansiedade em diferentes contextos, impõe-se uma síntese e discussão dos resultados.

Em primeiro lugar procede-se à designação das estratégias mais utilizadas em crianças/adolescentes, em contexto hospitalar, e seguidamente referidas as aplicadas por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a dar resposta às questões de investigação supramencionadas.

No término do capítulo é realizada uma abordagem às limitações da revisão.

Quais as ENF utilizadas para a gestão da ansiedade em crianças/adolescentes, em contexto hospitalar?

As ENF realizadas e descritas nos artigos analisados foram: informação, imaginação, distração e relaxamento/analgesia preventiva. Quanto aos métodos, os estudos fazem referência à Realidade Virtual, *Virtual Reality Exposure Therapy*, Vídeo, Cartas de Distração, *Digital Education Package* e Buzzy®.

Neste seguimento, foi possível apurar que a distração foi a ENF mais utilizadas, e foi realizada através da utilização de Realidade Virtual e Cartas de Distração. Esta estratégia permitiu direcionar a atenção para situações não relacionadas com o procedimento, sendo especialmente útil para gerir a ansiedade em procedimentos de curta duração como, por exemplo, a punção para colheita de sangue.

Quanto à imaginação guiada foi realizada através de um programa de *Virtual Reality Exposure Therapy* e Vídeos. Esta estratégia procurou obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificando numa ideia ou imagem particular. Atua como distração e alívio da ansiedade, conduzindo a imaginação para um lugar agradável, numa atividade favorita, com pensamentos positivos, reduzindo a sensação dolorosa, pelo bloqueio da informação nociceptiva. Esta técnica requer o envolvimento ativo da criança e exige algum tempo para que a explicação do método seja eficaz.

A ENF de informação foi utilizada com recurso à Realidade Virtual e a um programa de *Digital Education Package*. Esta estratégia reconhece que a informação sobre os

procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança. Pode implicar explicar à criança as etapas do procedimento e/ou sensações por ele evocadas, através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo e aumentar o seu autocontrolo.

Por último, a ENF de relaxamento/analgesia preventiva foi realizada por meio do instrumento Buzzy®. Este instrumento com efeito analgésico promove a ativação do sistema supressor da dor e ao relaxamento muscular, sem necessidade de recorrer a abordagens farmacológicas.

Neste sentido, e após a análise dos dados disponíveis nos artigos, verificou-se evidências de efetividade na gestão da ansiedade após a utilização destas ENF. Deste modo, verifica-se, nos artigos, evidências credíveis que as crianças/adolescentes melhoram a sua capacidade de gerir a ansiedade resultante da hospitalização, levando, de igual forma, a um aumento da satisfação parental.

O único estudo apresentado que não refere evidência de efetividade é o artigo 7, que faz menção da utilização da RV na gestão da ansiedade aquando sutura de feridas, em comparação com os cuidados habituais. No entanto, os autores referem que uma das limitações do estudo foi a inexistência de avaliação dos níveis de ansiedade antes ou durante o procedimento, sendo que o único ponto de medição ocorreu após o procedimento, o que pode ter enviesado os achados para níveis mais baixos. Neste sentido, os investigadores recomendam que em pesquisas futuras deve existir uma avaliação dos scores de pré e pós-procedimento.

É importante referir que relativamente ao **cliente**, as investigações dirigem-se maioritariamente à díade (criança/mãe ou criança/pai), tendo como foco a satisfação parental.

Uma vez que a ansiedade parental é outro fator que se alia à ansiedade manifestada pela criança, os pais que manifestam maiores níveis de satisfação parental, cujas crianças receberam a intervenção em estudo e que puderam estar presentes no momento da mesma, não só experimentaram uma redução na ansiedade, como se manifestaram mais satisfeitos.

Este facto comprova a importância dos CCF na assunção das famílias como parceiras de decisão e colaboradoras no cuidado com resultados indiscutivelmente positivos (Craig et al., 2015).

Quais destas foram utilizadas por EEESIP?

Apesar de se verificar a participação de enfermeiros em alguns dos estudos apresentados, nenhum confirma a participação de Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica.

Segundo o REPE, o enfermeiro especialista é o enfermeiro “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 104, 1998, p.1742).

O EEESIP com conhecimento avançado domina princípios, conceitos, teorias e práticas da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. É proficiente na tomada de decisão em situações complexas, na liderança, na investigação (baseia a sua práxis em evidência) e no desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. A combinação destas características permite que faça mudanças positivas na prática de Enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140, 2019).

Neste sentido o EEESIP será o mais competente para fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2) e aplicando conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1).

A não participação destes profissionais nos estudos apresentados evidencia-se como uma limitação dos mesmos.

Limitações da revisão

Reconhece-se que esta revisão tem várias limitações que, sem pôr em causa a sua validade em termos gerais, a condiciona. A mais importante prende-se com a faixa etária a que foram aplicados os estudos.

Todas as amostras mencionadas nas diferentes investigações apontam para intervalos etários heterogéneos, sendo que a idade mínima são 4 e a máxima 17 anos, inclusive.

Neste sentido, é possível apurar que lactentes (<12 meses), *toddlers* (≥ 12 e <36 meses) e crianças em idade pré-escolar (≥ 36 meses e <5 anos), não fazem parte dos dados apurados neste estudo.

Julga-se que essa dificuldade, embora não explicitada, é comum aos investigadores desta temática, uma vez que, as propostas apontam para amostras heterogêneas em intervalo, mas similares em fase de desenvolvimento – idade escolar (≥ 5 e < 12 anos) e adolescência (≥ 12 e < 19 anos).

Este cenário, introduziu um viés nos dados obtidos, visto que a aplicação das ENF deverá levar em consideração a faixa etária da criança/jovem, sendo que não foram fornecidas evidências das estratégias utilizadas para a faixa etária entre os 0 e os 5 anos.

Outro ponto digno de discussão é que apenas um estudo abordou a hospitalização como um todo, enquanto os demais se voltaram para procedimentos específicos, como cirurgia, flebotomia, radiografia.

Ademais, foi possível comprovar a panóplia de pesquisas sobre ansiedade pré-operatória e ansiedade relacionada à flebotomia. O mesmo se aplica à ansiedade durante a hospitalização. Portanto, seria útil considerar em futuras revisões a análise separada dos estudos para cada uma dessas situações. Embora esta revisão tenha identificado uma variedade de estratégias, como era objetivo, ela não possibilita determinar quais são as mais utilizadas em cada contexto.

Por último, é importante salientar que este estudo se restringiu apenas à ansiedade associada à hospitalização, embora a atuação o EEESIP também abranja a comunidade.

3.8. CONCLUSÃO

Em idade pediátrica, a procura e manutenção da homeostase revela-se um desafio, uma vez que a criança/adolescente possui poucos mecanismos de *coping* para lidar com os *stressores* inerentes aos cuidados de saúde. As sucessivas experiências negativas podem desencadear um medo permanente associado a uma má adesão e baixa procura de cuidados de saúde. A utilização de estratégias que permitam um cuidado, de forma integral e sistematizada, irá minimizar as variáveis que afetam as reações do sistema a esses *stressores*.

Neste sentido, esta revisão permitiu identificar um conjunto de ENF para a gestão da ansiedade em contexto hospitalar, tais como: informação, imaginação, distração e relaxamento/analgesia preventiva.

Tendo em conta que a preocupação central da Enfermagem é a criança e a família, e a meta principal é a manutenção da sua estabilidade enquanto sistema, justifica-se

fortemente que as estratégias mencionadas neste estudo sejam incorporadas pelos profissionais de saúde, especialmente os EEESIP, em contexto hospitalar e/ou na comunidade, como rotina. No entanto, a revisão não permitiu apurar se a implementação das ENF foram realizadas por EEESIP, apesar de ser mencionada a participação efetiva de enfermeiros nos estudos.

Quanto ao referencial teórico utilizado, revelou-se útil devido à sua abordagem holística e abrangente dos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que influenciam a ansiedade, resultando numa compreensão mais profunda das suas origens e das estratégias eficazes para lidar com ela. Este modelo destaca a importância da prevenção e promoção da saúde, procurando fortalecer os recursos de enfrentamento do indivíduo e identificar potenciais fatores de risco. Ao reconhecer a influência de diversos fatores, como stressores que causam desequilíbrio ao indivíduo, o modelo ajuda a abordar esses elementos de forma integrada, contribuindo para uma gestão mais eficaz da ansiedade. Por fim, ao enfatizar a adaptação como um processo contínuo de interação entre o indivíduo e o ambiente, o referencial de Neuman destaca a importância de promover uma adaptação saudável, não se limitando apenas à redução e/ou eliminação da sintomatologia, mas procurando uma abordagem mais abrangente e centrada na criança/adolescente.

Outro ponto a sublinhar é a limitação da revisão ao contexto hospitalar, considerando que alguns estudos se debruçam sobre procedimentos realizados em ambulatório, podemos considerar que as estratégias apresentadas, poderão ser moldadas para diferentes contextos e beneficiar as crianças em contexto extra-hospitalar.

Ademais, pelo exposto, acredita-se que o estudo desenvolvido serve de fundamento para que as ENF sejam consideradas nos contextos onde são prestados cuidados a crianças/adolescentes. Espera-se também que as organizações sejam sensíveis e recetivas para a necessidade de implementação destas estratégias visando os benefícios na gestão da ansiedade de crianças/adolescentes e dos pais.

Com já sugerido, afigura-se como pertinente a necessidade de elaborar estudos mais globais, incorporando diferentes faixas etárias, na medida em que se trará mais informação para a prática baseada na evidência.

Nesta continuação, surgem novos tópicos de interesse para investigação, como:
Compreender de que forma a ansiedade de crianças/adolescentes influencia a ansiedade dos pais e vice-versa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o meu percurso, o conhecimento que adquiri foi amplamente enriquecido pela vertente prática, que se revelou fundamental para o desenvolvimento das competências essenciais ao nível do saber fazer, saber estar e saber ser. Foi através da atividade prática que pude perceber e aprimorar estas competências de forma mais significativa. Os objetivos que tracei inicialmente foram alcançados com sucesso, permitindo-me adquirir competências na execução de projetos e refletir profundamente sobre o papel crucial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Esta jornada também me proporcionou uma reflexão profunda sobre as competências de liderança e especialização que adquiri ao longo desta formação.

Os estágios realizados em diversos contextos, nomeadamente cuidados na comunidade, serviço de urgência pediátrica e serviço de neonatologia, contribuíram significativamente para o meu crescimento tanto pessoal quanto profissional. Estas experiências permitiram-me adquirir competências, além de facilitar o desenvolvimento do projeto de estágio na minha área de interesse.

A pesquisa minuciosa em bases de dados científicas e a análise criteriosa da bibliografia relacionada com o tema deste trabalho foram passos cruciais para alcançar os objetivos estabelecidos. Foi por meio dessas ações que pude adquirir e aprofundar os conhecimentos necessários para este trabalho.

O desenvolvimento do enquadramento conceptual desempenhou um papel fundamental, proporcionando uma base sólida para a compreensão do tema do relatório, permitindo desenvolver a temática fundamentada na evidência científica.

Neste sentido, a RIL realizada, permitiu a identificação de ENF utilizadas na gestão da ansiedade em crianças/adolescentes, em contexto hospitalar. Os estudos analisados embasados na teoria de Neuman ressaltaram a importância de uma intervenção especializada para preservar a homeostase da criança/adolescente e da sua família. Destacando assim a necessidade de implementar protocolos e promover sessões de formação, direcionada para as equipas multidisciplinares, sensibilizando para a importância desta temática.

Neste contexto, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na identificação da problemática e na procura de uma resposta para a mesma, visando a aplicação de competências no domínio da melhoria contínua de cuidados, desenvolvendo práticas de qualidade e programas de melhoria contínua ou fazendo adquirir materiais e/ou dispositivos direcionados para a gestão da ansiedade (ex: Buzzy ®, panfletos informativos, dispositivos de RV, etc.).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agbayani, C.J., Fortier, M.A., & Kain, Z.N. (2020). Non-pharmacological methods of reducing perioperative anxiety in children. *BJA Education*, 20(12), 424-430. doi: 10.1016/j.bjae.2020.08.003
- American Academy of Pediatrics (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics: Official Journal of The American Academy of Pediatrics*, 129(2), 394-404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Joana Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute
- Azevedo, F. S. (2013). *Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor na Criança Sujeita a Vacinação* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/15979>
- Baghele, A., Dave, N., Dias, R., & Shah, H. (2019). Effect of preoperative education on anxiety in children undergoing day-care surgery. *Indian Journal of Anaesthesia*, 63(7), 565-570. <https://doi:10.4103%2Fija.ija.37.19>
- Baptista, A. C. M. (2017). *Controlo da dor em procedimentos dolorosos num serviço de urgência pediátrica* [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barlow, D.H. (2016). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo* (5.^a ed.). Artmed.
- Barros, L. (1998). As consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e Controlo. *Análise Psicológica*, 1(16), 11-28. <http://hdl.handle.net/10400.12/5676>
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient Educ Couns*, 99(0), 173-185. doi: 10.1016/j.pec.2015.09.004

- Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Revista da Escola Anna Nery*, 15(4), 845–850. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000400026>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *CIPE Versão 2019*. Genebra, Suíça: Ordem dos enfermeiros.
- Coughlin, M. (2016). *Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company, ISBN: 9780826131966
- Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(1), S5–S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>
- Dehghan, F., Jalali, R., & Bashiri, H. (2019). The effect of virtual reality technology on preoperative anxiety in children: a Solomon four-group randomized clinical trial. *Perioperative Medicine*, 8(5). <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0116-0>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. Doi: 10400.26/23729
- Direção-Geral da Saúde (2012, Dezembro 18). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)* (Orientação no22/2012).<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Psiquiatria da Infância e da Adolescência – Rede de Referência Hospitalar*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (março, 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
- Erdogan, B., & Aytekin Ozdemir, A. (2021). The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and

- Buzzy® (Randomized Controlled Trial). *Journal of Pediatric Nursing*, 58, 54–62.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.001>
- Erhaze, E., Dowling, M., & Devane, D. (2016). Parental presence at induction of anaesthesia: A systematic review. *Int J Nurs Pract*, 22(4), 397-407. doi: 10.1111/ijn.12449
- European Foundation for the Care of Newborn Infant (2022, maio). *Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido* (1.ª ed.). EFCNI
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos em pediatria. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 95-104). Lidel
- Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235pt>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos À Prática Profissional* (4ª ed.). Artmed Editora.
- Goldman, R.D., Behboundi, A. (2021). Pilot Randomized Controlled Trial of Virtual Reality vs. Standard-of-Care During Pediatric Laceration Repair. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(2), 295-298, doi: 10.1007/s40653-021-00350-4
- Gomes, G.L.L., Fernandes, M.G.M., Nóbrega, M.M.L. (2016). Ansiedade da hospitalização em crianças: Análise Conceitual. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 69(5), 940-945. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0116>
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., Ferreira, R. (setembro, 2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa-Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*, 43(5) 17-40.
- Han, S. H., Park, J. W., Choi, S. I., Kim, J. Y., Lee, H., Yoo, H. J., & Ryu, J. H. (2019). Effect of Immersive Virtual Reality Education Before Chest Radiography on Anxiety

- and Distress Among Pediatric Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA pediatrics*, 173(11), 1026–1031. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3000>
- Härter, V., Barkmann, C., Wiessner, C., Rupprecht, M., Reinshagen, K., & Trah, J. (2021). Effects of Educational Video on Pre-operative Anxiety in Children - A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 640236. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.640236>
- Heimberg, R. G., Magee, L. (2016). Transtorno de Ansiedade Social in Barlow, D. H. (Org.) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos, Tratamento Passo a Passo* (5ª Ed., pp 114-154). Artmed Editora.
- Henriques, T. R. S. (2011). *O brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança: hospital dos pequeninos* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/15539>
- Hockenberry, J. M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª edição). Elsevier Editora.
- İnangil, D., Şendir, M., & Büyükyılmaz, F. (2020). Efficacy of Cartoon Viewing Devices During Phlebotomy in Children: A Randomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(4), 407–412. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.01.008>
- Lee, L. A., Carter, M., Stevenson, S. B., & Harrison, H. A. (2014). *Improving family-centered care practices in the NICU*. *Neonatal Network*, 33(3), 125–132. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.33.3.125>
- Lenhardtk, G., & Calvetti, P.U. (2017). Quando a ansiedade vira doença? Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(2), 111-122.
- Marlow, N. (2012). Organization of Perinatal Care. In G. Buonocore, R. Bracci & M. Weindling. *Neonatology - A Practical Approach to Neonatal Diseases* (p.150-156). Springer Editora.

- Martins, T. S. S., & Silvino, Z. R. (2010). Um Marco Conceptual para o Cuidado à Criança Hospitalizada à Luz da Teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 15 (2), pág. 340-343.
- Meletti, D., Meletti, J., Camargo, R., Silva, L., & Módolo, N. (2019). Psychological preparation reduces preoperative anxiety ni children: Randomized and double-blind trial. *Jornal de Pediatria*, 95(5), 545-551.
- Miguel, M., Briones, A., & Prats, S. (2012). Enfermería neonatal: Cuidados centrados em la familia. *Enfermeria Integral*, 98, 36–40. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>
- Neto, F. M. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9733>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Pearson.
- Nist, M. D., Harrison, T. M., Shoben, A. B., Pickler, R. H. (2023). Predictors of Stress Exposure in Hospitalized Preterm Infants. *Advances in Neonatal Care*, 23(6), 5775-582. DOI: 10.1097/ANC.0000000000001099
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores da Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Entrevista ao adolescente/Promover o desenvolvimento infantil na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Promoção da Esperança/Preparação do Regresso a Casa da Criança*. Lisboa : Ordem dos Enfemeiros.
- Philips (2018). *Infant Positioning Assessment Tool (IPAT)*. Recuperado de https://images.philips.com/is/content/PhilipsConsumer/Campaigns/HC20140401_DG/Documents/ipat_sheet.pdf

- Pimentel, D., Tomada, I., Rêgo, C. (2018). Alimentação Vegetariana nos Primeiros Anos de Vida: Considerações e Orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição – Associação Portuguesa de Nutrição*, 14(1), 10-17. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1403>
- Prime, D. K., Garbin, C. P., Hartmann, P. E., Kent, J. C. (2012). Simultaneous Breast Expression in Breastfeeding Woman is More Efficacious Than Sequential Breast Expression. *Breastfeeding Medicine*, 7(6), 442-447. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0139>
- Recomendação Técnica para o Serviço de Neonatologia n.º 11/2017, da Administração Central dos Sistemas de Saúde do Ministério da Saúde. (2019) https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). Diário da República n.º26, Série II de 2019-02-06
- Regulamento n.º 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018). Diário da República n.º 133 de 2018-07-12
- Santos, M. N. P. (2021). *Ansiedade dos Adolescentes no período perioperatório: Desenho de um Programa de Intervenção em Enfermagem* [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/140706>
- Sousa, F., Curado, M.A.S. (2021, Outubro). Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia: Validação Estatística para a População Portuguesa. *Enfermería Global*, 20(64), 403-414. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Sousa, P. C. M. M., Sousa, P (2008). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Revista Oncológica SPEO*, 10(1), 11-27.
- Souza, M. T., Silva, M, D. & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. https://www.ipvc.pt/ese/wp-content/uploads/sites/4/2021/03/APA7th_Guia_BibliotecasIPVC.pdf

- Taddio, A., Shah, V., Leung, E., Wang, J., Parikh, C., Smart, S., ...Franck, L. (2013). Knowledge translation of the HELPinKIDS clinical practice guideline for managing childhood vaccination pain: usability and knowledge uptake of educational material directed to new parents. *BMC pediatrics*. 13 (23). Disponível em <http://doi.org/10.1186/1471-2431-13-23>
- Vaz-Serra, A. S. (1980). O que é a ansiedade? In *Psiquiatria Clínica* (pp.93-104). PSI-Artigos. Repositório Aberto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.4/191>
- Zamani, M., Sigaroudi, A.E., Pournalizadeh, M., Kazemnejad-Leili, E. (2022). Effect of Digital Education Package (DEP) on prevention of anxiety in hospitalized children: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 21, 324. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01113-8>

Apêndices

Apêndice I - Projeto de Estágio – Urgência Pediátrica

| OBJETIVOS | ESTRATÉGIAS | ATIVIDADES |
|---|--|--|
| Analisar a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Urgência | <ul style="list-style-type: none"> • Visita guiada ao serviço • Pesquisa de informação em manuais existentes | <ul style="list-style-type: none"> • Compreender o trabalho realizado em cada área de trabalho do SUP • Ler e conhecer protocolos instituídos no SUP • Compreender o encadearamento de tratamento e de encaminhamento que ocorre no SUP, da triagem à alta ou ao internamento da criança/jovem |
| Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados; | <ul style="list-style-type: none"> • Diálogo informal e oportuno com os Enfermeiros da equipa de enfermagem, de forma a identificar as patologias mais comuns do serviço de urgência; • Realização de pesquisa oportuna de forma a aprofundar conhecimentos sobre sinais e sintomas de risco; | <ul style="list-style-type: none"> • Colaboração na Triagem, de forma a detetar situações de risco e atribuir a prioridade de atendimento adequada; • Permanência no balcão de tratamento, permitindo a vigilância das crianças/jovens em tratamento, de forma a identificar situações de alteração hemodinâmica/sinais e sintomas de risco. |
| Identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e situações de risco | <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre a deteção de sinais de alerta na criança/jovem e família (ex. sinais e sintomas de maus-tratos, negligência e comportamentos de risco) • Conhecer protocolos instituídos no serviço sobre formas de atuação na suspeita de situações de risco • Partilha de experiências e conhecimentos com a equipa de enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar sinais de alerta na observação da criança/jovem; • Leitura de protocolos sobre sinais de alerta e encaminhamento/referenciação para serviço social; |
| Demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico | <ul style="list-style-type: none"> • Observação do papel da equipa de Enfermagem e multidisciplinar na abordagem à situação emergente; • Participação em situação emergente; | <ul style="list-style-type: none"> • Participar numa situação emergente de cuidados à criança/jovem (se esta existir); |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Autorreflexão sobre a atuação do EEESIP em situações complexas e discussão com os Enfermeiros Tutores | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar compreender a dinâmica de funcionamento da sala de emergência numa situação de abordagem emergente; • Conhecer e manipular o material existente em sala de emergência, de forma a obter uma resposta rápida, maximizando o potencial de resposta. |
| Aplicar conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências e conhecimentos com a equipa de enfermagem; • Reconhecer situações com luto inerente; • Realização de pesquisa bibliográfica oportuna; | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver e mobilizar competências que facilitem o processo de luto da criança/jovem e/ou da família, por perda antecipada ou real; • Apoio do luto, desde o diagnóstico da doença; |
| Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da dor de acordo com protocolo do serviço; • Gestão adequada da dor através da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor; • Ensinar e capacitar os pais para a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a dor, utilizando a escala mais adequada, conduzindo, posteriormente a uma resposta farmacológica e/ou não farmacológica • Reavaliar a dor após a execução das medidas supramencionadas; • Realizar ensinamentos, aos pais, sobre a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas; |
| Promover a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura | <ul style="list-style-type: none"> • Observação da interação da equipa de Enfermagem com as crianças/jovens nomeadamente na comunicação; • Aprofundar conhecimentos sobre técnicas comunicacionais, com a leitura do Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevista (triagem), à criança/adolescente, adequando a linguagem ao estágio de desenvolvimento e à cultura; • Realizar a admissão (UICD), da criança/adolescente e acompanhante, adequando a linguagem ao estágio de desenvolvimento e à cultura; • Comunicar durante a realização dos procedimentos, utilizando as técnicas comunicacionais mais adequadas à situação. |
| Desenvolver competências na área da gestão de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Observação/accompanhamento dos Enfermeiros tutores na coordenação da equipa de prestação de cuidados e na utilização dos recursos físicos e humanos de forma eficiente para promover a qualidade. | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o enfermeiro coordenador de turno, compreendendo a gestão de recursos humanos e físicos que ocorre no SUP; |

| | | |
|---|---|--|
| Desenvolver um projeto de melhoria contínua | <ul style="list-style-type: none"> • Participar ativamente na melhoria contínua dos Cuidados de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar a utilização de uma check-list de Intervenções de Enfermagem com foco na gestão de ansiedade de crianças/adolescentes no serviço de urgência; • Realização de um protocolo; • Sessão formativa para a equipa de enfermagem, com apresentação do protocolo e esclarecimento de dúvidas sobre formas de atuação. |
|---|---|--|

Apêndice II - Projeto de Estágio – UCIN

| OBJETIVOS | ESTRATÉGIAS | ATIVIDADES |
|--|--|--|
| Analisar a estrutura física, orgânica e funcional da UCIRN | <ul style="list-style-type: none"> • Visita guiada ao serviço • Compreender o trabalho realizado em cada área de trabalho da UCIRN • Analisar o método de trabalho e a filosofia de cuidados que remete para a prática de enfermagem na UCIRN | <ul style="list-style-type: none"> • Ler e conhecer protocolos instituídos na UCIRN • Pesquisa de informação complementar em manuais disponíveis • Comparar a estrutura da UCIRN da maternidade Dr. ° Daniel de Matos (MDDM) com os <i>Standars</i> Europeus preconizados e abordar a importância do desenvolvimento estrutural da unidade, com vista na permanência conjunta da diade mãe- bebê (<i>rooming-in</i>) |
| Desenvolver competências para cuidar do RN risco/alto risco e da sua família nas diferentes situações clínicas | <ul style="list-style-type: none"> • Compreender como a gestão do “meio ambiente” pode interferir no bem-estar e no desenvolvimento do RN; | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar saber como deverá ser feita a gestão do ruído, iluminação, temperatura e humidade • Comparar a estrutura da UCIRN da MDDM com os <i>Standars</i> Europeus preconizados para um ambiente sensorial hospitalar adaptado às expectativas sensoriais e às competências perceptivas das crianças |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do modelo de cuidados centrados no desenvolvimento; • Contribuir para a vinculação atendendo à especificidade de cada célula familiar; | <ul style="list-style-type: none"> • Compreender o objetivo dos cuidados centrados no desenvolvimento • Planear e realizar cuidados com vista nos cuidados centrados no desenvolvimento; • Aperfeiçoar o planeamento de cuidados tendo em conta a disponibilidade do RN e o envolvimento dos pais nos cuidados; • Negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; • Capacitação dos pais para a relação precoce, parentalidade e continuidade de cuidados; • Avaliar o desenvolvimento do RN utilizando a metodologia <i>Newborn Brazelton Assesment Scale</i> (NBAS). • Participação, no INN CARE, com a temática “Programas/Intervenções Facilitadores da Transição para a Parentalidade de Pais de RNPT” e |

| | | |
|---|---|--|
| | | aplicação desses mesmos Programas na MDDM (2ª disponibilidade) (ex: <i>Kangaroo Mother Care</i>) |
| Desenvolver e aperfeiçoar habilidades técnicas específicas no cuidado ao RN de risco/alto risco e da família | <ul style="list-style-type: none"> • Observar a equipa de enfermagem na realização de procedimentos técnicos; • Procura bibliográfica sobre os procedimentos mais realizados; • Refletir sobre a ação do enfermeiro nos diferentes procedimentos; • Prática sustentada na evidência encontrada e refletida. | <ul style="list-style-type: none"> • Leitura do livro “Cuidados e Técnicas em Medicina Neonatal – o Essencial” (Oliveira & Albuquerque, 2023) • Partilha de experiências e conhecimentos com a equipa de enfermagem. |
| Desenvolver competências na assistência ao RN risco/alto risco e família em situações de especial complexidade, nomeadamente: | <p>Posicionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do posicionamento do Recém-Nascido Pré-termo (RNPT); • Aprofundar conhecimentos sobre técnicas de posicionamento; • Compreender quais as precauções particulares e princípios a respeitar quanto ao posicionamento e transporte do RNPT; | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a escala de avaliação <i>Infant Positioning Assessment Tool</i> (IPAT-PT) • Realizar o posicionamento do RNPT segundo a escala IPAT-PT, de forma a promover a “melhor posição” para este. • Leitura de temáticas importantes, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - “Posicionamento em Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR); - Programa “<i>Back to Sleep</i>”; - Posicionamento para treino da musculatura cervico-dorsal “<i>Tummy Time</i>” - “<i>Swaddling</i>”; • Conhecer os sistemas de contenção disponíveis na Unidade, para posterior promover a sua utilização; |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem ao RN em ventilação invasiva/não invasiva; Conhecimento acerca do equipamento, modos Ventilatório e técnicas de ventilação praticados na unidade; Aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades na área da ventilação. | <p>Ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicar a escala NSRAS para observação do risco de lesão de pele num RN a realizar ventilação não invasiva (VNI); Conhecer material e ventiladores mais utilizados na Unidade; Conhecer procedimento e material de ventilação invasiva; Compreender as diferenças dos modos ventilatórios não-invasivos mais utilizados (nCPAP e DUOPAP); |
| | <p>Dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliação da dor de acordo com o protocolo do serviço; Gestão adequada da dor através da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor; Capacitação dos pais para a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. | <p>Dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicar escala EDIN para avaliação da dor; Aplicar protocolo de administração de sacarose para alívio da dor ou antes da realização e um procedimento desconfortável/doloroso; Ensinar os pais quais as medidas não farmacológicas existentes para o alívio da dor (ex: amamentação); |
| Aprofundar conhecimentos e habilidades no âmbito da assistência ao RN em situação de emergência | <ul style="list-style-type: none"> Observação do papel da equipa de Enfermagem e multidisciplinar na abordagem ao RN em situação emergente; Participação no cuidado ao RN em situação emergente; Autorreflexão sobre a atuação do EESIP em situações complexas e discussão com as Enfermeiras tutoras. | <ul style="list-style-type: none"> Participar numa situação emergente de cuidados ao RN (se esta existir); Procurar compreender a dinâmica de funcionamento da equipa numa situação de abordagem emergente; Conhecer e manipular o material existente no carro de emergência, de forma a obter uma resposta rápida, maximizando o potencial de resposta. |
| Aplicar conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto | <ul style="list-style-type: none"> Partilha de experiências e conhecimentos com a equipa de enfermagem; Reconhecer situações com processo de luto inerente; | <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e mobilizar competências que facilitem o processo de luto do bebé, por perda antecipada ou real; Apoio do luto, desde o diagnóstico da doença; |

| | | |
|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa bibliográfica oportuna; | |
| Desenvolver competências no âmbito do aleitamento materno com vista na sua promoção | <ul style="list-style-type: none"> Identificação atividades/ações promotoras do aleitamento materno/amamentação, existentes na UCIRN; Debater com tutoras evidências científicas mais recentes sobre alimentação em neonatologia, e como as evidências podem traduzir-se em melhorias para a saúde do RN e sua família; Aprofundamento de conhecimentos relativos às diferentes técnicas de alimentação promotoras de competências oro-motoras do RNPT confrontando-as com as implementadas na unidade; Colaboração com as enfermeiras tutoras na implementação das várias técnicas; | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação, através da observação, a eficácia das estratégias de promoção do aleitamento materno/amamentação; Discussão com os pares e reflexão crítica sobre o papel de conselheira de aleitamento materno numa UCIRN. Participação do seminário INNOCARE; Leitura da apresentação do power-point sobre a “Avaliação e promoção da prontidão do RNPT para iniciar a alimentação oral”, realizado pela Enf.ª Graça Cavaco, en.ª tutora, e participação na realização do poster para apresentação no INNOCARE; Conhecer os benefícios da técnica de “Power-pump” e das bombas de extração dupla, para o aumento da produção do leite; |
| Desenvolver competências na área da gestão de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> Observação/acompanhamento dos Enfermeiros tutores na coordenação da equipa de prestação de cuidados e na utilização dos recursos físicos e humanos de forma eficiente para promover a qualidade. | <ul style="list-style-type: none"> Acompanhar o enfermeiro coordenador de turno, compreendendo a gestão de recursos humanos e físicos que ocorre na UCIRN; |

Apêndice III - Projeto de Estágio – Comunidade

| OBJETIVOS | ESTRATÉGIAS | ATIVIDADES |
|--|---|---|
| Analisar a estrutura física, orgânica e funcional do CS Arnaldo Sampaio - UCC Martingil | <ul style="list-style-type: none"> • Visita guiada ao serviço (atividade) • Compreender os processos e fluxos do processo assistencial na USF • Analisar o método de trabalho e a filosofia de cuidados que remete para a prática de enfermagem na USF | <ul style="list-style-type: none"> • Analisar os protocolos instituídos • Pesquisa de informação complementar em manuais disponíveis |
| Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1) | <ul style="list-style-type: none"> • Negociar a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1). • Comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E.1.1.2). • Utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde (E1.1.3). • Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E.1.1.4). • Procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5). • Utilizar a informação existente ou avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6). • Estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados (E1.1.7). • Intervir em programas no âmbito da saúde escolar (E1.1.8). | <p>Realizar consulta de saúde infantil abordando a comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados; 2. A prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress; 3. A prevenção de consumos nocivos; 4. A adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes. <p>Promover:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV; 2. A saúde oral; 3. A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; 4. A prevenção dos acidentes e intoxicações; 5. A prevenção dos maus-tratos; 6. A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada; 7. O aleitamento materno. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais (E1.1.9). • Procurar sistematicamente privilegiar a parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde (E1.1.10). | |
| Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2.) | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar realizar intervenções com base nos conhecimentos desenvolvidos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1). • Garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (E2.2.2). • Procurar realizar intervenções com base nos conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3). • Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/adolescente, submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de vacinação • Estabelecer um padrão de intervenção de enfermagem na prevenção da dor da criança/adolescente sujeito à vacinação; | <ul style="list-style-type: none"> • Compreender as manifestações comportamentais de da dor; • Aplicação de estratégias Farmacológicas na gestão da dor: <ol style="list-style-type: none"> i) Fármacos Não Opióides, Opióides, Adjuvantes, Anestésicos Locais (EMLA); • Aplicação de estratégias não farmacológicas na gestão da dor: <ol style="list-style-type: none"> i) Amamentação, Administração Oral de Sucrose a 24%, Administração Oral de Glicose, Sucção Não Nutritiva, Método Canguru, Medidas de Conforto, Massagem e posicionamento; Distração (Música, Visual, Toque); Manobras de Contenção; Uso de recompensas (autocolantes, certificado, balão, etc.) |
| Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1.) | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar evidenciar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1.1). • Procurar transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (E3.1.3). | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; • Aplicação da Escala de rastreio de Mary Sheridan para realizar uma avaliação do desenvolvimento da criança, contextualizando eventuais sinais de alarme e as atividades promotoras do desenvolvimento; |
| Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura (E3.3) | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar evidenciar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (E3.3.1). • Relacionar com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (E3.3.2). • Demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem (E3.3.3). | <ul style="list-style-type: none"> • Observação da interação da equipa de Enfermagem com as crianças/jovens nomeadamente na comunicação; • Aprofundar conhecimentos sobre técnicas comunicacionais, com a leitura do Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E3.4)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1). • Reforçar a imagem corporal positiva, se necessário (3.4.2). • Identificar os estágios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis (3.4.3). • Reforçar a tomada de decisão responsável (E3.4.4). • Negociar contrato de saúde com o adolescente (E3.4.5). | <p>Realizar consulta dos 10-18 anos, abordando cuidados antecipatórios, tais como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário. 5. Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos. 6. Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia. 7. Quantidade, qualidade, ritmo, higiene do sono. 8. Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, <i>bullying</i> e <i>cyberbullying</i>. 9. Dinâmica familiar, adultos de referência. 10. Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença. 11. Sedentarismo, hábitos de televisão/computador/novas tecnologias. 12. Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança 13. Puberdade, socialização e género; 14. Acidentes domésticos e segurança rodoviária. 15. Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes |
| <p>Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Participar ativamente na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, de forma a promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B1.1.3). | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar um <i>flyer</i>/panfleto abordando Estratégias Não Farmacológicas que poderão ser utilizadas na Gestão de Ansiedade na vacinação (até aos 3 anos e após os 3 anos). |

Apêndice IV – Protocolo “Técnicas Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade”

PROTOCOLO

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA ANSIEDADE

1. INTRODUÇÃO

1.1. Ansiedade

A ansiedade é caracterizada frequentemente como uma sensação difusa, desagradável e vaga de apreensão ou antecipação a um perigo ou adversidade futura, muitas vezes acompanhada por uma sensação de preocupação, angústia ou sintomas autonómicos tais como cefaleia, sudorese, palpitações, opressão torácica, desconforto abdominal, e inquietação, traduzida por uma incapacidade de se sentar ou ficar parado por muito tempo (Santos, 2021).

Para Vaz-Serra (1980) a ansiedade categoriza-se em dois tipos: 1. a que o indivíduo manifesta sem uma razão aparente e 2. a que está intensamente desproporcional, mas intrinsecamente correlacionada como resposta a uma situação ocorrida. Em ambas as categorias, as respostas ansiogénicas, poderiam conter três componentes: cognitivo, vegetativo e motor. A componente cognitiva é de natureza subjetiva e diz respeito a tudo aquilo que a pessoa diz sentir; a componente vegetativa traduz a ativação fisiológica que o indivíduo sofre quando está ansioso (taquicardia, hipertensão, alterações da motilidade gástrica, emergência urinária, xerostomia, hipersudorese, etc.); e a componente motora refere-se às respostas de fuga e de evitamento (Vaz-Serra, 1980).

No entanto, a ansiedade, representa uma atitude de defesa/ataque para enfrentamento de situações que ameacem ou desafiem os sujeitos. Ela é um sinal de alerta sobre perigos iminentes que capacita o indivíduo a tomar medidas necessárias para enfrentar as ameaças (Heimberg & Magee, 2016).

Se estas emoções forem proporcionais à situação ocorrida, a expressão emocional das mesmas, não é vista como um problema. Todavia, toda a ansiedade que se revela não-adaptativa, isto é, que seja mediadora de um comportamento inadequado, é alvo de preocupação, e deverá ser gerida, mas nunca eliminada por completo.

Quando este comportamento, não adaptativo ocorre em idade pediátrica, a ação do enfermeiro toma contornos diferentes, uma vez que a criança apresenta um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com estas situações, necessitando de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014).

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA ANSIEDADE

1.2. A ansiedade associada aos cuidados de saúde

A hospitalização é associada a um sentimento de separação do ambiente familiar, físico e afetivo. A presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de realização de tratamentos ou meios de diagnóstico dolorosos, o contacto obrigatório com profissionais de saúde, a impossibilidade de manter controlo sobre os acontecimentos, a imposição e restrição, das quais os cuidadores/pais, não as defendem, é, por vezes geradora de um comportamento não-adaptativo.

A criança não fica alheia da percepção da gravidade da situação, diretamente, ou através das reações dos pais e dos próprios profissionais de saúde (Barros, 1998). Motivando fatores ansiogénicos devido à separação, à perda de controlo, à lesão corporal e à dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

Quando esta experiência ocorre em contexto de urgência estes fatores podem ser potenciados.

Posto isto, com vista na gestão da ansiedade e na conseqüente prevenção de sequelas, propõe-se a utilização de Técnicas Não Farmacológicas (TNF).

A utilização de TNF, tais como Técnicas de comportamento cognitivo (distração, imaginação, preparação de informação, reforço positivo, relaxamento, técnicas de respiração), métodos físicos (posicionamento, massagem) e de apoio emocional (presença, toque e confortamento), são algumas das mais utilizadas pelos profissionais de saúde (Santos, 2021).

2. OBJETIVO

Uniformizar procedimento relativo à utilização de técnicas não farmacológicas para a gestão da ansiedade no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

3. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TNF – Técnicas Não Farmacológicas

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA ANSIEDADE

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

- Distração - Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança (DGS, 2012).
- Imaginação: Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas (DGS, 2012).
- Preparação de Informação: Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. A antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória, mas suficiente para a criança se preparar (DGS, 2012).
- Reforço positivo: Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (Ex: autocolantes, certificado), conforme combinado (DGS, 2012).
- Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios: Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade (DGS, 2012).
- Massagem: Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos. Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea (DGS, 2012).

Check-list

| Atitudes da Equipa de Enfermagem | Sim | Não |
|---|------------|------------|
| 1. Permite presença dos pais/cuidador para que a criança se sinta segura e confiante; | | |

PROTOCOLO

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA ANSIEDADE

| | | |
|--|--|--|
| 2. Escuta os pais/cuidador e demonstra disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar medos; | | |
| 3. Partilha com os pais/cuidador e com a criança as informações necessárias sobre o processo de tratamento e permanência em ambiente hospitalar; | | |
| 4. Estimula a verbalização de medos, ideias e sentimentos da criança, escutando-a; | | |
| 5. Não utiliza procedimentos de enfermagem como ameaça; | | |
| 6. Transmite calma e tranquilidade aos pais/cuidador e criança; | | |
| 7. Proporciona um ambiente hospitalar divertido e seguro; | | |
| 8. Providencia/permite a presença do objeto que transmita segurança à criança (exemplo: brinquedo, chupeta, ...); | | |
| 9. Utiliza pelo menos uma das Técnicas de comportamento cognitivo (distração, imaginação, preparação de informação, reforço positivo, relaxamento, técnicas de respiração) | | |
| 10. Utiliza pelo menos uma TNF de método físicos (posicionamento, massagem) | | |
| 11. Utiliza pelo menos uma TNF de apoio emocional (presença, toque e conforto) | | |

Bibliografia

- Barros, L. (1998). As consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e Controlo. *Análise Psicológica*, 1(16), 11-28. <http://hdl.handle.net/10400.12/5676>
- Direção-Geral da Saúde (2012, Dezembro 18). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)* (Orientação n°22/2012). DGS <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Heimberg, R. G., Magee, L. (2016). Transtorno de Ansiedade Social in Barlow, D. H. (Org.) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos, Tratamento Passo a Passo* (5ª Ed., pp 114-154). Artmed Editora.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Lusociência.
- Santos, M. N. P. (2021). Ansiedade dos Adolescentes no período perioperatório: Desenho de um Programa de Intervenção em Enfermagem (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/140706>
- Vaz-Serra, A. S. (1980). O que é a ansiedade? In *Psiquiatria Clínica* (pp.93-104). PSI-Artigos. Repositório Aberto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.4/191>

Apêndice V – Apresentação “Técnicas Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade do SUP”



ANSIEDADE

COMPONENTES



COGNITIVO

01.

É de natureza subjetiva e diz respeito a tudo aquilo que a pessoa diz sentir

VEGETATIVO

02.

Traduz a ativação fisiológica que o indivíduo sofre quando está ansioso (taquicardia, hipertensão, alterações da motilidade gástrica, emergência urinária, xerostomia, hipersudorese, etc.);

MOTOR

03.

Refere-se às respostas de fuga e de evitamento

(Vaz-Serra, 1980)

ADAPTATIVA

REPRESENTA UMA ATITUDE DE DEFESA/ATAQUE PARA ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES QUE AMEAÇAM OU DESAFIAM OS SUJEITOS. ELA É UM SINAL DE ALERTA SOBRE PERIGOS IMINENTES QUE CAPACITA O INDIVÍDUO A TOMAR MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA ENFRENTAR AS AMEAÇAS

NÃO-ADAPTATIVA

COMPORTAMENTO INADEQUADO, É ALVO DE PREOCUPAÇÃO, E DEVERÁ SER GERIDA, MAS NUNCA ELIMINADA POR COMPLETO

ANSIEDADE TIPO DE RESPOSTA



ANSIEDADE EM PEDIATRIA

A criança apresenta um número limitado de mecanismos de coping para lidar com estas situações, necessitando de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014).

NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO!



SERVICO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O QUE ACONTECE?

A CRIANÇA NÃO FICA ALHEIA DA PERCEÇÃO DA GRAVIDADE DA SITUAÇÃO, DIRETAMENTE, OU ATRAVÉS DAS REAÇÕES DOS PAIS E DOS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
(Barros, 1998)

SENTIMENTO DE SEPARAÇÃO DO AMBIENTE FAMILIAR, FÍSICO E AFETIVO

PRESEÇA DE EQUIPAMENTO ESTRANHO E AMEAÇADOR, NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS OU MEIOS DE DIAGNÓSTICO DOLOROSOS, CONTACTO OBRIGATÓRIO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, IMPOSSIBILIDADE DE MANTER CONTROLO SOBRE OS ACONTECIMENTOS, A IMPOSIÇÃO E RESTRIÇÃO, DAS QUAIS OS CUIDADORES/PAIS, NÃO AS DEFENDEM

MOTIVAÇÃO DE FATORES ANSIOGÊNICOS DEVIDO À SEPARAÇÃO, À PERDA DE CONTROLO, À LESÃO CORPORAL E À DOR
(Hockenberry & Wilson, 2014)

RESULTADO POTENCIAL:
COMPORTAMENTO NÃO-ADAPTATIVO

O QUE PODEMOS FAZER?

UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS (TNF)

Técnicas de **comportamento cognitivo** (distração, imaginação, preparação de informação, reforço positivo, relaxamento, técnicas de respiração), **métodos físicos** (posicionamento, massagem) e de **apoio emocional** (presença, toque e conforto), são algumas das mais utilizadas pelos profissionais de saúde (Santos, 2021)



(DGS, 2012)

TNF

TÉCNICAS DE COMPORTAMENTO COGNITIVO



DISTRACÇÃO

01.

Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, cantar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança

IMAGINACÃO

02.

Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas

PREPARACÃO DE INFORMACÃO

03.

Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. A antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória, mas suficiente para a criança se preparar

TNF

TÉCNICAS DE COMPORTAMENTO COGNITIVO



REFORÇO POSITIVO

04.

Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal ("gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi") ou pequenos prémios (Ex: autocolantes, certificado), conforme combinado

RELAXAMENTO MUSCULAR/EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

05.

Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade

TNF

MÉTODO FÍSICO

MASSAGEM

01.

Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos



CONTRA-INDICAÇÃO:
ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO, PRESENÇA DE
INFLAMAÇÃO OU LESÃO CUTÂNEA



OBRIGADA



BIBLIOGRAFIA

Barros, L. (1998). As consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e Controlo. *Análise Psicológica*, 1(16), 11-28. <http://hdl.handle.net/10400.12/5676>

Direção-Geral da Saúde (2012, Dezembro 18). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) (Orientação n.º22/2012). DGS <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

Heimberg, R. G., Magee, L. (2016). Transtorno de Ansiedade Social in Barlow, D. H. (Org.) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos, Tratamento Passo a Passo* (5ª Ed., pp 114-154). Artmed Editora.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Lusociência.

Santos, M. N. P. (2021). *Ansiedade dos Adolescentes no período perioperatório: Desenho de um Programa de Intervenção em Enfermagem* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/140706>

Vaz-Serra, A. S. (1980). O que é a ansiedade? In *Psiquiatria Clínica* (pp.93-104). PSI-Artigos. Repositório Aberto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.4/191>

Apêndice VI – Formulário

Formação - Técnicas Não Farmacológicas para a Gestão da Ansiedade

No âmbito do estágio de Urgência Pediátrica, realizado [redacted] e com vista no Projeto de Melhoria Contínua implementado no serviço supramencionado, apresento o presente formulário, tendo como principal objetivo realizar uma avaliação sumária da formação realizada sobre a TNF para a gestão da ansiedade.

Agradeço desde já a todos os colegas que se disponibilizaram a participar na formação e responder a este formulário.

Joana Mendes (aluna MESIP da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

joanamendes132009@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não partilhado

A ansiedade resulta sempre em comportamentos não-adaptativos. 1 ponto

- Verdadeiro
- Falso

A criança... 1 ponto

- Apresenta um número limitado de mecanismos de coping para lidar com situações ansiogénicas
- Não precisam de apoio externo para lidar com situações de crise
- Apresentam respostas não-adaptativas, sempre que se encontram no serviço de urgência
- Deverão apresentar mecanismos de coping para eliminar a ansiedade por completo

Selecione as verdadeiras 3 pontos

- Permitir a presença do pai/cuidador ajuda na gestão da ansiedade da criança
- A ansiedade dos pais/cuidadores não influencia o estado ansiogénico da criança
- A hospitalização/situação aguda, potencia respostas ansiogénicas não-adaptativas
- A distração, imaginação, preparação de informação, reforço positivo, relaxamento e técnicas de respiração são TNF que auxiliam na gestão da ansiedade

Nas TNF, o apoio emocional consiste em

1 ponto

- Posicionamento e Massagem
 - Presença, Toque e Confortamento
 - Reforço Positivo e Relaxamento
 - Técnicas de Respiração
-

Nas TNF, a Preparação da Informação
(selecione as verdadeiras)

3 pontos

- Deve ser utilizada com muita antecedência ao procedimento
- Deve ter em conta a idade e o temperamento da criança
- Poderá incluir a demonstração e manipulação do material
- Ajuda a criança a criar uma expectativa realista
- Todas as anteriores

Nas TNF, a distração

1 ponto

- Deverá ser utilizada apenas antes do procedimento
 - Deverá ser utilizada quando iniciamos o procedimento
 - Envolve técnicas de cognição e/ou comportamento
 - Deverá utilizar uma associação entre relaxamento e exercícios respiratórios
-

Nas TNF, a massagem
(selecione as verdadeiras)

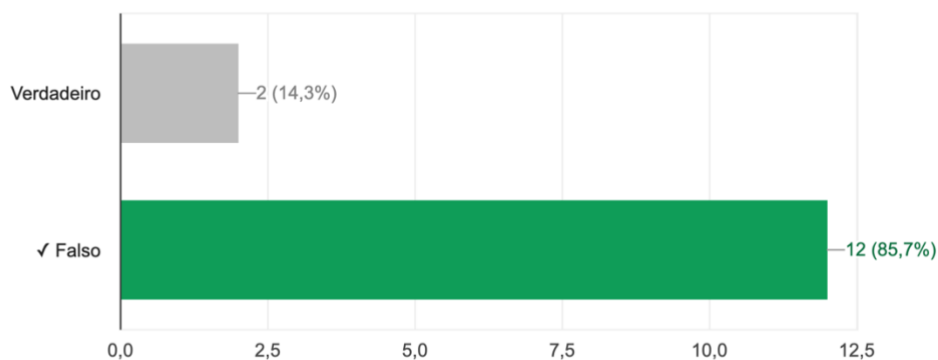
3 pontos

- pode ser utilizada em todas as crianças
- está contraindicada em crianças/jovens com alterações de coagulação
- está contraindicada na presença de inflamação e/ou lesão cutânea
- está contraindicada na presença de queimaduras

Apêndice VII – Resultados da Formação

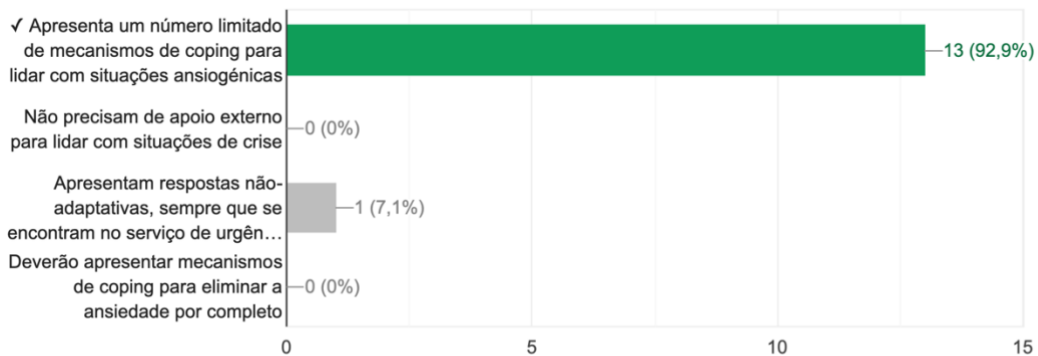
A ansiedade resulta sempre em comportamentos não-adaptativos.

12/14 respostas corretas



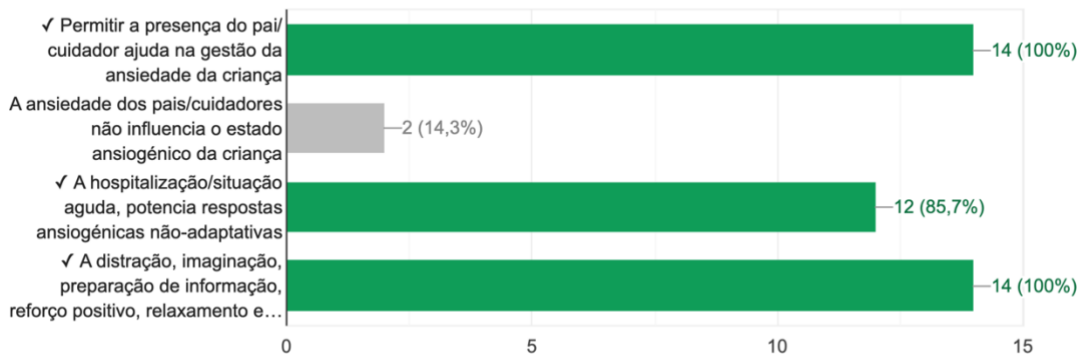
A criança...

13/14 respostas corretas



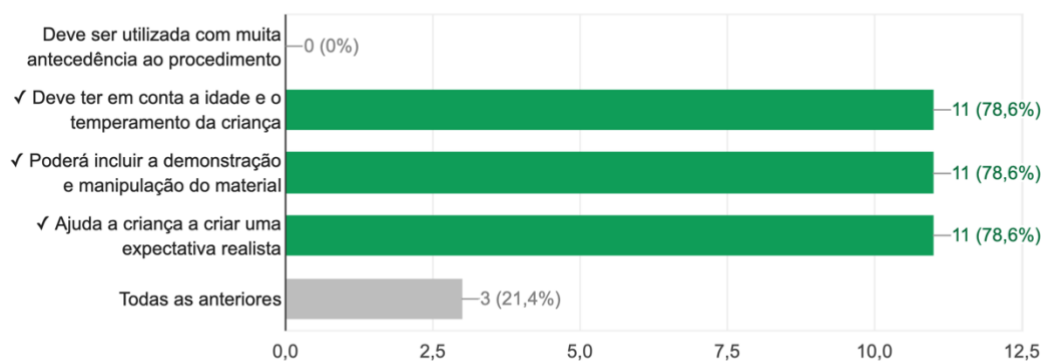
Selecione as verdadeiras

11/14 respostas corretas



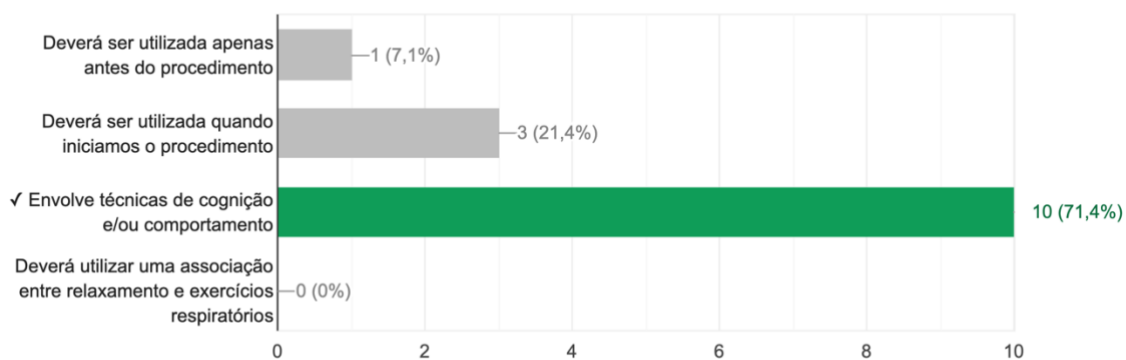
Nas TNF, a Preparação da Informação (selecione as verdadeiras)

11/14 respostas corretas



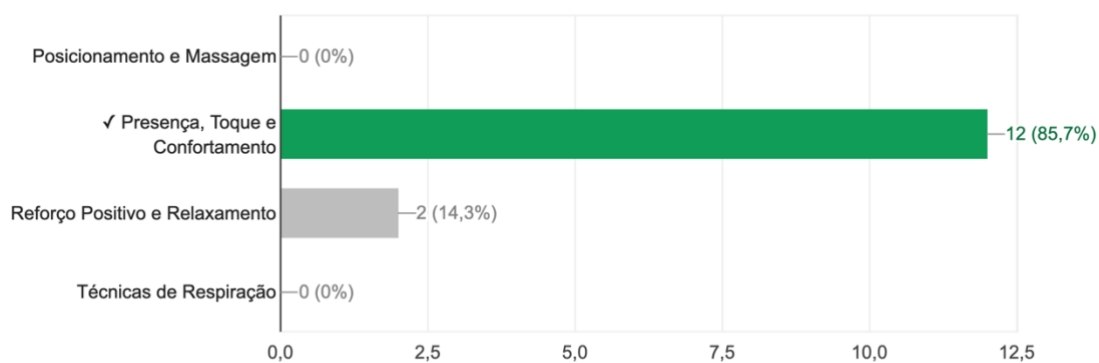
Nas TNF, a distração

10/14 respostas corretas



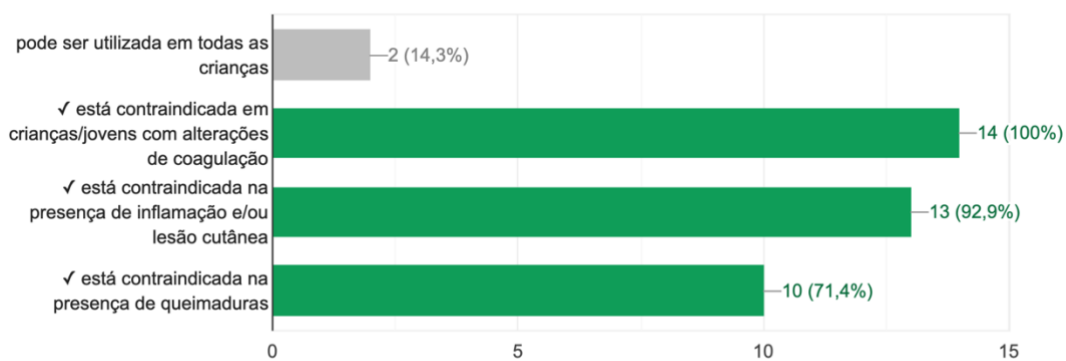
Nas TNF, o apoio emocional consiste em

12/14 respostas corretas



Nas TNF, a massagem (selecione as verdadeiras)

8/14 respostas corretas



Apêndice VIII – Panfleto: Vacinação

Antes dos 3 anos

COLO

- Envolver o bebé/criança e permitir o contacto é reconfortante.



AMAMENTAÇÃO

- Colocar o bebé a mamar antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final, pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação;



SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

- Pode também utilizar a chupeta (se o bebé usar), como medida terapêutica.





A VACINAÇÃO É UM SUPER PODER!



O meu filho(a) vai ser VACINADO e agora?



Saiba como ajudar o seu filho(a) na Vacinação.

BIBLIOGRAFIA: Direção-Geral da Saúde (2012, Dezembro 18). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). [Orientação nº22/2012]. DGS. <https://www.dgs.pt/registros-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

O momento de vacinação está muitas vezes associado a:

DOR

ANSIEDADE

MEDO



PODEMOS AJUDAR?

- Os pais desempenham um papel fundamental na tranquilidade das crianças durante a vacinação, tente manter-se calmo, confiante e evite expressar medo ou ansiedade.
- Nunca usar procedimentos médicos e/ou de enfermagem como ameaça.
- Tendo em conta a idade e as características da criança podemos utilizar algumas estratégias.

Depois dos 3: PREPARAÇÃO

- Antes do procedimento, fornecer informação, sobre o que se vai passar; que sensações poderão ocorrer a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista;
- Permitir a expressão de sentimentos e emoções;
- A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais;
- A antecedência com que se faz a preparação é realizada de acordo com a idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar ansiedade antecipatória, mas suficiente para a criança se preparar.



DISTRAÇÃO

- Antes e durante o procedimento, tente desviar a atenção da criança, encorajando-o a focar em coisas agradáveis.
- Podem ser atividades que envolvem vídeo, imagens, contar histórias, cantar - dependendo da idade e preferências da criança



IMAGINAÇÃO GUIADA

- Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado;
- Poderá envolver componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.



REFORÇO POSITIVO

- Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa
- Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal e/ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificados, ... - como combinado).



RELAXAMENTO MUSCULAR/EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

- Antes e/ou depois do procedimento, ajudar a criança a utilizar uma combinação de relaxamento e de exercícios respiratórios;
- Estes exercícios irão ajudar a reduzir o nível de ansiedade;



Apêndice IX – Expressão de Pesquisa

| | População | Intervenção | Conceito | P (Contexto) |
|-------------------|--|--|------------------------|--|
| Linguagem Natural | Adolescen* OR teen OR paediatric* OR child* OR Minor* | “Audiovisual aids” OR book* OR multimedia* OR pamphlet* OR education OR “teaching session” OR DVD OR video* OR leaflet* OR “non-pharmacologic intervention” OR “nonpharmacologic intervention” OR “complementary Therapy” OR “virtual reality” | Anxiety | Hospital OR “Pediatric Hospital” OR “Paediatric Hospital” |
| MesH | “Adolescent”[MesH] OR “Minors”[MesH] OR “Child” [MesH] | “Education”[MesH:NoExp] OR “Teaching” [MesH:NoExp] OR “Teaching Materials” [MesH:NoExp] OR “Audiovisual Aids” [MesH:NoExp] OR “Multimedia” [MesH] OR “Videotape recording” [MesH:NoExp] OR “Books” [MesH:NoExp] OR “Pamphlets” [MesH:NoExp] OR “Complementary Therapies” [MesH:NoExp] OR “Virtual Reality”[Mesh:NoExp] | “Anxiety” [MesH:NoExp] | "Hospitals"[Mesh:NoExp] OR "Hospitals, Pediatric"[Mesh] |
| CINAHL | (MM “Adolescence”) OR (MM “Child”) OR (MM “Child, preschool”) OR (MM “Minors (Legal)”)) | (MM “multimedia”) OR (MM “education”) OR (MM “teaching”) OR (MM “books”) OR (MM “print materials”) OR (MM “pamphlets”) (MM “Alternative Therapies”) OR (MM “Virtual Reality”) | (MM “Anxiety”) | (MM “Adolescent Health Services”) OR (MM “Hospitals, Pediatric”) |

Apêndice X – Quadro resumo da informação recolhida para análise

| Artigo, Autor, Ano, País | Título | Objetivos | Amostra | Estratégias Não Farmacológicas | | | | | | Conclusões dos autores |
|--|--|--|---|---|---|----------------|------------|---|---|--|
| | | | | Metodologia | Foco | Cliente | Contexto | Evidência de Efetividade | Profissionais/Materiais | |
| Artigo 1 (Han, S., Park, J., Choi, S., Kim, J., Lee, H., Yoo, H., Ryu, J., 2019) Coreia do Sul | Effect of Emmersive Virtual Reality Education Before Chest Radiography on Anxiety and Distress Among Pediatric Patients: A Randomized Clinical Trial | Avaliar se a utilização da realidade virtual (RV), antes da realização de radiografia de tórax, poderá reduzir a ansiedade, em idade pediátrica, e melhorar o processo radiográfico. | 112 crianças dos 4 aos 8 anos que tiveram de realizar radiografia de tórax, entre 20 de julho de 2018 e 11 de setembro de 2018, no Hospital de Seongnam | As amostras foram atribuídas aleatoriamente a dois grupos de controlo e intervenção por método randomizado. O grupo de intervenção recebeu uma sessão de educação de 3 minutos em RV, a explicar o processo de RX em detalhe. | Gestão da Ansiedade e antes da Realização de RX | Criança e pais | Hospitalar | No grupo experimental: - Diminuição da ansiedade da criança, antes da realização de radiografia torácica; - Realização do RX de tórax sem a necessidade de presença parental durante o procedimento; - Satisfação parental; - Menos tempo necessário para a realização do procedimento; - Diminuição do número de imagens repetidas; | Dispositivo de RV. Profissional: investigador. | A experiência imersiva e vivida da educação por RV, antes da realização de RX de tórax, mostrou-se eficaz na diminuição da ansiedade na criança, aumento da satisfação parental e na diminuição do tempo de procedimento. O resultado deste estudo pode ser amplamente aplicado e estendido à pesquisa com uma população de pacientes mais ampla. Mais estudos com educação em RV são necessários com pacientes pediátricos submetidos a tomografia computadorizada ou ressonância magnética, que frequentemente requerem sedação, para melhor compreender a eficácia da intervenção na redução da ansiedade e do sofrimento em radiologia pediátrica. |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|-------------------------------------|----------|----------------|---|--|---|
| | | | | | | | | - Baixo score de dificuldade no procedimento; | | |
| Artigo 2 (Dehghan, F., Jalali, R., Bashiri, H., 2019) Irão | The effect of virtual reality technology on preoperative anxiety in children: a Solomon four-group randomized clinical trial. | O estudo procurou avaliar o efeito da <i>Virtual Reality Exposure Therapy</i> (VRET) na ansiedade pré-operatória em crianças. | Foram recrutados 40 candidatos, com cirurgia abdominal marcada, entre os 6 e 12 anos. | Os participantes foram divididos, de forma randomizada, em quatro grupos (dois grupos de controlo e dois grupos de intervenção). Os grupos de intervenção receberam uma sessão de exposição (5 minutos) ao bloco operatório (BO) usando VRET, o grupo controle não recebeu exposição à VRET. | Gestão da Ansiedade e Preoperatória | Crianças | Perioperatório | - Diminuição da Ansiedade, concretizado através de scores positivos, nos seguintes parâmetros (avaliados através do questionário padronizado da <i>Yale Preoperative Anxiety Scale</i>): -Atividade; -Vocalização; -Expressividade emocional; -Estado de excitação aparente; | Dispositivo de RV; Headphones. Profissional: investigador. | Os resultados deste estudo mostraram que as crianças dos grupos de intervenção com pré-teste-pós-teste e dos grupos de controlo com pós-teste tiveram uma redução significativa no score de ansiedade pré-operatório após exposição terapêutica usando VRET, enquanto nenhuma alteração significativa no score de ansiedade das crianças foi observada no grupo de controlo. A capacidade de atração considerável da VRET na distração do mundo real permite que o paciente tolere a ansiedade pré-operatória. Esta descoberta apoia a ideia de realizar estudos para desenvolver técnicas de distração. Além disso, os resultados deste estudo confirmam o efeito da VRET na exposição a situações desconhecidas e ansiogénicas, como a ida ao bloco operatório. |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-----------------|-------------------|--|---|--|
| <p>Artigo 3 (Inangil, D., Sendir, M., Buyukyilmaz, F., 2020) Turquia</p> | <p>Efficacy of Cartoon Viewing Devices During Phlebotomy in Children: A randomized Controlled Trial</p> | <p>Examinar a eficácia da utilização de diferentes dispositivos, para assistir a desenhos animados, durante a realização de flebotomia, em crianças. Hipótese de investigação: Assistir a desenhos animados com recurso a RV, como método de distração, será efetivo na diminuição do score de ansiedade na criança, durante a</p> | <p>120 participantes, dos 7 aos 12 anos (40 no grupo de RV, 40 no grupo de tablet, 40 no grupo de controlo)</p> | <p>Os participantes no grupo de intervenção (VR + tablet) escolheram um desenho animado (DA) consoante a sua preferência. O grupo da RV assistiu ao DA com um aparelho de realidade virtual e headphones (experiência imersiva), o grupo do tablet, assistiu ao DA com recurso a um tablet colocado até 18 cm da criança, o grupo de controlo recebeu tratamento <i>standard</i>.</p> | <p>Gestão da Ansiedade e durante a realização de flebotomia</p> | <p>Crianças</p> | <p>Hospitalar</p> | <p>- Diminuição da dor; - Diminuição da ansiedade (reportados pelas crianças, pais e observadores).</p> | <p>Dispositivo de Realidade Virtual; Headphones; Tablet. Profissional: investigador.</p> | <p>O estudo acrescenta à evidência os benefícios da intervenção não farmacológica na redução da dor e ansiedade em crianças em idade escolar. O método de distração baseada em RV reduziu a intensidade da dor e os níveis de ansiedade de crianças em idade escolar durante a flebotomia. Assim, pode-se sugerir que essa tecnologia de distração (especialmente baseada em RV) deve ser aplicada rotineiramente em crianças em idade escolar durante procedimentos relacionados à agulha. Outros estudos são necessários para avaliar os efeitos da distração da caixa de RV sobre os níveis de dor e ansiedade e as respostas fisiológicas e hormonais na dor aguda do procedimento em diferentes grupos etários. Além disso, para os cuidados perianestésicos, o estudo poderia ser replicado em crianças que necessitassem de inserção de cateteres intravenosos.</p> |
|--|---|---|---|---|---|-----------------|-------------------|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--------------------------------------|-----------------|-------------|---|---|--|
| | | punção venosa. | | | | | | | | |
| Artigo 4 (Harter, V., Barkmann, C., Wiessner, C., Rupprecht, M., Reinshagen, K., Trah, J., 2021) India | Effects of Educational Video on Pre-operative Anxiety in Children – A randomized Controlled Trial | Avaliar se o estado de ansiedade, autorrelatado pelas crianças, poderá ser reduzido pela apresentação de um vídeo educacional, recomendado para crianças, no dia da cirurgia. | 90 participantes (dos 6 aos 17 anos) e os seus pais, divididos em dois grupos: grupo de intervenção (45 participantes) e grupo de controlo (45 participantes). | No grupo de intervenção as crianças e os pais assistiram a um vídeo, adequado a crianças, explicando os procedimentos pré-operatórios aplicados durante a estadia hospitalar, para além da informação habitual. O grupo de controlo recebeu, apenas, informação <i>standard</i> . Questionários foram aplicados à criança e a um dos pais no dia da cirurgia: antes da intervenção e imediatamente | Gestão da Ansiedade e pré-operatória | Criança e pais; | Hospitalar; | - Redução da Ansiedade da criança; - Redução da Ansiedade parental; - Aumento da satisfação parental. | - Tablet Profissional: investigador. | A ansiedade pré-operatória é um componente importante da cirurgia pediátrica. Neste estudo, foi possível confirmar a diminuição da ansiedade pré-operatória autorreferida com um vídeo como medida adicional ao procedimento padrão. A otimização de programas educacionais bem escolhidos, pré-operatórios continua a ser necessária em termos de tempo antes da cirurgia, formato e conteúdo do programa. Outros estudos devem incluir grupos etários menores para testar quais tipos de media e métodos de intervenção podem ser usados para abordar os níveis de ansiedade experimentados entre as crianças antes da cirurgia. Além de influenciar a ansiedade, os programas audiovisuais, disponíveis em uma variedade de idiomas, podem melhorar os cuidados cirúrgicos pediátricos, |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | após a intervenção, mas antes da cirurgia, e um dia após a cirurgia. | | | | | | independentemente da origem do paciente e das barreiras linguísticas. |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|------------------|---------------------|--|---|--|
| Artigo 5 (Goldman, R., Behboudi, A., 2021) Canadá | Pilot Randomized Controlled Trial of Virtual Reality vs. Standard-of-Care During Pediatric Laceration Repair | Comparar a utilização da RV ao tratamento <i>standard</i> , para gestão da dor e da ansiedade, em situação de sutura de feridas, numa urgência pediátrica. | 62 participantes dos 6 aos 16 anos (32 no grupo de RV e 30 no grupo de controlo) . | O grupo de intervenção recebeu uns óculos de RV para colocar durante o procedimento, com um vídeo de uma montanha-russa. O grupo de controlo recebeu tratamento <i>standard</i> . Durante o procedimento foram aplicadas a escala Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) para avaliação da dor e a Venham Situational Anxiety score | Ansiedade e durante a realização de sutura em idade pediátrica | Crianças e pais. | Serviço de Urgência | - A dor e a ansiedade medidas após o procedimento foram muito baixas e semelhantes entre os grupos; - As crianças avaliaram a experiência de RV mais positivamente do que o grupo de controlo; -A taxa de comentários positivos/negativos dos pais foi semelhante entre os grupos. | Dispositivo de RV. Profissional: investigador. | Apesar da novidade e da experiência positiva percebida pelas crianças que usam RV, não encontramos menor dor ou ansiedade pós-procedimento no uso da RV em comparação com a intervenção <i>standard</i> . Limitação: Não foram avaliados os níveis de dor e ansiedade antes ou durante o procedimento, e o único ponto de medição após o procedimento pode ter enviesado os achados para níveis mais baixos. Pesquisas futuras devem medir a mudança na ansiedade pré e pós-procedimento, bem como a dor durante o procedimento. |
|---|--|--|--|--|--|------------------|---------------------|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---------------------------------------|----------------|-------------|---|---|---|
| | | | | (VAS), para avaliação da ansiedade. | | | | | | |
| Artigo 6 (Erdogan, B., Ozdemir, A., 2021) Turquia | The effect of three different methods on venipuncture pain and anxiety in children: Distracti on cards, virtual reality, and Buzzy®: Randomi zed controlle d trial. | Determinar o efeito dos cartões de distração, RV e método Buzzy® na dor e ansiedade por punção venosa em crianças entre os 7 a 12 anos. | Total da amostra: 142 participantes (entre os 7 e 12 anos). O grupo experime ntal foi constituído por 108 crianças (35 no grupo de distração por cartões; 37 grupo de RV; 36 no grupo de Buzzy®) ; O grupo de controlo foi constituído | O grupo de controlo recebeu cuidados de rotina; o grupo de Distração por Cartas (DC) recebeu um conjunto de cartas antes da punção venosa e foram realizadas várias perguntas sobre as mesmas durante o procedimento; o grupo de RV teve acesso aos óculos de RV e a uns auscultadores (experiência imersiva), 2 minutos antes do procedimento e durante o | Gestão da ansiedad e na punção venosa | Criança e pais | Hospitala r | - O grupo de Buzzy® apresentou o menor score médio de dor, seguido pelos grupos RV, DC e controlo. Houve diferença significativa nos scores de dor entre os grupos; - O grupo de Buzzy® apresentou o menor score médio de ansiedade, seguido pelos grupos VR, DC e controle. Houve uma diferença significativa nos scores de ansiedade entre os grupos; - De acordo com todos os avaliadores, houve diferença | - Buzzy®: - Cartas de distração; - Dispositivo de RV e headphones; Profissional: investigador. | - Os grupos DC, VR e Buzzy® tiveram menos dor e ansiedade no procedimento do que os grupos de controlo, indicando que são métodos eficazes que podem ser usados para reduzir a dor e a ansiedade do procedimento. Buzzy® é mais eficaz do que DC. O facto de a dor e a ansiedade por punção venosa terem sido avaliadas por três avaliadores diferentes (criança, pai e pesquisador) torna as evidências mais convincentes. Este é o primeiro ensaio clínico randomizado para investigar o efeito da DC, RV e Buzzy® na dor e ansiedade por punção venosa em crianças. Os resultados indicam que esses métodos podem ser usados com segurança para o controle da dor e ansiedade por punção |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|---|
| | | | do por 34 crianças. | <p>mesmo, de forma a assistir um filme de animação em 3D sobre dinossauros. O Buzzy® consiste na aplicação local de um dispositivo frio com movimentos vibratórios de alta-frequência que funciona como mecanismo de alívio da dor. O grupo Buzzy® recebeu a aplicação deste dispositivo 60 segundo antes da punção com posterior alocação do mesmo, 3 cm acima do local da punção.</p> <p>No final dos procedimentos , os</p> | | | estatisticamente significativa nos scores de dor e ansiedade entre todos os grupos experimentais e de controlo. De acordo com o relatório dos pais e investigadores, houve uma diferença significativa nos scores de dor entre os grupos DC e Buzzy®, sendo que o último apresentou os calores mais baixos de score de dor. Não houve diferença significativa nos scores de dor e ansiedade entre os grupos DC e VR e entre os grupos VR e Buzzy®. | | venosa em crianças de 7 a 12 anos de idade. |
|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|---------|------------|---|--|--|
| | | | | investigadores aplicaram escalas de avaliação da dor e da ansiedade. | | | | | | |
| Artigo 7 (Zamani, M., Sigaroudi, A., Pouralizadeh, M., Leili, E., 2022) Irão | Effect of the Digital Education Package (DEP) on prevention of anxiety in hospitalized children: a quasi-experimental study | Avaliar a eficácia da educação através de um pacote educativo digital sobre o nível de ansiedade das crianças hospitalizadas | 60 participantes dos 9 aos 12 anos foram alocados a 2 grupos (controlo e experimental) | O grupo de intervenção recebeu DEP: um pacote educativo feito pelos investigadores, que incluía texto eletrónico, imagens, animações, arquivos de vídeo e áudio para apresentar a equipa de profissionais do hospital, o tempo de visita dos médicos e as intervenções de enfermagem. As imagens foram utilizadas para mostrar as diferentes | Prevenção de ansiedade e em crianças hospitalizadas | Criança | Hospitalar | - Baixo score de ansiedade no grupo de intervenção, em comparação com o grupo de controlo, após intervenção; - | - Portátil; Profissional: investigador. | Os achados do presente estudo demonstraram que a educação por DEP foi um método eficaz para reduzir a ansiedade causada pela hospitalização em crianças. Uma vez que o DEP é um método fácil, acessível e independente para educar crianças hospitalizadas e as suas famílias, recomendase que seja usado como um método preferencial à educação convencional e rotineira usando panfletos de papel. |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>partes do ambiente hospitalar. Para as crianças do grupo de controlo, foi realizada a educação convencional com instruções verbais simples e utilizando uma brochura educativa. O conteúdo da brochura era o mesmo que o conteúdo digital.</p> <p>A intervenção durou cerca de 15 min.</p> | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|

Anexos

Anexo 1 – Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman

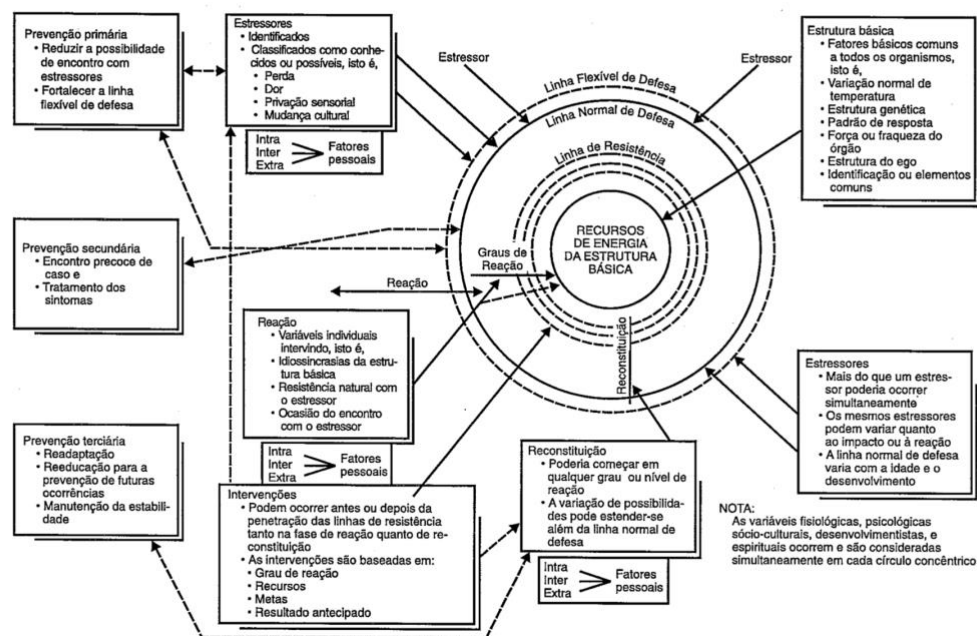


FIGURA 16-1 Modelo de Sistemas de Neuman. (De Neuman, B. [1995]. The Neuman Systems Model [3rd ed] [p.17]. Norwalk, CT: Appleton & Lange.)

Fonte: Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Pearson.