PERCURSOS

janeiro – junho
2023

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade Semestral
Ano 2023, Nº 53
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt
Hugo Franco
hugo.franco@ess.ips.pt

Comissão Editorial
Edgar Canais
Fernanda G. da Costa Marques
Hugo Miguel Franco
Lucília Nunes

Os artigos, aprovados para esta edição são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

ÍNDICE

Capacitação Profissional para a Prevenção e Cuidado Específico em Matéria de Mutilação Genital Feminina 1

Fernanda Gomes da Costa Marques

Intervenções de Enfermagem para superar a Barreira Linguística e Cultural no Serviço de Obstetrícia 15

Cristiana Salomé Buscardine Madeira, Ana Filipa Poeira, Fernanda Gomes da Costa Marques

Long Covid na População Pediátrica 29

Beatriz Condeças, Gonçalo Rodrigues, Francisco Vaz

Utilização da Ventilação Não Invasiva na Pessoa sob Desmame da Ventilação Mecânica Invasiva 41

André Mateus, Isabel Pereira, Armandina Antunes

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A PREVENÇÃO E CUIDADO ESPECÍFICO EM MATÉRIA DE MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Curso de Pós-Graduação em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Fernanda Gomes da Costa Marques[1]

Resumo
A formação contínua na área da saúde é essencial para assegurar cuidados de qualidade e promover a defesa dos direitos humanos. A experiência do curso de Pós-graduação em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina (PG SSR: MGF), realizado por três edições na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), capacitou 88 profissionais de saúde para intervir junto de meninas, raparigas e mulheres sobreviventes, famílias e comunidades. Para além do impacto direto nos contextos de prática profissional a partir dos Projetos de Intervenção-Ação desenhados e implementados durante os cursos, foi fomentada a criação de redes de cooperação interinstitucional (redes formadas e informadas) e contribuíram para a consolidação de competências técnicas, éticas e culturais dos/as formandos/as. O IPS assumiu, assim, um papel de liderança nacional na prevenção e combate à MGF/C, com ganhos visíveis para a população da Península de Setúbal e das áreas de Cascais, Sintra e Loures-Odivelas.

Palavras-Chave: Ciências da Saúde; Competências Profissionais; Mutilação Genital Feminina; Profissionais de Saúde; Transferência de Competências

Abstract
Continuing education in the health field is essential to ensure quality care and promote the defense of human rights. The experience of the Postgraduate Program in Sexual and Reproductive Health: Female Genital Mutilation (PG SSR: FGM), offered over three years at the School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal (IPS), trained 88 health professionals to work with girls, women, and survivors, their families, and communities. In addition to the direct impact on professional practice settings through the Action-Intervention Projects designed and implemented during the courses, the creation of inter-institutional cooperation networks (trained and informed networks) was fostered and contributed to the consolidation of the technical, ethical, and cultural skills of the trainees. The IPS has thus assumed a national leadership role in the prevention and combat of FGM/C, with visible gains for the population of the Setúbal Peninsula and the Cascais, Sintra, and Loures-Odivelas areas.

Keywords: Health Sciences; Professional Skills; Female Genital Mutilation; Health Professionals; Skills Transfer

[1] Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Coordenadora dos cursos de PG SSR:MGF. fernanda.gomes@ess.ips.pt

Enquadramento

Qualquer ato de violência contra as mulheres, como é o da Mutilação Genital Feminina/Corte (MGF/C)[2], têm origem em sociedades patriarcais que estruturalmente se baseiam na desigualdade entre os sexos e nas relações de poder, de dominação e controlo desequilibradas em que a pressão familiar leva ao desrespeito e à violação do direito fundamental da integridade da pessoa humana (Resolução do Parlamento Europeu, 2010, p.24). E, como a MGF/C é imposta e praticada maioritariamente em meninas e raparigas, menores de idade, constitui uma manifesta violação das legislações internacionais e nacional de proteção destas crianças e dos seus globais direitos.

Decorrente das posições contra a prática de MGF/C e publicações científicas de diferentes organismos como a Organização das Nações Unidas (ONU), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNFPA), a OMS, a Comissão e o Parlamento Europeus, a Organização da União Africana, o Comité Inter-Africano sobre Práticas Tradicionais (IAC), entre outros, que configuram a MGF/C como um problema de dimensão à escala mundial, que tem de ser resolvido através do desenvolvimento de estratégias inequívocas e tendentes à eliminação e desencorajamento da realização desta prática. Sendo estas ações emergentes principalmente nos países acolhedores dos imigrantes provenientes dos países em que a prática é oriunda de uma tradição culturalmente enraizada. Neste contexto o IAC, que está presente em mais de 30 países e que tem um estatuto privilegiado na ONU, decorrente de reuniões com os chefes de estado e de governo da União Africana veio a afirmar através da sua Comissão Científica que sendo a MGF/C "uma violação dos direitos humanos das meninas e mulheres e que estes são direitos universais" (IAC, 2021; CNPDPCJ, 2020, p.6), revelando-se esta posição como impulsionadora, em 2012, na Resolução A/RES/67/146 da Assembleia Geral da ONU sobre a intensificação dos esforços globais para a eliminação de MGF/C.

Em Portugal a prática de MGF/C é ilegal, está tipificada desde 2015 como um crime de ofensa à integridade física grave, de acordo com o artigo 144º-A do Código Penal Português. Assim, como se trata de um crime de natureza pública, o procedimento criminal não está dependente de queixa da vítima, bastando uma denúncia (que pode ser anónima) do crime, para que seja instaurado um processo de promoção e proteção da menor (CIG, 2021). Em Portugal a Comissão para a Cidadania e a Igualdade (CIG) coordena, desde 2009, as políticas públicas de combate à MGF/C que trabalha em conjunto com um grupo de trabalho intersectorial na construção de programas de ação específicos para a eliminação desta prática nefasta. Por outro lado, existe um conjunto alargado de profissionais capacitados (profissionais de saúde, técnicos/as de proteção de menores, técnicos de apoio à vítima de violência doméstica e agentes das forças de segurança) para acolherem e encaminharem meninas, raparigas ou mulheres que sejam sobreviventes ou que estejam em risco ou perigo de o ser (Idem). Existem também organizações não governamentais, que são ativistas dos direitos humanos, da igualdade de género, que são contra a violência doméstica, que lutam pelos direitos da mulher que sensibilizam e informam para a erradicação da MGF/C. Algumas têm profissionais acreditados no apoio à vítima, essencialmente para acolhimento e apoio jurídico.

Ao longo da última década têm surgido publicações, seminários, manifestações feministas e/ou de ativistas para a igualdade de género, ações de formação e informação, quer de origem governamental ou de organizações não governamentais, dirigidas aos concidadãos, sendo algumas dirigidas principalmente aos profissionais de saúde, visando um cuidar de melhor qualidade e excelência para otimizar o bem-estar das mulheres sobreviventes.

Geralmente a MGF/C é realizada na infância, em meninas entre os 0 e os 15 anos de idade, mas pode ser praticada, ocasionalmente, em mulheres adultas solteiras ou casadas que pertencem aos grupos étnicos praticantes, ou em mulheres que embora não pertençam ao grupo étnico praticante, que casam com homens duma comunidade praticante (OMS, 2021a; OMS

& APF 2009). Consiste numa prática nociva à saúde das meninas, raparigas, mulheres, que lhes é imposta pela sua família, família alargada, ou membros da comunidade em que estão inseridas. Esta prática é mantida/perpetuada pelas comunidades, sem qualquer fundamento dos seus benefícios ou malefícios, tendo por base apenas as normas sociais em que acreditam como sendo boas e promotoras da posição da mulher na família/comunidade, sem denotarem, realmente, o quanto delimitadora é para o desenvolvimento do seu potencial pessoal, relacional e da sua capacidade de participação plena na sociedade.

O desconhecimento da anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino, dos órgãos genitais externos, nomeadamente da vulva e especificamente dos grandes lábios, pequenos lábios e do clítoris (que é composto por grande densidade de fibras e terminações nervosas), nebula as funções deste órgão nas respostas sexuais da mulher. Esta ausência de informação correlacionada com o corpo feminino é substituída pela repetição da prática ancestral da MGF/C que é acreditada e fundamentada pelas razões replicadas de geração em geração, como a preservação da virgindade/castidade, da moralidade das meninas, raparigas e mulheres, que devem seguir a cultura e tradição da sua etnia (pelo sentido de identidade e pertença a um grupo), preservar a honra familiar, da 'sua' religião, pois acreditam que a mulher não sujeita a MGF/C, no ritual de passagem a mulher capacitada para o casamento, é uma mulher 'suja', 'impura' não aceitável na sua comunidade (OMS, 2021a; CNPDPCJ, 2020; Vicente, 2019; Pauls, 2015).

Embora, na verdade, não exista nenhuma referência a MGF/C quer na Bíblia Sagrada para os cristãos, no Corão para os muçulmanos ou na Tora para os judaístas, certos grupos/etnias acreditam erroneamente que sim, pois o que suporta a prática de MGF/C é as suas tradições e práticas culturais milenares que dão sentimento de pertença à sua comunidade. Desta forma, a realização de MGF/C é interpretada como procedimento essencial da identidade, requisito religioso e integração da menina, rapariga e mulher, "futura esposa, nora, cunhada e mãe" (CNPDPCJ, 2020) na comunidade, honrando os seus pais e familiares, que acreditam que ao defenderem a MGF/C estão a proceder pelo melhor interesse das mulheres, família e comunidade.

A Associação para o Planeamento da Família (APF) promoveu a tradução da Declaração Conjunta referente à eliminação da MGF (2009, p.1), do documento original publicado, em 2008, pela OMS, refere que a expressão MGF/C também é denominada por "corte dos genitais femininos" e define MGF/Corte (nomenclatura que concordamos e adotamos no presente texto) como "todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou quaisquer outros danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos" (APF, 2008, p.1). Neste documento a OMS, devido à conclusão da experiência vivenciada de 10 anos e da dificuldade dos profissionais de saúde em identificar o tipo de MGF/C que observavam e em terem uma linguagem universal, vem a reclassificar MGF/C (a classificação de 1997), mantendo os quatro tipos, mas subdividindo-os e explicitando detalhadamente cada tipo de mutilação através da sua subdivisão, como se pode consultar na Tabela 1.

As sobreviventes relatam como sendo um ato traumático que nunca esquecem, descrevem ter sentido dores fortes (quer provocadas pelo corte e extração de tecido genital que tem muitas terminações nervosas, quer pelo longo período de

Tipo I	Remoção parcial ou total do clitóris e/ou do prepúcio (clitoridectomia):	
	Tipo Ia Tipo Ib	Remoção do prepúcio do clítoris; Remoção do clítoris com o prepúcio.
Tipo II	Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios:	
	Tipo IIa Tipo IIb Tipo IIc	Remoção apenas dos pequenos lábios; Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios; Remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios.
Tipo III	Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, através de corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (Infibulação):	
	Tipo IIIa Tipo IIIb	Remoção e aposição dos pequenos lábios; Remoção e aposição dos grandes lábios.
Tipo IV	Atos não classificados: todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos, por razões não médicas, por exemplo a punção/picar, perfuração, incisão, corte, escarificação ou cauterização.	

Tabela 1. Classificação de Mutilação Genital Feminina/Corte

Fonte: Adaptado de Organização Mundial de Saúde, 2021[a]

cicatrização), hemorragia (decorrente do corte que pode ser extenso, como no caso da Tipo II, Infibulação, em que a intervenção é mais abrangente e que dura cerca de 15 a 20 minutos), assim como o ato interventivo do corte ser realizado, na maioria das vezes, sem anestesia (que quando é administrada nem sempre é eficaz) ou condições de assepsia, em que são seguradas pelos membros e tronco por outras mulheres, sendo forçadas fisicamente a deitarem-se e a abrirem as pernas.

A resposta sexual feminina resulta de uma sequência de processos internos que podem resultar em orgasmo (possivelmente múltiplo) e que termina com a denominada fase de resolução (Jannini *et al*., 2012, citado por Pauls, 2015), pelo que podemos perceber que as mulheres podem não precisar da estimulação clitoriana para conseguirem ter um orgasmo, porém esta é na maioria das vezes um primordial do ciclo (Pauls, 2015).

As consequências da MGF/C têm impacto na saúde física e mental das sobreviventes, causando-lhe danos maioritariamente irreversíveis e com consequências que perduram ao longo das suas vidas. O procedimento de MGF/C é efetuado, na maioria das vezes, em ambiente sem condições de higiene e com instrumentos rudimentares utilizados para o corte (facas, laminas, pedaços de vidro…) que não são limpos, assim como a aplicação de unguentos, folhas de plantas ou outros, durante o processo de cicatrização. A sua gravidade decorre da hostilidade do procedimento efetuado. A intervenção de corte, que pode levar entre 15 e 20 min, normalmente tem associado a hemorragia, que pode levar a choque hipovolémico, a dificuldades na eliminação urinária e fecal (por cortes, perfurações, fístulas) ou à consequência major que é a morte, por infeção séptica (septicémia). Como morbilidades pode acontecer a: infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (que está na origem da doença Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)); Hepatite B ou C e o Tétano, (OMS, 2021b). As vítimas podem manifestar efeitos tardios da MGF/C tais como o desenvolvimento de edemas, abcessos e quistos (que na região da ablação tecidular pode formar-se tecido cicatricial - coloide), dificuldade em menstruar (com dores crónicas pélvicas e lombares e possibilidade de infeções geniturinárias graves), infeções urinárias recorrentes (devido à dificuldade para urinar, principalmente em mulheres Infibuladas-Tipo III, em que se pode dar uma acumulação de urina na bolsa que se forma com o tecido cicatricial, com o risco de provocar infeções renais, insuficiência renal e septicémia), dor e hemorragias durante as relações sexuais (provocada em mulheres Infibuladas pela (des)infibulação forçada durante o ato sexual), qualidade da vida sexual (a receção ou lesão do tecido genital afeta a sensibilidade sexual, levando a redução ou ausência de prazer substituído por dor durante o coito), maior suscetibilidade a infertilidade e aumento de problemas no estádio de expulsão no ato de parir (necessidade de realizar uma cesariana), hemorragias pós-parto (devido a rasgaduras ou necessidade de recorrer a episiotomias), partos prolongados e com obstrução (que podem provocar fístulas obstétricas), assim como, obviamente, riscos para o/a recém-nascido/a (observam-se taxas de mortalidade fetal e de recém-nascidos/as mais elevadas e Índices de *Apgar* inferiores com necessidade de reanimação, numa proporção direta com a gravidade do tipo de MGF/C materno). Nas consultas as sobreviventes relatam problemas psicológicos (são diagnosticados problemas psiquiátricos em estádios mais gravosos de MGF/C), de relação íntima com o companheiro, psicossexuais, que as leva a estados de escassa autoestima, ansiedade crónica, disfunção sexual, depressão, stresse pós-traumático (OMS, 2021a; OMS, 2021b).

Formação pós-graduada em Mutilação Genital Feminina: Contextualização

A MGF/C é uma das práticas tradicionais nefastas que mais afeta os direitos e a saúde, incluindo a sexual e reprodutiva, das mulheres em qualquer que seja a sua idade. Constitui uma discriminação de género, pois está profundamente enraizada em desigualdades e assimetrias de poder entre homens e mulheres, impedindo a mulher de usufruir plenamente os seus direitos.

A OMS coloca Portugal entre os países em risco no que diz respeito à prática de MGF/C, pelo facto de receber cada vez mais pessoas oriundas de países onde essa

conduta é comum. E uma vez que os efeitos e as consequências que a MGF/C acarreta numa comunidade ou sociedade são diversos, é importante que a atuação ao nível da sensibilização, da prevenção e da informação ocorra, também, em diferentes setores, como é o da Saúde, englobando as questões da identificação e da intervenção perante a MGF/C, assim como a aprendizagem formativa fundamentada e acreditada no que concerne em procedimentos de cuidar a mulher sobrevivente.

Em Portugal, reconhecendo-se a existência de mulheres sobreviventes de MGF/C pertencentes a comunidades imigrantes e sabendo-se que os profissionais de saúde durante a sua formação inicial não usufruíram da transmissão destes conteúdos programáticos no seu plano curricular de base, pelo que revelam dificuldade em abordar o fenómeno, concomitantemente dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica, de proximidade com mulheres submetidas a MGF/C. O desconhecimento leva a ser desatento aos sinais e sintomas indicativos, logo a não considerar os indícios, diminui drasticamente a probabilidade de os vir a encontrar. Este facto, levou a considerar-se que a sensibilização e formação dos profissionais de saúde deveria ser primordial para a existência de uma abordagem adequada face ao fenómeno em questão.

A perceção de uma formação holística, que contemplasse conhecimentos de distintas ciências, como a sociologia, a antropologia, a psicologia, a medicina, a enfermagem, as ciências sociais, entre outras, foi desde a conceção do primeiro plano de estudos uma preocupação dos seus autores, pois pretendia-se uma formação pós-graduada inovadora e de excelência que determinasse como produto de saída um/a profissional com capacitação para atuar quer diretamente junto da menina/mulher sobrevivente, quer junto de uma família e/ou comunidade, com competências fundamentadas para realizar intervenções de esclarecimento que visassem a prevenção de atos de MGF/C, para além da informação do público-alvo e com formação para replicar o seu conhecimento aos seus pares, no seu contexto laboral, assim como para estabelecer redes formadas e informadas entre as diferentes entidades existentes no seu raio de intervenção profissional.

Foi com estes pressupostos que mostram a evidência científica das necessidades dos profissionais de saúde de formação sobre MGF/C, que a Comissão para Cidadania e Igualdade de Género (CIG), entidade governamental promotora financeiramente do curso, por despacho do membro do Governo com tutela na área da cidadania e igualdade de género, por Portaria da Presidência do Conselho de Ministros, propôs à Professora Coordenadora Isabel Serra, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) a coordenação de um curso de Pós-graduação em Mutilação Genital Feminina, a decorrer no ano letivo 2013/14, dirigido a profissionais de saúde, das instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários da área de Lisboa e Vale do Tejo. Este curso, resultou de uma parceria protocolada entre a ESEL, a CIG, a Direção-Geral da Saúde (DGS) e a Associação para o Planeamento da Família (APF). A conceção do Plano de Estudos do primeiro curso foi da autoria da professora Isabel Serra após a consulta de um Painel de Peritos (13) que discutiram e avaliaram o programa proposto face à sua pertinência, coerência, cobertura e eficácia, visando o objetivo maior do curso, designadamente de capacitar os profissionais de saúde para assumirem com competência, um papel educativo na prevenção da prática da MGF/C e/ou na prevenção e minimização dos riscos de complicações decorrentes, em contexto hospitalar, contexto de cuidados de saúde primários, comunidade, formação ou outro, em conformidade com os requisitos de Saúde e Direitos Humanos.

O curso resultou estruturado em 3 Módulos, designadamente:

Módulo I – Contextualização da MGF;
Módulo II - Cuidados de Saúde no âmbito da MGF;
Módulo III – Competências Profissionais, num total de 150h (6 ETCS - *European Credit Transfer and Accumulation System* – 1ECTS na ESEL corresponde a 25h), em que 80h foram de contato direto; 70h de trabalho autónomo do/a formando/a, lecionado em 2 dias de 8h/semana em tempo laboral com início em 3 de outubro e término em 21 de novembro de 2013. O Certificado de Curso teve o requisito de 75% de presença

obrigatória e a avaliação positiva de um Projeto de Intervenção (com fundamentação teórica, planeamento de intervenção e avaliação de impacto no terreno durante cada trimestre do ano de 2014) realizado em grupo de trabalho por profissionais formandos de cada instituição. A seleção dos/das formadores/as foi criteriosa e contou com docentes com formação em antropologia, direito/jurista, enfermagem, medicina, psicologia, sexologia e sociologia que de alguma forma conhecessem o fenómeno e suas especificidades para poderem realizar uma abordagem atualizada e concernente aos objetivos do curso.

Foi efetuado um levantamento das instituições de saúde de Lisboa e Vale do Tejo com maior probabilidade de atenderem população com foco do fenómeno MGF/C, sendo os identificados: Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Central; ACeS Amadora; ACeS Sintra; ACeS Loures Odivelas; ACeS Almada Seixal (ACeS AS); ACeS Arco Ribeirinho; Maternidade Dr. Alfredo da Costa; Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF); Hospital Dr. José de Almeida; Hospital Beatriz Ângelo (HBA); Hospital Garcia de Orta (HGO) e Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM). Foi solicitado pela DGS aos Conselhos Executivos de cada uma das entidades descritas a identificação de 2 a 3 profissionais de saúde, até ao composto de uma turma de 25 formandos/as (médicos/as e enfermeiros/as das seguintes áreas de especialidade médica: Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria ou Medicina Geral e Familiar, de especialidade em enfermagem: enfermeiros/as Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) ou Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), podendo ainda ser nomeados outros profissionais que integrassem os Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

A avaliação pelos/as formandos/as deste curso, realizada pela sua coordenadora, revelou que a formação foi muito importante, que o curso estava bem elaborado, com os/as preletores/as bem selecionados, que estes detinham conhecimentos e abordavam as temáticas por diferentes prismas incluindo o enquadramento legal, que o contato direto com sobreviventes/vítimas tinha sido um ponto positivo e gerador de motivação profissional face à intervenção e que a realização de um projeto de intervenção, como elemento de avaliação do curso a implementar, à posteriori, nos seus contextos de trabalho, era uma mais valia para dar continuidade à implementação das intervenções desenhadas. O curso ser gratuito e decorrer em tempo laboral foram também aspetos mencionados como positivos. Como aspetos menos positivos foram mencionados o tempo de trabalho autónomo ser excessivo e ter acontecido alterações pontuais no cronograma que se deveu a troca de preletores devido a pontuais impossibilidades/compatibilidades profissionais.

Após a avaliação do primeiro curso, a professora Isabel Serra passou a desenhar o segundo curso (ano letivo 2014/15), tendo surgido a possibilidade de partilharmos com ela esta avaliação e consequente conceptualização do plano de estudos do seu segundo curso, que foi concomitantemente a conceptualização do primeiro curso na ESS/IPS sob nossa coordenação, agora (ambos os cursos) designados por curso de PG SSR:MGF e resultantes de similar parceria protocolada com a CIG, DGS e APF. O curso da ESS/IPS decorreu na Escola Superior de Tecnologia do Barreiro do IPS, pois considerou-se pertinente a sua realização perto do concelho da Moita e do concelho do Barreiro, zonas consideradas com maior número de mulheres oriundas de comunidades praticantes de MGF/C, logo áreas em que as suas instituições de saúde teriam profissionais com necessidades de formação emergentes para melhor intervir/cuidar. Por outro lado, considerou-se que desta forma os profissionais de saúde teriam maior facilidade de acesso ao curso pela sua proximidade geográfica (designadamente o CHBM e as diferentes Unidades do ACeS Arco Ribeirinho).

I Curso de PG SSR:MGF da ESS/IPS

A primeira edição do curso de PG SSR:MGF contou com um Plano de Estudos com 4 Módulos designadamente especificando-o numa perspetiva da sua temática versus a expertise dos preletores:

Módulo I - Introdução/Contextualização de MGF/C, que contemplou com o

acolhimento dos profissionais formandos/as e a apresentação do programa do curso, onde houve a oportunidade de contar com: a presença de Martinha de Jesus Correia da Silva, autora da Dissertação de Mestrado (maio de 2013), intitulada "Mutilação Genital Feminina: um desafio para os Cuidados de Saúde" que especificou o trabalho desenvolvido e suas principais conclusões; com a participação de alguns dos pós-graduados do primeiro curso de Pós-graduação em Mutilação Genital Feminina da ESEL, que fizeram mostra do impacto dos Projetos de Intervenção desenhados e então a serem implementados e desenvolvidos, partilhando o caminho percorrido; com a contextualização de MGF/C nas desigualdades e violência de género através da preleção a cargo dos sociólogos da CIG, Vítor Almeida e João Pereira, que transmitiram a panorâmica do fenómeno quer a nível nacional quanto internacional; a antropóloga Alice Frade (Diretora Executiva da P&D Factor - Associação para a Cooperação sobre População e Desenvolvimento) que analisou dinâmicas inerentes a tradições e migrações; o psicólogo Miguel Feio (Coordenador de Projetos na área da MGF na APF) que integrou a MGF/C como uma práticas nefasta que algumas comunidades perpetuam; Carla Falua (Coordenadora Superior de Investigação Criminal e docente da Escola da Polícia Judiciária) e a Procuradora da República Ana Teresa Leal (Departamento Central de Investigação e Ação Penal – CIAP) que realizaram o enquadramento jurídico-legal a nível nacional e internacional dos direitos humanos.

Módulo II - Cuidados de Saúde/Competências Profissionais, que teve como preletores: Fátima Batista e Vítor Hugo, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica /parteiros (EESMO/P) e pós-graduados do primeiro curso de Pós-graduação em Mutilação Genital Feminina da ESEL, da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), lecionaram qual a intervenção do/a profissional EESMO/P numa urgência de Ginecologia e Obstetrícia; Ana Campos, ginecologista obstetra da MAC que abordou as implicações físicas e obstétricas de MGF/C nas sobreviventes e qual a intervenção do/a ginecologista obstetra; Ana Carvalheira, psicóloga e sexóloga focalizou as consequências de MGF/C na Sexualidade Feminina; Yasmine Gonçalves, psicóloga da P&D Factor, mostrou as implicações psicológicas da MGF/C; Bárbara Meneses, enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica (DGS-Divisão da Saúde Sexual, Infantil e Juvenil) abordou a vigilância da saúde infantojuvenil apresentando a definição de risco e de perigo e qual as intervenções possíveis perante uma situação de perigo ou risco de uma menina ser submetida a MGF/C; Ana Alves, médica pediatra (HGO) e pós-graduada do primeiro curso de Pós-graduação em Mutilação Genital Feminina da ESEL lecionou qual a intervenção do/a Pediatra perante MGF/C na perspetiva da sensibilização dos pais à não realização da prática de MGF/C; Lisa Vicente, médica ginecologista Obstetra (MAC) e responsável pela Divisão da Saúde Sexual, Infantil e Juvenil da DGS, apresentou as Orientações para Profissionais de Saúde e Orientações Técnicas existentes e quais os resultados em matéria de MGF/C; Fernanda Paula Leal, professora-adjunta da ESS/IPS, enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica e mestre em saúde escolar, lecionou o envolvimento da área da saúde escolar e qual as competências do/a profissional de saúde na equipa multidisciplinar de saúde escolar na prevenção e sinalização de meninas/raparigas em matéria de MGF/C; António Carlos Silva, médico de saúde pública e dirigente associativo em parceria com Teresa Figueiredo, enfermeira coordenadora da equipa de Cuidados Continuados Integrados da Pontinha, pós-graduada do primeiro curso de Pós-graduação em Mutilação Genital Feminina da ESEL, abordaram o papel dos profissionais de saúde em relação à prevenção, risco, sinalização, tratamento e proteção; Lucília Nunes, professora coordenadora da ESS/IPS, Doutorada em Filosofia, com agregação em Filosofia, especialidade Ética e agregação em Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem e em História Cultural e Política, Licenciada em Enfermagem e Filosofia, lecionou a importância da ética e deontologia profissional dos profissionais de saúde que cuidam das sobreviventes, que

trabalham com as comunidades, sendo complementada por Carla Falua que efetuou o enquadramento jurídico neste contexto.

Módulo III - Intervenção na Comunidade na Prevenção de MGF, que iniciou com a sinalização do dia Internacional de Tolerância Zero à MGF (6 de fevereiro) e que seguiu com abordagem realizada por Cláudia Guerreiro, enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no ACeS AS e pós-graduada do primeiro curso de Pós-graduação em Mutilação Genital Feminina da ESEL, relativa à referenciação e encaminhamento de mulheres sobreviventes à MGF/C ou de situações de perigo ou de risco de MGF/C, numa perspetiva de trabalho integrado, desenvolvido em rede informada/formada entre as diferentes unidades competentes; Elsa Mota, psicóloga na Divisão da Saúde Sexual, Infantil e Juvenil da DGS que apresentou as competências técnicas de aconselhamento, oportunidades e espaço perante MGF/C e a antropóloga Alice Frade (P&D Factor) que no âmbito da MGF/C ser uma das práticas nefastas invocou as estratégias de envolvimento das pessoas e comunidades na prevenção e sinalização de MGF/C, demonstrando com a sua prática como ativista a nível nacional e internacional pelos Direitos da Mulher e Igualdade de Género. Dinamizou, como moderadora, uma mesa em que tiveram lugar diferentes associações com trabalho desenvolvido no terreno em matéria de MGF/C, designadamente a APF, a UMAR (União de Mulheres Alternativa Resposta), a Musqueba (Movimento das Mulheres da Guiné-Bissau,) a Associação de Estudantes da Guiné-Bissau, a AJPAS (Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável), a CNPCJ (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco), o No Lanta-Projeto desenvolvido em parceria com a Aguinenso (Associação Guineense de Solidariedade Social), Questão de Igualdade (Associação para a Inovação Social) e Morabeza (Associação de Cooperação e Desenvolvimento).

Módulo IV - Desenvolvimento do Projeto de Intervenção-Ação, que este curso previa que de 5 de março a 13 de maio de 2015 decorreria o seu módulo IV, em que os/as formandos/as, em pequenos grupos, estariam em trabalho autónomo em contexto real da prática tutorados pela coordenação do curso, para elaboração do projeto de intervenção-ação e da realização de "mostra" da sua efetiva implementação. O dia 14 de maio foi destinado à apresentação, pelos grupos de formandos/as, dos seus Projetos de Intervenção-Ação, desenvolvidos em contexto real da sua prática profissional, para os representantes das entidades parceiras do protocolo presentes, dando assim a conhecer quais os objetivos e estratégias delineadas para cada uma das instituições representadas pelos seus profissionais formandos/as. O projeto de intervenção-ação elaborado por grupos, da mesma entidade empregadora, foi o elemento de avaliação teórica e prática em contexto de trabalho, que acreditou o curso na ESS/IPS (com a obrigação de iniciarem a sua implementação durante o curso para orientação, supervisão e avaliação durante a sua conceção, mas também da sua aplicabilidade no contexto profissional). Nesta I PG SSR:MGF em relação a instituições houve grupos das seguintes instituições com os respetivos Projetos de Intervenção-Ação, designadamente: ACeS Arrábida (ACeS A) – Projeto de Intervenção Formativa do ACeS Arrábida; ACeS AR – Quando a Tradição Mutila; ACeS AS - Mudar a**G**entes **F**ormando; HGO - Formar, Agir, Identificar… Para Irradicar; CHBM – **M**udar **G**erações **F**ormando; HSB – víti**M**a do **G**énero: sensibilizar **F**ormando. Este dia contou com a mesa de encerramento do I PG SSR:MGF onde estavam as entidades da parceria protocolada e que contou com a intervenção da jornalista Sofia Branco, autora do livro Cicatrizes de Mulher (2006), do Público – Comunicação Social, SA, que resultou de um trabalho de investigação premiado por várias organizações e que foi o primeiro livro escrito em Portugal sobre MGF/C e que deu a conhecer o fenómeno à maioria dos portugueses.

II Curso de PG SSR:MGF da ESS/IPS

O segundo curso de PG SSR:MGF (II PG SSR:MGF) da ESS/IPS decorreu no ano letivo 2016-2017 e replicou o I Curso da ESS/IPS no seu Plano de Estudos, respetiva consecução e procedimentos de supervisão, orientação e avaliação. Realizou-se no

espaço da ESS/IPS, teve início no dia 24 de fevereiro e terminou a 7 de julho de 2017. Os Projeto de Intervenção-Ação, realizado pelos formandos agrupados por entidade patronal ou por proximidade geográfica. Estes projetos ancoraram-se aos projetos desenhados e ainda a serem implementados pelos pós-graduados da I PG SSR:MGF, designados agora por: Silêncio das Inocentes no ACeS A; Lutar contra a **M**utilação **G**enital **F**eminina no ACeS AR; **M**udar, a**G**ir e **F**ormar em parceria no ACeS AS em associação com o HGO; Re(conhecer) a **M**utilação **G**enital **F**eminina no CHBM e o projeto **M**enina/mulher em defesa do **G**énero – cuidar **F**ormando no Hospital de São Bernardo (HSB) do CHS.

III Curso de PG SSR:MGF da ESS/IPS

O terceiro curso de PG SSR:MGF (III PG SSR:MGF) acontece depois de ser, em 7 de novembro de 2018, publicamente apresentado pela Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade Rosa Monteiro e a Secretária de Estado da Saúde Raquel Duarte, o projeto "Práticas Saudáveis: Fim à Mutilação Genital Feminina". Este objetiva prevenir e combater a MGF/C, como prática nefasta, dando decurso às diretrizes descritas na Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação 2018-2030 – Portugal + Igual, que inscreve a problemática da MGF/C no Plano de Ação para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica 2018-2021 (que também alarga a intervenção a outras práticas tradicionais e nefastas como a dos casamentos infantis, precoces e forçados) e que invoca o envolvimento ativo das comunidades locais e o reforço de redes multidisciplinares e multissectoriais que fomentem e assegurem uma intervenção mais eficaz, integrada e sustentável face à proteção das meninas e mulheres que sejam oriundas de famílias/comunidades praticantes de MGF/C, impedindo-as de a perpetuarem. Trata-se de um projeto de intervenção territorial, que pretende potenciar e articular experiências e aprendizagens adquiridas a nível nacional e local na prevenção de MGF/C e no apoio às mulheres sobreviventes desta prática, focalizando a sua intervenção nos territórios do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete (Arco Ribeirinho), Almada-Seixal, Amadora, Loures-Odivelas e Sintra. O projeto "Práticas Saudáveis: Fim à Mutilação Genital Feminina é coordenado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), Alto Comissariado para as Migrações (ACM) e pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT). O III PG SSR:MGF decorreu no ano letivo 2018-2019, foi ministrado na ESS/IPS, iniciou no dia 14 de dezembro de 2018 e terminou no dia 7 de junho de 2019. O protocolo de parceria foi alargado ao ACM, à ARSLVT que passam a aliar esforços à cooperação existente com a CIG, a DGS, a APF e a ESS/IPS como instituição de ensino superior que acredita a formação do III curso de PG SSR:MGF. Desta forma objetiva-se envolver todos os setores no combate à MGF/C orientando os recursos e competências existentes numa ação mais coordenada e eficaz para a erradicação da prática. O plano de estudos foi igual ao dos dois cursos da ESS/IPS anteriores, contou com a substituição de alguns preletores como foi o caso de Vera Antunes do ACM que juntamente com o psicólogo Vítor Almeida da CIG abordou MGF/C na perspetiva de desigualdades e violência de género, de Sónia Lopes, da APF que contextualizou a MGF/C como prática nefasta, de Bárbara Bäckström do ISCTE (Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresas) que dinamizou o seminário sobre análise das dinâmicas face a tradições e migrações face a MGF/C, de Célia Magro, pós-graduada do I PG SSR:MGF e enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, do Centro Hospitalar de Setúbal, que abordou a intervenção do/a enfermeiro/a no cuidar da menina/mulher sobrevivente de MGF/C, ou em risco/perigo de ser sujeita à prática. O elemento de avaliação do curso foi, à semelhança dos dois cursos anteriores, o projeto e intervenção-ação desenhado em grupo de formandos por instituição e integraram os projetos anteriores quando isso foi possível. Foram apresentados publicamente no último dia do curso, aquando da mesa de encerramento perante os elementos presentes e representativos das entidades parceiras do protocolo. Assim sendo, os projetos elaborados e apresentados foram pelo: ACeS Arco Ribeirinho – Práticas Saudáveis: Fim da MGF; ACeS AS e HGO – Mudar aGentes Formando; ACeS

	Enfermeiro/a		Médico/a	Psicológo/a	Assistente Social	Total
I PGSSR:MGF	23	10 EESMO 6 EESIP 4 ECG 2 EESMP 1 EEMC	2 MGF	2	2	29
II PGSSR:MGF	25	14 EESMO 5 ECG 4 EESIP 1 EER 1 EESC	2 MGF	2	1	30
III PGSSR:MGF	16	8 EESMO 7 ECG 1 EESIP	8 MGF	1	4	29
Total	64		12	5	7	88

Tabela 3. Número de formandos/profissionais por especialidade e por edição de curso de PG SSR:MGF da ESS/IPS

Sintra – Projeto de Intervenção-Ação do ACES SINTRA; ACeS Amadora – Intervenção Integrada no ACES Amadora para Prevenção da Mutilação Genital Feminina; ACeS Loures-Odivelas – Falar para não cortar; HFF – Mutilação Genital Feminina: Uma realidade; HBA – Mutilação Genital Feminina no HBA.

Dados de atividade dos cursos de PG SSR:MGF da ESS/IPS

A I PG SSR:MGF da ESS/IPS, teve início em 20 de novembro de 2014 e término em 14 de maio de 2015 (21 semanas) com 162h (96h de contacto direto (59%) e 66h de trabalho autónomo (41%) com equivalência a 6 ECTS (1ECTS no IPS confere 27h) e teve 29 formandos/as, como resultado do recrutamento efetuado pela DGS de 5 profissionais, designados pela Comissão Executiva (entre médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as e assistentes sociais), de cada uma das unidades de saúde da Península de Setúbal, nomeadamente do HGO, do CHBM, do CHS, do ACeS AS; do ACeS AR e do ACeS A, num total de 30 formandos/as (finalizaram 29 formandos, por ter ocorrido uma desistência).

A II PG SSR:MGF da ESS/IPS, teve início em 24 de fevereiro e término em 7 de julho de 2017 (19 semanas) contou com 30 formandos/as das seguintes instituições ACeS A (6), ACeS AS (4), ACeS Arco Ribeirinho (5), HGO (4), CHS (3), CHBM (7) e CRIVA RSI - Centro de Reformados e Idosos do Vale da Amoreira – Rendimento Social de Inserção (1), sendo constituído pelos seguintes profissionais de saúde; médicas (2), enfermeiros/as (25), psicólogas (2) e assistente social (1).

	Enfermeiro/a	Médico/a	Psicológo/a	Assistente Social	Total
I PG SSR:MGF	23	2	2	2	**29**
II PG SSR:MGF	25	2	2	1	**30**
III PG SSR: MGF	15	8	2	4	**29**
Total	**62**	**19**	**6**	**7**	**88**

Tabela 2. Número de formandos/profissionais por edição do curso de PG SSR:MGF da ESS/IPS Classificação de Mutilação Genital Feminina/Corte

A III PG SSR:MGF da ESS/IPS, teve início em 14 de dezembro de 2018 (sessão de abertura) com início das aulas em 4 de janeiro e término em 7 de julho de 2019 (23 semanas). Contou com 29 formandos/as (por ter havido 1 desistência durante o curso), sendo constituído por enfermeiras (15 – EESMO (8), ECG (7) e EESIP (1)), médico/as (8), psicólogas (2) e assistentes sociais (4) (Ver Tabela 1 e Tabela 2), pertencentes ao ACeS AS (5), ACeS AR (4), ACeS Loures Odivelas – ACeS LO (5), ACeS Sintra – ACeS S (5), ACeS Amadora - ACeS Am (5), Hospital Fernando da Fonseca - HFF (2), Hospital Beatriz Ângelo – HBA (2) e HGO (1) (Ver Tabela 3).

Por Distrito e concelho podemos constatar que, com o decurso das três edições dos cursos de PG SSR:MGF, no Distrito de Setúbal ficaram 70 profissionais formados, nomeadamente 19 no concelho de Setúbal, 31 em Barreiro e 20 em Almada. No Distrito de Lisboa ficaram 18 profissionais formados, sendo 8 do concelho de Loures, 5 do concelho de Amadora e 5 do concelho de Sintra (Ver Tabela 4).

Distrito	Concelho	Contexto	I PG SSR:MGF	II PG SSR:MGF	III PG SSR:MGF	Total Unid.	Total Conc.	Total Dist.
Setúbal	Setúbal	CHS	4	3		7	19	70
		ACeS A	4	6		10		
		SEIES	2			2		
	Barreiro	CHBM	10	7		17	31	
		ACeS AR	3	5	5	13		
		CRIVA RSI		1		1		
	Almada	HGO	4	4	1	9	20	
		ACeS AS	2	4	5	11		
Lisboa	Loures	HBA			2	2	8	18
		ACeS LO			6	6		
	Amadora	HFF			2	2	5	
		ACeS Am			3	3		
	Sintra	ACeS S			5	5	5	
		Total	29	30	29	88	88	88

Tabela 4. Quantidade de formados/profissionais com o curso de PG SSR:MGF da ESS/IPS, por contexto de trabalho e concelho.

Considerações Finais

A adequada formação dos profissionais que se possam deparar com casos de MGF/C leva a maior aptidão sapiente para a identificação de situações de risco/perigo de ocorrência de MGF/C e, naturalmente, a uma intervenção ajustada em prol do bem-estar da mulher/menina, ficando assim demonstrado a relevância desta formação pós-graduada.

Os cursos organizados nos módulos temáticos:

- **Módulo I:** Contextualização e enquadramento sociocultural e legal;
- **Módulo II:** Cuidados de saúde e competências profissionais;
- **Módulo III:** Intervenção comunitária e prevenção.;
- **Módulo IV:** Projeto de Intervenção-Ação, desenvolvido em contexto real de trabalho.;

acrescido da seleção dos/as formadores/as incluiu especialistas em antropologia, direito, enfermagem, medicina, psicologia e sexologia, garantindo uma formação multidisciplinar e holística, tiveram impacto direto na prática clínica, na capacidade de identificar sinais de risco e

perigo, na criação de redes de cooperação interinstitucional e na melhoria da resposta às necessidades das sobreviventes. Entre os efeitos destacam-se uma:

- Maior sensibilidade e competência na intervenção clínica.
- Integração de dimensões éticas, legais e culturais na prática profissional.
- Consolidação de redes locais e regionais para prevenção da MGF/C.

Enquanto resultados requeridos os cursos tiveram impacto nos/as seus/suas pós-graduados/as, designadamente na transferência de conhecimentos e competências para a sua prática profissional, percecionando a perspetiva analítica das conceções que tinham antes e depois da concretização do curso e como é que a sua vivência académica contribuiu para a mudança dos seus conceitos e para a sua intervenção profissional.

A formação pós-graduada em MGF/C no IPS/ESS constitui uma mais-valia nacional para a prevenção desta prática nefasta. Capacitar profissionais de saúde aumenta a probabilidade de identificar situações de risco e garante uma intervenção mais eficaz em prol do bem-estar das meninas, raparigas e mulheres, oriundas das comunidades praticantes.

Referências Bibliográficas

Branco, S. (2006). *Cicatrizes de Mulher*. Editora Jornal o Público.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPCJ) (2020). *Manual de Procedimentos – Colaborar Ativamente na Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina.* https://gfcjivd.ministeriopublico.pt/destaque/manual-de-procedimentos-colaborar-ativamente-na-prevencao-e-eliminacao-da-mutilacao

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género – *Portugal Mais Igual: Estratégia Nacional para a Igualdade e Não-Discriminação 2018-2030.* https://www.cig.gov.pt/estrategia-nacional-para-a-igualdade-e-a-nao-discriminacao-2018-2030-portugal-igual/

Comitê Inter-Africano de Práticas Tradicionais (IAC). https://iac-ciaf.net/

Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março de 1995. Constitui o Código Penal Português. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021b). *Salud Sexual Y Reproductiva: Classificación de la Mutilación Genital Femenina*. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/es

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021a). *Mutilación Genital Femenina*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation

Organização Mundial da Saúde (OMS) & Associação do Planeamento para a Família /APF) (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS*. http://www.apf.pt/loja/eliminacao-da-mutilacao-genital-feminina

Organização das Nações Unidas (2012). Resolução A/RES/67/146 da Assembleia Geral da ONU. https://www.un.org/en/observances/female-genital-mutilation-day

Parlamento Europeu (2010). Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de março de 2009, sobre a luta contra as mutilações genitais femininas praticadas na UE (2008/2071(INI)). https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:117E:0052:0059:PT:PDF

Pauls, R.N. (2015). Anatomy of the Clitoris and the Female Sexual Response. *Clinical Anatomy*, april, *28*(3), pp.376-384. https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=58398f96-e124-4243-834d-

b10370f5550d%40pdc-v-sessmgr03

Silva, M.J.C. (2013). *Mutilação Genital Feminina: um desafio para os cuidados de saúde* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação. http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2416

Vicente, L. (2019). *O Atlas da V. Um guia claro, directo e ilustrado do mundo feminino e não só*. Lisboa: Editora Arena.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA SUPERAR A BARREIRA LINGUÍSTICA E CULTURAL NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

Nursing Journal Club

Cristiana Salomé Buscardine Madeira[1], Ana Filipa Poeira[2], Fernanda Gomes da Costa Marques[3]

Resumo

O aumento da diversidade cultural nos serviços de saúde, em particular na obstetrícia, evidencia a necessidade de cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis. A comunicação eficaz com mulheres migrantes constitui um desafio, exigindo estratégias fundamentadas na evidência.

Com este trabalho académico pretendeu-se explorar intervenções de enfermagem que superem barreiras linguísticas e culturais no serviço de obstetrícia, utilizando a metodologia do *Nursing Journal Club* (NJC). Metodologicamente foi formulada uma questão de investigação segundo o modelo PICO. Após pesquisa em bases de dados científicas, selecionou-se um estudo qualitativo de Ikhilor, *et al.,* (2019). A evidência foi discutida com a equipa de enfermagem do serviço onde decorreu o estágio. Os resultados obtidos destacam estratégias como comunicação não verbal, mediação intercultural e empatia profissional. A discussão em grupo validou a relevância destas práticas e propôs a introdução de folhetos informativos traduzidos.

O NJC foi uma metodologia ativa que estrategicamente promoveu a reflexão crítica da equipa, reforçando a prática baseada na evidência e contribuindo para cuidados mais inclusivos e eficazes.

Palavras-Chave: Enfermagem Transcultural; Barreiras Linguísticas; Maternidade; Comunicação em Saúde; Prática Baseada na Evidência.

Abstract

The increasing cultural diversity in healthcare services, particularly in obstetrics, highlights the need for culturally sensitive nursing care. Effective communication with migrant women is a challenge that requires evidence-based strategies. This academic work aimed to explore nursing interventions that overcome linguistic and cultural barriers in obstetric care, using the Nursing Journal Club (NJC) methodology. Methodologically, a research question was formulated following the PICO model. After conducting a search in scientific databases, a qualitative study by Ikhilor, *et al.* (2019) was selected. The evidence was discussed with the nursing team of the internship service. The findings highlight strategies such as non-verbal communication, intercultural mediation, and professional empathy. Group discussion validated the relevance of these practices and suggested the introduction of translated informational leaflets.

The NJC was an active methodology that strategically fostered critical reflection within the team, reinforced evidence-based practice, and contributed to more inclusive and effective care.

Keywords: Transcultural Nursing; Language Barriers Maternity; Health Communication; Evidence-Based Practice

[1] Estudante do 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, kikas_2000@hotmail.com

[2] Professora Adjunta, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ana.poeira@ess.ips.pt

[3] Doutora em Didática e Organização Educativa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal fernanda.gomes@ess.ips.pt

Introdução

O presente *Nursing Journal Club* (NJC) foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Opção I, no 2º semestre do 4º ano do 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), sendo orientado pela Professora Ana Filipa Poeira.

O NJC visa o desenvolvimento da aprendizagem dos/as futuros/as enfermeiros/as, estudantes no último ano do CLE na ESS-IPS. Tendo como alicerce a investigação, esta metodologia possibilita a integração de novas práticas ou fundamentação das atuais, segundo a evidência mais recente, no seio da equipa de Enfermagem do contexto onde decorre o estágio. Através da colaboração Estudante-Enfermeiro/a Orientador/a proporcionasse um debate sobre uma temática identificada como pertinente, transferindo-se conhecimentos através da partilha entre os vários elementos participantes (Canais *et al.,* 2019).

A superação da barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia foi a temática eleita para desenvolver este trabalho, procurando-se intervenções utilizadas pelos/as enfermeiros/as para atingir esse fim.

Os/As enfermeiros/as deste contexto hospitalar no distrito de Setúbal são confrontados diariamente com diferenças culturais que podem interferir na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Tal dificulta a sua atuação com eventual possibilidade de prolongar o tempo de internamento para assegurar minimamente a compreensão dos ensinos efetuados e capacitação das grávidas e puérperas para o autocuidado e cuidado ao/à recém-nascido/a. Assim, torna-se pertinente levantar esta problemática no contexto, fazendo recurso ao NJC.

Para desenvolver o NJC foi utilizado o acrónimo PICO depois de escolhida e validada a temática com a docente de referência, enfermeira orientadora e enfermeiro chefe do serviço (*Poeira, et al*., 2022). Formulou-se a questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem para superar a barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia?", sendo a *Population* – toda a população a que o serviço de obstetrícia presta cuidados, incidindo nas puérperas, grávidas e suas famílias; *Intervention* – intervenções de enfermagem; *Comparison* – não aplicável; *Outcome* – superação da barreira linguística e cultural (JBI, 2020). Esta serve como ponto de partida para a procura de um artigo nas várias bases de dados que cumpra com os critérios de inclusão, possua uma qualidade metodológica adequada e se apresente como um instrumento valioso para o debate com e entre enfermeiros (Poeira, *et al.,* 2022).

A elaboração do NJC tem a finalidade de encontrar respostas para a problemática e promover a reflexão conjunta sobre a mesma entre a equipa de Enfermagem, reforçando as atuais práticas – prática baseada na evidência – e/ou encontrando novas estratégias – inovação em saúde – que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

A nível pessoal propomos-mos a desenvolver as competências de um/a enfermeiro/a de cuidados gerais no contexto real da prática em que se está a desenvolver o Estágio, mais especificamente a comunicação com populações migrantes, que nos oferecem um maior desafio no estabelecimento de relações interpessoais eficazes. Desafiamo-nos ainda a reforçar a nossa relação com a equipa de Enfermagem ao promover uma nova metodologia de aprendizagem, devendo esta ser considerada pelos/as enfermeiros/as como uma mais-valia para a sua prática. A preparação e condução eficaz de uma discussão sobre a temática abordada é igualmente um objetivo a atingir.

Como estruturação do trabalho realizaram-se seis subdivisões necessárias: a presente Introdução, na qual surge a apresentação do seu contexto de desenvolvimento, temática, objetivos e organização; o Enquadramento Teórico, onde se fundamenta sucintamente a barreira linguística e cultural na transculturalidade dos cuidados de Enfermagem; a Fase Metodológica, que engloba a questão de investigação, os critérios de inclusão e exclusão, estratégia de pesquisa, a avaliação da qualidade metodológica, a extração e síntese dos dados; o Planeamento da Sessão, em que

explicitamos o pretendido no momento de apresentação do artigo e orientação da partilha reflexiva; a Discussão e Reflexão sobre os resultados obtidos, encontrando respostas para a questão de investigação; e a Conclusão, que reúne os aspetos mais significativos do trabalho, responde aos objetivos propostos e finaliza uma importante parte do percurso em estágio, enquanto um dos elementos de avaliação do mesmo.

Enquadramento Teórico

Em Portugal, cada vez mais se sente o aumento do fluxo migratório, nomeadamente na região centro-sul onde o encontro de raças e etnias tem vindo a transformar as cidades (Vilelas, & Janeiro, 2012). Particularmente, os imigrantes do sexo feminino procuram melhores condições de vida, o que inclui o acesso a serviços de saúde gratuitos e de qualidade (Conceição, Figueiredo, & Basto, 2020).

As mulheres migrantes em idade jovem e ativa contribuem para o aumento da taxa de natalidade em Portugal (Conceição, Figueiredo, & Basto, 2020). Estudos indicam uma concentração entre os 20 e os 49 anos, mesmo com as desigualdades salariais relativamente às mulheres portuguesas (Conceição, Figueiredo, & Basto, 2020). Independentemente do seu estatuto legal, os desafios que colocam ao país de acolhimento no âmbito da saúde materna e obstétrica evidencia a necessidade de maior investimento na assistência durante a gravidez, parto e pós-parto, particularmente no conhecimento, adesão a comportamentos preventivos e utilização dos cuidados de saúde (Conceição, Figueiredo, & Basto, 2020).

A barreira linguística é um dos grandes desafios com os quais os profissionais de saúde se deparam, levando a mulher a sentir-se incompreendida ou mal-interpretada (Conceição, Figueiredo, & Basto, 2020). As expetativas das mulheres migrantes, assim como das suas necessidades de saúde acabam por não ter a resposta pretendida o que potencia o risco de desenvolvimento de complicações e mortalidade materna e resultados de saúde perinatal inferiores aos das mulheres nativas (Conceição, Figueiredo, & Basto, 2020).

O/A enfermeiro/a é o profissional de saúde que mais tempo permanece junto do indivíduo, grupo ou comunidade, pelo que se depara mais frequentemente com situações em que as diferenças culturais (e linguísticas) dificultam a manutenção ou obtenção do resultado de saúde esperado (Conceição, Figueiredo, & Basto, 2020; Vilelas, & Janeiro, 2012). Deste modo, deve encontrar-se desperto para as alterações no seu local de trabalho ou na zona de influência da instituição onde trabalha, procurando estratégias eficazes que lhes permita ultrapassar essas barreiras (Vilelas, & Janeiro, 2012).

A realidade dos/das enfermeiros/as no serviço de obstetrícia onde decorre o Estágio demonstrou que a superação da barreira linguística e cultural nem sempre é facilmente conseguida, podendo levar ao prolongamento do tempo de internamento de grávidas e puérperas para assegurar a compreensão mínima dos ensinos efetuados e a sua capacitação para o autocuidado e cuidado ao/à recém-nascido/a.

Uma das várias situações vivenciadas consistiu em capacitar uma mãe com os conhecimentos necessários para cuidar do/a seu/sua primeiro/a filho/a, sendo a única língua falada por si uma derivação do crioulo desconhecida pelos profissionais e por recursos tecnológicos de tradução rápida. No serviço de obstetrícia os/as profissionais apresentam conhecimentos linguísticos em português, inglês, francês e espanhol. A nível linguístico encontramo-nos limitadas ao português e inglês, com uma compreensão mínima da língua espanhola. A equipa multidisciplinar também se deparou com o mesmo problema e a avaliação social mostrou-se bastante complexa. Houve uma grande dificuldade na realização dos ensinos que, recorrendo à repetição e linguagem gestual, se conseguiu fazer. Porém, foi inevitável o prolongamento do tempo de internamento para que a mediadora informal pudesse comparecer no serviço e fazer-se os ensinos sobre a extração de leite materno e como preparar o leite de fórmula, existindo necessidade para tal.

Face à atual situação de guerra vivenciada entre a Ucrânia e a Rússia, o serviço tem recebido muitas puérperas ucranianas, para além de mulheres provenientes de outros países de leste, de países africanos, etc. Já

nos deparámos com mulheres que apresentam um nível de escolaridade baixo e já me questionei como comunicaria com uma mãe surda.

Uma vez que a colocação de hipóteses nos leva a desenvolver respostas que previnam complicações, surge a necessidade de abordar uma importante competência do enfermeiro de cuidados gerais – a comunicação – intimamente ligada à linguagem, à fala, um dos principais sentidos utilizados durante o estabelecimento e desenvolvimento de uma relação terapêutica. Assim, a barreira linguística e cultural surge integrada nesta competência que envolve estabelecer relações interpessoais eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Pode ainda ser integrada no exercer da prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico do enfermeiro, na qual a prestação de cuidados culturalmente sensíveis surge integrado (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Segundo Madeleine Leininger, para que estes objetivos na arte do cuidar sejam conseguidos é necessário que os/as enfermeiros/as possuam competências a nível cultural (Vilelas, & Janeiro, 2012). Estas consistem na vontade de estar presente e de querer conhecer e compreender a cultura do outro, aceitando-a como distinta e crucial no processo de cuidados (da Silva *et al.*, 2021; Vilelas, & Janeiro, 2012). Apesar das dificuldades sentidas, o/a enfermeiro/a deve fazer os possíveis para integrar os valores, as crenças e o modo de vida da pessoa, família ou grupo de quem cuida na sua prática, exercendo o designado por *cuidado cultural* (da Silva, *et al*., 2021).

A Ordem dos Enfermeiros (2007), citado por Vilelas, & Janeiro (2012, p. 5), referiu ser imprescindível conhecer "o significado do cuidado cultural e as práticas de cuidados específicos de cada cultura" para que se proporcione um cuidado transcultural, isto é, culturalmente sensível e "congruente com os fatores que influenciam a saúde/bem-estar".

Um/a enfermeiro/a culturalmente competente é sensível à cultura, raça, etnia, género e orientação sexual, independentemente do contexto de saúde em que se encontre (da Silva, *et al.,* 2021; Vilelas, & Janeiro, 2012). Possui ainda melhor "capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas" (Vilelas, & Janeiro, 2012, p. 2), traduzindo-se na eficácia da sua atuação.

A Teoria do Cuidado Cultural de Leininger reforça que o conhecimento aprofundado sobre diversas culturas é importante (da Silva *et al.,* 2021), mas que é pouco provável que o enfermeiro seja detentor de todos os conhecimentos das várias etnias a quem presta cuidados (Vilelas & Janeiro, 2012). É por isso que a aquisição de conhecimentos e competências em comunicação intercultural se considera preciosa na individualização dos cuidados, fundamentados nas práticas culturais (da Silva *et al*., 2021; Vilelas & Janeiro, 2012).

Sendo o perfil de competências do estudante de 4º ano do CLE da ESS-IPS (Poeira *et al*., 2022) baseado no Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, a abordagem a esta temática é benéfica para mim, enquanto futura enfermeira, e para o serviço, no âmbito do desenvolvimento das melhores estratégias e, consequentemente, práticas para a prestação de cuidados de Enfermagem holísticos e de qualidade.

De acordo com o anteriormente referido, pode-se acompanhar o cumprimento dos critérios de desenvolvimento do NJC na Imagem 1.

PROTOCOLO NURSING JOURNAL CLUB

Resultados educacionais do Nursing Journal Club

1. Identifica os principais componentes de uma apresentação bem-sucedida do Nursing Journal Club.
2. Desenvolve estratégia de como usar a abordagem baseada em evidências para formular uma questão clínica e identificar o artigo de revista, aplicável para responder à pergunta.
3. Facilita a discussão sobre a avaliação crítica de um artigo de revista.
4. Promove a discussão sobre o impacto do artigo da revista na prática clínica de enfermagem (por exemplo, o artigo muda a prática e, em caso afirmativo, como?)

PERCURSO	Sim	Não
Durante a primeira e segunda semana do seu estágio, o estudante identifica uma questão clínica em conjunto com o Enfermeiro Chefe do serviço e Enfermeiro Orientador	✓	
Identifica um artigo de revista científica (nível de evidencia para responder à pergunta)	✓	
Usa uma ferramenta de avaliação crítica para avaliar o artigo (Identificar a hipótese / questão colocada pelo estudo, tamanho da amostra, independência e variáveis dependentes, metodologia. Identifica componentes dos métodos que permitem / previnem o viés etc.).	✓	
Valida com docente a formulação da questão e a pertinência artigo escolhido (terceira Semana).	✓	
Agenda com o Enfermeiro Chefe / e Enfermeiro orientador a apresentação do artigo à equipa.	✓	
Recolhe contributos do Enfermeiro Chefe / Enfermeiro orientador e docente face à preparação da apresentação.	✓	
Uma semana antes da apresentação, envia o artigo aos enfermeiros do serviço.	✓	
APRESENTAÇÃO	**Sim**	**Não**
Começa com o caso (ou preocupação) que levou à questão clínica. Descreve a pesquisa bibliográfica e justifica a escolha do artigo que fornece as melhores evidências para responder à questão clínica.	✓	
Fornece informações úteis sobre o tema (O que já se sabia sobre o assunto, que controvérsia o estudo espera resolver?)	✓	
Facilita a discussão do próprio artigo (pode apresentar o artigo na mesma ordem em que as grelhas de avaliação crítica dos artigos) Hipótese => Métodos => Resultados => Críticas	✓	
Facilita a discussão de quando / como as evidências devem ser aplicadas na prática clínica (recorre a conjunto de perguntas que vai introduzindo para estimular a discussão)	✓	
FEEDFORWORD	**Sim**	**Não**
Reúne-se com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador ao longo do percurso de preparação para receber feedback.	✓	
Auto reflete, analisa e melhora suas próprias habilidades para liderar o Nursing Journal Club com sucesso no futuro.	✓	
Documenta o percurso do "nursing journal club".	✓	
No final do estágio responde a questionário sobre o percurso do "nursing journal club".	✓	

Imagem I. Protocolo Nursing Journal Club

Fase Metodológica

Os métodos utilizados no desenvolvimento do NJC apresentam-se na fase metodológica,

na qual se explicita a questão de investigação e todo o percurso efetuado na procura da melhor evidência científica para lhe dar resposta (Fortin, 2009).

Questão de Investigação

Segundo Fortin, Côte e Filion (2009), a questão de investigação deve apresentar a população-alvo, a sugestão de investigação empírica e o tema em estudo, sem necessidade de se examinar os conceitos, ou seja, ser inequívoca. Assim, recorreu-se ao método **PICO** para formular a questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem para superar a barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia?", sendo a ***P****opulation* – toda a população a que o serviço de obstetrícia presta cuidados, incidindo nas puérperas, grávidas e suas famílias; ***I****ntervention* – intervenções de enfermagem; ***C****omparison* – não aplicável; ***O****utcome* – superação da barreira linguística e cultural (JBI, 2020).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Para que a pesquisa nas bases de dados fosse direcionada à problemática em estudo e pudesse selecionar a informação adequada com o propósito de responder à questão de investigação, definiram-se critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: estudos primários ou secundários (desde que se encontrem no 1º nível de hierarquia de evidência científica) entre janeiro de 2017 e abril de 2022, últimos 5 anos, publicados e disponibilizados gratuitamente em texto integral nos idiomas de português, inglês ou espanhol, que identifiquem intervenções utilizadas pelos/as enfermeiros/as no serviço de obstetrícia para superar a barreira linguística e cultural.

Critérios de exclusão: estudos que não se encontrem redigidos nos idiomas referidos nem no período temporal mencionado, que não se encontrem disponíveis na íntegra ou não sejam de acesso gratuito, que incluam uma população que não a definida e cujas intervenções não sejam utilizadas pelo/a enfermeiro/a.

Estratégia de Pesquisa

Após a formulação da questão de investigação e dos critérios de inclusão e exclusão, seguiu-se a pesquisa nas seguintes bases de dados: *Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina,* e *MEDLINE,* acedidas via *EBSCOhost*, e *PubMed*, acedida via independentemente intitulada, estando disponíveis nos Recursos Científicos Online do Instituto Politécnico de Setúbal.

Utilizaram-se vários descritores combinados com os operadores booleanos **OR** e **AND**, resultando na seguinte fórmula de pesquisa: (postpartum **OR** postnatal **OR** puerperium **OR** obstetrics **OR** maternity **OR** pregnancy **OR** pregnant **OR** midwifery OR midwives) **AND** (nursing interventions **OR** nursing strategies **OR** nursing skills) **AND** (communication **OR** language **OR** language barriers **OR** communication barriers **OR** communication challenges **OR** transcultural communication). Optou-se pela procura dos termos no título (TI) ou no resumo (AB) e os critérios de inclusão e exclusão foram utilizados de igual modo em todas as bases de dados, tendo na PubMed acrescido a seleção da população alvo de modo a reduzir a amostra de 1550 para 866 resultados: *newborn (birth-1 month)*, *adolescent (13-18 years)*, *young adult (19-24 years)*, *adult (19+ years/19-44 years)*, *middle aged (45-64 years)*.

Depois de identificados os estudos obtidos e removidos os duplicados nas bases de dados, procedeu-se à triagem através da leitura dos títulos, excluindo-se aqueles que não dessem resposta à questão PICO. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos e eliminou-se os que, novamente, não dessem resposta à questão de investigação. Iniciou-se a leitura integral dos estudos, considerando os critérios de exclusão e a sua utilidade para a apresentação e discussão da evidência encontrada com os enfermeiros do contexto. Por fim, elegeu-se o artigo integrado na base de dados *PubMed: Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters* (Ikhilor et al, 2019).

Pode-se observar o fluxograma representativo do percurso efetuado da seleção da evidência na Figura 1.

Artigos selecionados após remoção dos duplicados entre bases
(n = 899)

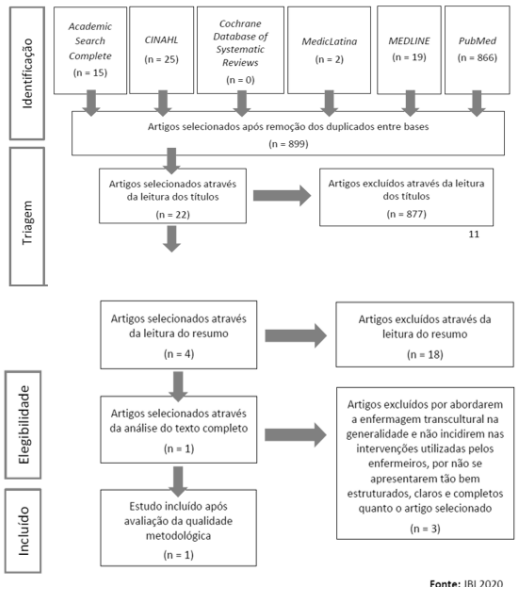

Figura 1. Fluxograma

Avaliação da Qualidade Metodológica

Para que o artigo escolhido pudesse integrar o NJC, realizou-se a avaliação da sua qualidade metodológica com recurso à aplicação da grelha de avaliação própria para estudos qualitativos do *Joanna Briggs Institute* (JBI), disponível na Figura 2., uma vez que o estudo é do tipo qualitativo exploratório (JBI, 2020).

Depois de ser aplicada a *checklist*, avaliando criticamente e em detalhe o estudo, pode-se afirmar que este revela qualidade metodológica e, portanto, é adequado para dar continuidade ao NJC. Apresenta-se ainda como um estudo mais completo e bem estruturado, comparativamente aos restantes artigos lidos na íntegra. A linguagem utilizada é clara e incide na problemática, prestando-se como um instrumento útil para ser apresentado à equipa de Enfermagem e propiciar a reflexão e discussão sobre as conclusões retiradas por cada elemento.

Extração dos Dados

O artigo *Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters* (Ikhilor *et al*., 2019), consultável no Anexo II, visa descrever as barreiras de comunicação sentidas pelas mulheres migrantes alóctones durante a prestação de cuidados na maternidade, sendo igualmente explorada a perspetiva dos profissionais de saúde e intérpretes interculturais na Suíça alemã, isto é, parte da Suíça que fala predominantemente a língua alemã.

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewers: Cristiana Buscardine, Prof.ª Ana Filipa Poeira — **Date:** 20/04/2022

Authors: Paola Origlia Ikhilor, Gabriele Hasenberg, Elisabeth Kurth, Fana Asefaw, Jessica Pehlke-Milde, Eva Cignacco — **Year:** 2019

	Yes	No	Unclear	NA
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	x	□	□	□
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	x	□	□	□
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	x	□	□	□
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	x	□	□	□
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	x	□	□	□
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	x	□	□	□
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	x	□	□	□
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	x	□	□	□
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	x	□	□	□
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	x	□	□	□

Overall appraisal: Include x Exclude □ Seek further info □

Figura 2. Grelha de avaliação de estudos qualitativos do *Joanna Briggs Institute.*

Este estudo qualitativo exploratório foi desenvolvido com 36 participantes, 6 mulheres da Eritreia, 1 da Albânia e 3 de Kosovo, 22 profissionais de saúde e 4 intérpretes interculturais, entre março e junho de 2016, sendo o estudo concluído em 2018 e publicado em 2019. Cada mulher migrante tinha entre 1 e 4 filhos, tendo a criança mais velha 18 meses. Os cuidados de saúde foram recebidos na Suíça alemã por todas ao longo da gravidez, parto e pós-parto. Quanto à compreensão da língua falada, metade não compreendia alemão ou apenas compreendia algumas palavras e a restante compreendia algumas frases simples. Dos 22 profissionais de saúde envolvidos todos são do sexo feminino: enfermeiras, parteiras, obstetras, pediatras e conselheiras de maternidade. Apenas 11 apresentavam qualificação formal para competências transculturais e a sua maioria prestava cuidados frequentemente a mães e

famílias que, em grande parte, falavam tigrínia ou albanês. Já dos 4 intérpretes interculturais, 2 eram da Eritreia, 1 da Albânia e outro da Suíça, tendo a experiência mínima de um ano como tradutores interculturais face-a-face ou via telefónica para grávidas e puérperas.

De modo a poderem acompanhar todo o processo de investigação, os dois investigadores principais recorreram a um tradutor na colheita dos dados, podendo apoiar o moderador de língua tigrínica, se necessário, quando entrevistadas as mulheres da Eritreia numa "discussão de grupo focal" (FGD). Face a dificuldades de agendamento as mulheres que falavam albanês, 1 da Albânia e 3 de Kosovo, realizaram 3 entrevistas, conduzidas por um investigador e por um tradutor. Foi pedido e assinado o consentimento para o uso dos dados colhidos através de gravação, sendo depois transcritos e analisados. Os profissionais de saúde e intérpretes foram também entrevistados, em duas FGD's e individualmente, respetivamente, e os áudios transcritos na íntegra.

A confidencialidade da informação foi mantida ao longo de todo o estudo e os aspetos éticos assegurados, sendo emitido um memorando pela comissão de ética. Relativamente às influências culturais dos investigadores, realizaram-se várias reuniões para discutir e chegar a um consenso sobre a informação reunida, não enviesando o estudo. Incluiu-se um tradutor albanês e eritreano na equipa de investigação para melhorar a compreensão dos padrões culturais das mulheres.

Os resultados obtidos foram divididos em três categorias para facilitar a identificação das principais problemáticas e percecionar divergências e ou consensos nas respostas.

A primeira abordagem engloba o "desafio de compreender o mundo do outro", tendo as entrevistas sugerido que os participantes nos 3 grupos tentaram compreender a realidade e perspetivas uns dos outros, apesar das diferenças, por exemplo, a compreensão dos profissionais de saúde sobre o ambiente social das mulheres migrantes, ou semelhanças, os intérpretes relembram a sua própria experiência num país desconhecido. Houve uma grande dificuldade para as mulheres migrantes em adaptarem-se ao sistema de saúde suíço, principalmente nas questões: a quem recorrer, qual o responsável e como aceder. Muitas vezes as suas expetativas, valores e hábitos de vida diferiam dos profissionais de saúde, dificultando a comunicação. Contudo, a compreensão empática transmitida pelos profissionais de saúde fez as mulheres sentirem-se mais seguras e capazes para lidar com situações stressantes, como o facto de continuarem a ser apoiadas mesmo na sua quarta gravidez/filho longe de casa. A presença da família é um fator positivo referido por estas mulheres. Contudo, os profissionais de saúde referem que a dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com os mesmos, uma relação terapêutica, dificulta mais o seu trabalho. Reforça-se ainda que, apesar do esforço contínuo de todos os envolvidos para compreender a globalidade da situação, o facto de não se ir de encontro às expetativas que as mulheres migrantes e as suas famílias colocam, acaba por ser um grande obstáculo à comunicação. Existe uma desmoralização sentida pelas três partes: não receberam a ajuda que esperavam vs. não providenciaram a ajuda que gostariam.

A "quebra na comunicação" revela a incapacidade em compreender as mulheres migrantes pelos profissionais de saúde e vice-versa, não por ausência de esforço ou negação, mas pela língua distinta falada por ambas as partes. Tal leva a uma redução na comunicação, resultando na insuficiente informação transmitida às mulheres sobre os cuidados e na incapacidade de responder às suas expetativas e necessidades. Ainda assim, algumas mulheres referiram ter tido uma boa experiência nos cuidados de saúde, estando os profissionais de saúde determinados a considerar a sua situação. Já outras referiram que até hoje não entendem porque determinadas decisões foram tomadas, como uma interrupção médica da gravidez devido a complicações. Algumas mulheres mencionaram ter sentido discriminação e falta de humanidade em hospitais e maternidades. Como consequência, evitam-se consultas futuras depois do evento, seja na gravidez, no parto ou pós-parto, podendo levar a complicações evitáveis. Algumas estratégias utilizadas pelos profissionais para ultrapassar as barreiras na comunicação consistiram em várias formas de comunicação não verbal,

tais como imagens ou o recurso a gestos. O toque e o riso ajudaram no ganho de confiança das mulheres nos profissionais de saúde. Ainda assim, este tipo de comunicação é limitada e leva a mal-entendidos, como se veio a confirmar quando os profissionais de saúde validaram a informação dada. Os intérpretes interculturais foram um importante recurso no qual os profissionais de saúde se apoiaram, referindo que a sua disponibilidade devia ser alargada pois existe tendência a condensar toda a informação quando estão presentes. Os enfermeiros mencionaram compreender que ter vários profissionais juntos com o intérprete aumenta a ansiedade da mulher, mas na falta de oportunidades é preferível tentar que retenha alguma da muita informação transmitida do que nenhuma. A família esteve presente nestes momentos e ajudou como intérpretes informais.

A "imposição dos cuidados de saúde" é a terceira categoria que resulta da comunicação ineficaz. Por não se compreender a informação transmitida, as mulheres sentem as suas vontades ignoradas e uma autoridade dos profissionais de saúde sobre si. Por vezes, os/as profissionais de saúde desculpam estas situações com o pensamento que no país de origem destas mulheres as condições para um parto seguro não estariam tão bem asseguradas. Os sentimentos negativos que ambas as partes experienciam aumentam a barreira na comunicação. Uma parteira referiu sentir-se violar os direitos e o corpo da mulher durante uma cesariana de emergência, uma vez que nessa situação a comunicação não-verbal não foi suficiente, não havia a presença da família nem de um intérprete. O rácio enfermeiro/a-mulher acaba por ser outro obstáculo à comunicação, pois o tempo de permanência "à cabeceira" junto da migrante não é o suficiente para ultrapassar a barreira linguística e cultural.

Ao realizarem este estudo, os investigadores referem ser importante investir mais na interpretação intercultural nos serviços de saúde. Uma vez que nem sempre é possível no local, como em situações de emergência. Os serviços telefónicos são um importante recurso a ter em consideração, com benefício a nível do consentimento informado e dos cuidados de qualidade prestados e com diminuição do trauma e stress experienciado pelas mulheres. Os investigadores reconhecem que a comunicação não verbal é insuficiente, mas um importante recurso ainda assim. A presença dos familiares pode dificultar a atuação dos profissionais de saúde quando não integrados no processo de cuidados adequadamente, mas também pode ser um importante recurso para os mesmos: servirem como intérpretes informais se conseguirem compreender minimamente a língua e/ou como apoio psicológico e emocional à mulher migrante. É proposto pelos autores a atuação precoce junto das mulheres migrantes para que a integração da informação e preparação para o parto seja realizada o mais naturalmente possível. É importante que a nível individual os profissionais de saúde possuam competências transculturais para comunicar eficazmente com a população migrante: a nível linguístico, o conhecimento mínimo sobre a outra cultura, uma atitude empática, absterem-se de juízos de valor e refletirem sobre o seu próprio modo de vida sem comparações ou hierarquizações. Embora muitos possuíssem estas competências, na prática referem sentir-se menos proficientes na transculturalidade dos cuidados comparativamente à realização dos procedimentos inerentes aos cuidados. Os investigadores acrescentam que a adaptação das instituições a estes casos deve ser repensada de modo a ajudar a mulher e a criança a atingirem o máximo do seu potencial em saúde, mas também auxiliar os profissionais de saúde a ultrapassar esta barreira.

Síntese dos Dados

Depois de extraídos os dados que explicam o estudo, prossegue-se para uma síntese dos mesmos na tabela 1 com as principais evidências para a prática clínica em Enfermagem. Clarifica-se que as intervenções mencionadas no artigo não foram exclusivamente utilizadas por enfermeiros, mas por se considerar o trabalho da equipa multidisciplinar necessário para atingir um fim comum – o bem-estar da mulher grávida, puérpera e recém-nascido/a – não invalida a qualidade do estudo e a sua utilização no NJC.

Planeamento da Sessão

A sessão de apresentação/discussão em resposta à questão de investigação decorreu em 3 de junho na sala de enfermagem, depois da passagem de turno da manhã para a tarde. Estarão presentes os/as enfermeiros/as que realizam os dois turnos, assim como o enfermeiro chefe do serviço. O tempo de atuação definido são 10-15 minutos, fazendo recurso a slides de orientação previamente elaborados em suporte *PowerPoint.*

Principais dificuldades	Intervenções de Enfermagem mencionadas	Algumas citações relevantes
• Compreender o mundo do outro. • Quebra na comunicação. • Imposição dos cuidados de saúde.	• A família como apoio fundamental para a mulher migrante nos cuidados de saúde ao longo da gravidez, parto e pós-parto. • A família como intérprete informal. • A deteção de competências interculturais. • A relação empática com necessidade de disponibilidade de mais tempo junto da mulher. • A utilização da comunicação não-verbal. • A utilização de intérpretes interculturais (formais).	"Although for the women, the family represents an important moral and practical crutch, healthcare professionals did not always succeed in integrating relatives appropriately into the care process and often perceived them as a hindrance." (p. 7). "According to the interviews the most common strategy to overcome language barriers was communication with gestures. Consequently, health education or promotion and profound counselling to facilitate informed choices was not possible, thus mis- understandings and mistreatments sometimes occurred." (p. 8). "What I find difficult after having organized an interpreter any number of different people come: nurses, the midwife, the pediatrician, the obstetrician... How can the woman take it all in such a short time? But we're not allowed to have an interpreter twice, so we're all packed into one meeting" – Nurse (p. 6). "Emergency situations were particularly stressful for all involved. Professionals were faced with a dilemma: they needed to give comprehensive information and at the same time they had to take immediate therapeutic measures to safeguard mother and child." (p. 8).

Tabela 1. Síntese da Evidência

Previamente foi deixado no serviço o artigo impresso, para que pudesse ser consultado com antecedência pelos/as enfermeiros/as. Foi igualmente acordada a realização da sessão com a enfermeira orientadora e o enfermeiro chefe, tendo sido validada a apresentação com a docente orientadora e com os respetivos enfermeiros.

A sessão teve início com uma breve introdução ao NJC, dando a conhecer esta metodologia de aprendizagem, a questão de investigação e o processo de pesquisa que resultou na escolha do artigo em causa. Em seguida, foi sucintamente abordada a barreira linguística e cultural nos cuidados de saúde à mulher migrante durante a gravidez, parto e pós-parto e a relevância da abordagem desta problemática à luz das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. As estratégias identificadas no artigo foram referidas e sumariadas na apresentação em *PowerPoint*, prosseguindo para a intervenção dos/as enfermeiros/as na sessão.

De forma a dinamizar a discussão, foram colocadas algumas questões: "Existe alguma questão ou dúvida relativamente ao conteúdo do artigo escolhido?"; "Consideram as intervenções referidas adequadas/importantes? Consideram-nas eficazes na prática de Enfermagem?"; "Que outras intervenções podem ser implementadas no serviço?". Foram respondidas as questões colocadas pelos/as presentes que não adiantaram conhecimento ao já aqui referido.

No final da sessão foi reforçada a existência de um recurso que pode auxiliar os/as enfermeiros/as a ultrapassar a barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia. Depois de contactar o Serviço de Tradução Telefónica (STT) e o modo de funcionamento, será afixado no serviço a informação com o respetivo procedimento, Imagem 2. Terminarei a sessão com a questão: "Qual a opinião dos enfermeiros sobre a temática abordada?", compreendendo a apreciação de parte da equipa de Enfermagem relativamente à problemática.

SERVIÇO DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA

Linha de Apoio a Migrantes

808 257 257 / 218 106 191

Horário: dias úteis das 9h-20h e sábado das 9h-17h

Tradução imediata ou agendamento de tradução telefónica. Se videoconferência ou deslocação à instituição, enviar email para susana.oliveira@acm.gov.pt

69 idiomas e dialetos: Albanês, Alemão, Amárico, Árabe, Azerbaijano, Balanta, Baluchi (Paquistão), Bangla/Bengali, Búlgaro, Chinês Mandarim, Chinês-Quingtian/Wenzhou, Chinês-Wenzhou, Chinês-Xangai, Crioulo (Cabo Verde), Crioulo (Guiné-Bissau), Curdo, Dari (Afeganistão), Espanhol, Farsi/Persa, Farsi/Irão, Filipino, Francês, Fula (Guiné-Bissau), Fula (Senegal), Georgiano, Grego, Gujarati, Haaka (Timor-Leste), Hindi, Holandês, Igbo (Nigéria), Ioruba (Nigeria), Indonésio, Inglês, Italiano, Japonês, Kicongo (R. Congo), Kutchi (Índia), Lingala (R. Congo), Lituano, Lori (Irão), Makassarês (Sul Indonésia), Malaiala/Malabar (sul Índia), Mandinga, Marata (Índia), Moldavo, Nepalês, Norueguês, Oromo, Pashto (Afeganistão), Pidgin English (Nigéria), Polaco, Punjabi, Romeno, Russo, Saraiki (Paquistão), Sindi (Paquistão), Somali, Shughni (Tajiquistão), Tailandês, Tajique (Tajiquistão), Tamil (Índia, Sri Lanka), Tetum (Timor-Leste), Tigrinia, Turco, Vietnamita, Ucraniano, Urdu, Wolof.

Imagem 2. Informação de contacto da Linha de Apoio a Migrantes

Discussão e Reflexão

Antes da passagem de turno, realizou-se a sessão na sala de enfermagem. Esta contou com a presença de 6 enfermeiros/as, dos turnos da manhã e da tarde, e 4 estudantes de enfermagem orientados por alguns destes profissionais. O enfermeiro chefe do serviço esteve igualmente presente ao longo de toda a sessão.

Durante 15 minutos abordaram-se os tópicos previamente referidos, assim como a discussão orientada por mim.
Os enfermeiros não apresentaram qualquer questão relativamente ao conteúdo do artigo escolhido, considerando-se adequada a escolha para o NJC. Quando abordadas as intervenções mencionadas no artigo houve um consenso relativamente à sua importância para ultrapassar a barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia, sendo utilizadas pelos enfermeiros na sua prestação de cuidados à mulher migrante quando necessárias.
Relativamente à eficácia das intervenções mencionadas e utilizadas por estes elementos da equipa, não se consegue garantir que as mesmas permitam ao/à enfermeiro/a uma "comunicação 100% eficaz" (sic) devido às "particularidades de cada indivíduo" (sic). Alguns enfermeiros/as acrescentaram que o prolongamento da data da alta, por vezes, acontece por vontade da mulher migrante. Referiu-se que "a comunicação eficaz também só é possível quando existe vontade de ambas as partes" (sic). O companheiro destas mulheres mostra-se, quase sempre, disposto a ajudar na comunicação quando apresentam um maior conhecimento da língua portuguesa ou inglesa. Tal acontece quando são trabalhadores em Portugal há mais tempo, tendo as mulheres imigrado mais recentemente.
Uma dificuldade que a equipa levantou durante a discussão relaciona-se com a utilização dos meios de tradução rápida. Um membro da equipa referiu ter a experiência de usar esta intervenção e da expressão da mulher migrante se mostrar assustada ao ler o escrito no ecrã, tendo tentado outros idiomas. Outro elemento reforçou que esta impossibilidade de tradução integral do português para outros idiomas se evidencia no inglês, quando se faz a tentativa de tradução de uma frase e nem sempre ser aquele o sentido pretendido.
Tendo isto em consideração, coloquei a questão da utilização de tradutores interculturais formais como um recurso disponível. Ao abordar o STT, pude verificar que não é um recurso utilizado pelo serviço. Alguns membros não se recordavam da sua existência e outros referiram que, apesar da eficácia das intervenções utilizadas não se encontrar garantida na sua globalidade, não acharam necessário recorrer até ao momento à ajuda de terceiros, incluindo-se os familiares na população a quem se presta cuidados. Contudo, consideraram pertinente a atualização da informação relativa ao mesmo e, ao serem detentores do processo para se estabelecer o contacto com um tradutor, a mulher migrante e o/a enfermeiro/a, será mais provável utilizarem-no futuramente.

Conclusão

O NJC apresenta a barreira linguística e cultural no serviço em que decorre o estágio como temática, depois de experienciada uma situação que me levou a refletir e partilhar a sua pertinência com os devidos elementos. Não sendo um caso isolado, prosseguiu-se para a formulação da questão PICO e desenvolvimento do processo de investigação. Este resultou na escolha do artigo que apresentava as características adequadas para guiar o trabalho e propiciar a partilha e transferência de conhecimentos entre os elementos da equipa de Enfermagem.
A abordagem a esta problemática permitiu reconhecer que as intervenções de Enfermagem utilizadas para ultrapassar a barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia se fundamentam na evidência mais recente. Através da partilha de conhecimentos, incitada e moderada pela estudante durante a discussão, ponderou-se a integração de uma nova estratégia a que os enfermeiros podem recorrer – folhetos traduzidos para os idiomas e dialetos mais frequentes no serviço com os cuidados de saúde que a mulher migrante deve ter – não substituindo a atuação do enfermeiro, mas reforçando-a. Assim, considero atingidos os objetivos propostos para a elaboração do NJC.
Relativamente ao nosso crescimento pessoal e académico, devemos salientar o desenvolvimento de competências na área, para além de reforçar a integração na equipa de Enfermagem que nos considerou ao longo do Estágio um elemento importante, especialmente em turnos com mais mulheres internadas e mulheres migrantes que relembram a pertinência da temática abordada. A realização da sessão permitiu a superação de um receio próprio: a

apresentação de um trabalho científico para este público. Este aspeto não influenciou a nossa atuação, conseguindo, por isso, alcançar os objetivos específicos inicialmente traçados.

Gostaríamos de poder ter apresentado esta metodologia a mais elementos da equipa, considerando esse o aspeto negativo do NJC. Ainda assim, procurámos recolher contributos individuais de alguns elementos não presentes na discussão, mas com os quais partilhei horários de trabalho. Podemos, desse modo, concluir que existe uma coesão da equipa de Enfermagem quanto às intervenções utilizadas para responder a esta questão e que, apesar de não se conseguir garantir totalmente a sua eficácia, a avaliação que os profissionais realizam é positiva, caso contrário a Alta de Enfermagem da mulher migrante não se efetuaria.

Por fim, a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade envolve a abordagem holística ao indivíduo, família e/ou comunidade que os recebem. Para que tal se concretize, torna-se impossível dissociá-lo da compressão, do conhecimento e da aplicação do mesmo na prática sobre a cultura do outro, prestando-se cuidados culturalmente sensíveis. As intervenções adotadas pelos/as enfermeiros/as para ultrapassar a barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia são fundamentais e eficazes, porém com abertura a novas estratégias que a Investigação sugira.

Uma vez não ter sido referido por nenhum elemento da equipa, mas ser um recurso utilizado, por exemplo, nas consultas da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) ou de Vigilância da Gravidez, questionei a existência de folhetos informativos com a particularidade de estarem traduzidos nos idiomas e dialetos mais frequentes no serviço. Os/As enfermeiros/as mostraram-se bastante interessados na discussão desta ideia, concluindo-se que seria uma mais valia serem elaborados, isto é, traduzirem-se os atuais das consultas, que existem apenas em português, e elaborar-se novos com os ensinos prioritários durante o internamento no serviço de obstetrícia, estando exemplificado em Figura 3. Estes poderiam incluir assuntos como a amamentação, as cólicas, aspetos relacionados com a fralda, as eliminações, e sinais de alarme da mulher

Figura 3. Folheto Informativo sobre os cuidados a ter no Pós-Parto

e do/a recém-nascido/a. Salientou-se que os mesmos não substituem a atuação do/a enfermeiro/a, mas auxiliam na comunicação e compreensão do que se pretende transmitir. No final da sessão os/as enfermeiros/as mostraram-se bastante satisfeitos/as, tendo elogiado a forma como foi apresenta e orientada a discussão. Referiram ter sido uma boa apresentação, de forma sucinta o conteúdo do trabalho desenvolvido antes da discussão, para que compreendessem bem a metodologia e o seu objetivo. A experiência que levou à escolha da temática veio a ser reforçada pela soma de outras, incluindo-se no dia da apresentação, que tornam a sua abordagem tão importante neste contexto. Este facto foi salientado pelos/as enfermeiros/as que consideraram muito pertinente discutir a barreira linguística e cultural na sua prática, ouvindo e partilhando a atuação de cada um. Tal permitiu chegar à conclusão de que as intervenções utilizadas permitem estabelecer relações interpessoais

eficazes e prestar cuidados culturalmente sensíveis.

Em suma, consideramos a adesão da equipa a esta metodologia conseguida, uma vez terem sido ativamente partilhados os contributos de cada elemento e se ter conseguido dar resposta ao principal objetivo da sessão: as intervenções de enfermagem utilizadas para superar a barreira linguística e cultural no serviço de obstetrícia. Segundo a evidência mais recente, a equipa utiliza as intervenções adequadas quando se depara com esta dificuldade na sua prática diária, sendo a família como intérprete informal e a comunicação não-verbal as intervenções mais utilizadas. Apesar do artigo não referir, concluiu-se que a utilização de meios eletrónicos de tradução rápida é uma intervenção que ajuda bastante os enfermeiros na comunicação com mulheres migrantes que falam: panjabi, moldavo, romeno, ucraniano, russo, e, por vezes, crioulo. Estes são os idiomas que mais frequentemente oferecem dificuldades aos enfermeiros, tendo sido inumerados como as principais línguas a serem traduzidas em folhetos. Tentámos colocar em prática este novo recurso, mas dado curto espaço de tempo da realização da sessão do NJC e a finalização do estágio não foi possível. Ainda assim, foi clarificado pelo enfermeiro chefe que poderá dar-se continuidade a esta sugestão, uma vez ter-se concluído ser uma estratégia importante para os/as enfermeiros/as.

Referências Bibliográficas

Conceição, S., Figueiredo, M. H., & Basto, M. (2020). Significados atribuídos pelas mulheres migrantes aos cuidados de enfermagem durante a vigilância da gravidez ao pós-parto. *Suplemento digital Rev ROL Enfermagem, 43(1)*, 146-153. http://hdl.handle.net/10400.26/31410

da Silva, E. R., de Alencar, E. B., Dias, E. A., da Rocha, L. C., & de Carvalho, S. C. M. (2021). Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrónica Acervo Saúde, 13(2)*. https://doi.org/10.25248/reas.e5561.2021

Fortin, M. F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.

Ikhilor, P. O., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing Published, 75*, 2200-2210. https://doi.org/10.1111/jan.14093

Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Poeira, A. F., Cerqueira, A. F., Ruivo, A., Antunes, A., Canais, E. C., Mendes, D., Marques, F. G. C., Ramos, L., Nunes, L., Ferro, F., Vaz, F., Amaral, G., Franco, H., Batalha, N., Leal, P., & Alves, T. (2022). *Guia da Unidade Curricular – Estágio de Opção I*. Departamento de Enfermagem: ESS-IPS.

Poeira, A. F., Ramos, A. L., Gato, A. P., Cerqueira, A. F., Freitas, A., Antunes, A., Ribeiro, C., Costa, F. G., Vaz, F., Franco, H., Nunes, L., Pereira, M., Batalha, N., Fernandes, R., Costa, R., & Duarte, S. (2019). *Nursing Journal Club* enquanto prática pedagógica em Ensino Clínico. *Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior*, 157-161. https://comum.rcaap.pt/entities/publication/9eb6a014-8af3-47a0-9269-fa807af483f0

Vilelas, J. M. S. & Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: O Enfermeiro com Competência Cultural. *Revista Mineira de Enfermagem, 16(1)*, 120-127.

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22566

.

LONG COVID NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Nursing Journal Club

Beatriz Condeças[1], Gonçalo Rodrigues[2], Francisco Vaz[3]

Resumo

Enquadramento: Na população pediátrica, o desenvolvimento de COVID-19 pode dar-se de forma assintomática. Existem complicações a longo prazo que podem ser desenvolvidas, tendo impacto na qualidade de vida da criança/adolescente e respetiva família.

Objetivos: Sistematizar as principais manifestações clínicas da condição *Long* Covid nas crianças e adolescentes e estratégias que podem ser implementadas para minimizá-las.

Material e Métodos: Determinadas as componentes chave da questão de revisão: *Child [MeSh Term] or Adolescent [MeSh Term] AND Long Covid AND Symptoms*. Realizada uma pesquisa na *COCHRANE (Database systematic Reviews), MEDLINE, CINAHL PLUS with full text*, e *Pubmed.* Selecionada Revisão Sistemática da Literatura, após utilização de limitadores. A estratégia de pesquisa, a avaliação da qualidade metodológica e a extração e síntese de dados seguiram o protocolo do *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: Incluído 1 estudo, onde foram identificadas manifestações clínicas apresentadas pela população pediátrica pós a infeção.

Discussão: Identificados sintomas pós-covid na população pediátrica: dificuldades cognitivas, cefaleias, fadiga, febre persistente, mialgias, tosse, dispneia, dor, torácica, dor abdominal, diarreia e anosmia, destacando-se a fadiga e as cefaleias. Considera-se uma mediana de 125 dias de duração de sintomas, mantendo-se no mínimo durante 4 semanas. A Condição Pós-Covid é mais prevalente no sexo feminino e em idades mais elevadas.

Conclusão: A condição *Long* Covid tem impacto na qualidade de vida da criança e adolescente, sendo necessário uma abordagem por parte dos profissionais.

Palavras-chave: *Long* Covid, Manifestações Clínicas, Crianças e Adolescentes

Abstract

Background: Among the pediatric population, the covid development can be asymptomatic. There are long-term complications that can be developed, having an impact in the quality of life of the child/adolescent and their family.

Objectives: Systematize the main clinical manifestations of the Long Covid condition in children and adolescents, as well as the strategies that can be implemented to minimize them.

Material and Methods: Key components of the review question were determined: Child [MeSh Term] or Adolescent [MeSh Term] AND Long Covid AND Symptoms. A search was carried out in COCHRANE (Database Systematic Reviews), MEDLINE, CINAHL PLUS with full text, and Pubmed. Selected Systematic Literature Review, after using limiters. The research strategy, methodological quality assessment, and data extraction and synthesis followed the Joanna Briggs Institute protocol.

Results: 1 study was included, where several clinical manifestations presented by the pediatric population after infection were identified.

Discussion: Post-Covid symptoms have been identified in the pediatric population: cognitive difficulties, headaches, fatigue, persistent fever, myalgias, cough, dyspnea, chest pain, abdominal pain, diarrhea and anosmia, with emphasis on fatigue and headaches. A median of 125 days is

[1] Estudante do Estágio I, 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, beatrizrodriguesnc@hotmail.com

[2] Enfermeiro Orientador, Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, goncalo.ess.92@gmail.com

[3] Professor Adjunto Convidado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, francisco.vaz@ess.ips.pt

considered, remaining at least for 4 weeks. The Post-Covid Condition is more prevalent in females and at older ages.
Conclusion: The Long Covid condition has an impact on the quality of life and well-being of children and adolescents, requiring an approach by professionals.

Keywords: Long Covid; Clinical Manifestations; Children; Adolescents.

Enquadramento

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi notificada relativamente a um cluster de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan. O SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2) é uma estirpe de coronavírus responsável pela doença COVID-19, que se caracteriza como uma doença infeciosa, com repercussões principalmente a nível respiratório (DGS, 2020).

A **transmissão** da COVID-19 ocorre através de duas formas distintas, nomeadamente: contacto direto (através da disseminação de aerossóis/partículas respiratórias) e contacto indireto (através do contacto das mãos com uma superfície contaminada, e que em seguida contactam com a boca, nariz ou olhos). A nível de **sintomatologia** associada à infeção por SARS-CoV-2, considera-se a febre, tosse (de novo, ou com agravamento do padrão habitual, ou associada a cefaleias e mialgias), dispneia, anosmia, ageusia e disgeusia de início súbito (DGS, 2020).

Na população pediátrica, as cefaleias, vómitos e diarreia também são considerados para despiste da COVID-19. O diagnóstico de COVID-19 é clínico, sendo confirmado através de exames laboratoriais (colheita de exsudado nasofaríngeo) (DGS, 2022). Na **população pediátrica**, o desenvolvimento da doença pode dar-se também de forma assintomática, sendo raro o desenvolvimento de condições graves. Contudo, existem complicações a longo prazo que podem ser desenvolvidas, tendo impacto na qualidade de vida e bem-estar da criança/adolescente e respetiva família (Fainardi *et al.,* 2022).

Atualmente, a problemática da **condição Pós-Covid** é uma entidade em crescimento, que se traduz em morbilidade após o período agudo da doença, manifestando-se em sintomatologia persistente e/ou complicações a longo prazo. Está habitualmente associada a um conjunto de sintomas heterogéneos, que podem persistir ou surgir após o quadro agudo. Contudo, existem ainda algumas dúvidas relativamente ao quadro de manifestações clínicas apresentadas, uma vez que não é claro se esta sintomatologia representa uma síndrome clínico associado à COVID-19 ou se possa ser uma resposta inespecífica também encontrada noutras doenças infeciosas de características semelhantes (DGS, 2022).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2022), a condição Pós-Covid caracteriza-se como um espetro de sintomas que se manifesta habitualmente nos três meses seguintes após início da fase aguda da doença e com pelo menos 2 meses de duração. Concomitantemente à evolução e transição fenotípica viral e generalização da vacinação, começam a surgir algumas alterações relativas à incidência e às características da condição Long Covid.

O processo de recuperação da COVID-19 é contínuo, possuindo diferentes objetivos relativamente à fase aguda e à fase pós-aguda. Durante a fase aguda, o principal foco é detetar sinais e sintomas associados, de forma a tratá-los e a minimizar as complicações associadas aos mesmos. Na fase pós-aguda, a abordagem centra-se essencialmente na gestão dos sintomas que persistem, com o objetivo de minimizar o impacto dos mesmos nas atividades de vida diárias (DGS, 2022).

Na população em geral, consideram-se como sintomas mais frequentes a fadiga, dispneia, alterações do olfato e do paladar, depressão/ansiedade e disfunção cognitiva. Na população pediátrica, as características de Long Covid são ainda pouco estudadas, mas já existe alguma evidência relativa ao desenvolvimento da Síndrome Inflamatória Multissistémica em Crianças (MIS-C), bem como outra sintomatologia que pode ser manifestada pelas crianças/adolescentes após a infeção aguda por SARS-CoV-2 (*Long* Covid) (Zimmermann, Pittet, & Curtis, 2021).

A **MIS-C é uma doença inflamatória** que se deve a uma resposta imunológica desregulada, que ocorre em crianças principalmente com idade superior a 5 anos, 2 a 6 semanas após a infeção, com manifestações multissistémicas que envolvem principalmente o sistema cardiovascular, o sistema digestivo e que comprometem a integridade cutânea e das mucosas. Para além de alguns sintomas que são manifestados pela criança como febre difícil de ceder a antipiréticos, vómitos, diarreia, dor abdominal, exantema e sintomas respiratórios associado a comprometimento cardiovascular, existem diversos parâmetros laboratoriais que se encontram alterados e que devem ser considerados (linfopenia, neutrofilia e aumento da ferritina, velocidade de sedimentação, D-Dímeros, proteína C reativa e troponina). Nos casos mais graves, a MIS-C pode culminar em situações de choque (Gama, Isabelle Safadi, & Costa, 2021) (SIP, 2021).

A MIS-C pode ter semelhanças à **Doença de Kawasaki**, a nível de achados laboratoriais e clínicos, surgindo também associada à infeção por SARS-CoV-2 na população pediátrica. A Doença de Kawasaki caracteriza-se por uma inflamação dos vasos sanguíneos, principalmente de médio calibre, como as veias coronárias (SIP, 2021).

Metodologia

A presente Revisão da Literatura tem como **objetivo** sistematizar as principais manifestações clínicas da condição Long Covid nas crianças e adolescentes, bem como que estratégias podem ser implementadas para minimizá-las. Deste modo, foi formulada a questão "**Quais os principais sintomas manifestados pelas crianças e adolescentes na condição *Long* Covid?**" (*What are the main symptoms manifested by children and adolescents with Long Covid Condition*?) utilizando a mnemónica PICO, que permite identificar a evidência científica mais atual e pertinente.

- População/ Population (P) = Crianças e Adolescentes / Childrens and Adolescents
- Interesse/ Interest (I) = Sintomas de Long Covid / Long Covid symptoms
- Comparador/Comparation (C) = não aplicável
- Resultados/ Outcome (O) = Melhoria da sensibilização dos enfermeiros relativamente ao reconhecimento precoce de sintomas sugestivos de complicações na condição Long Covid

Considerou-se igualmente pertinente identificar algumas estratégias que poderão ser utilizadas pelos enfermeiros de modo a minimizar a sintomatologia apresentada pelas crianças e adolescentes na condição pós-covid. Deste modo, surge então a sub-questão "**Quais as estratégias a serem adotadas de modo minimizar o impacto da condição Long Covid nas crianças/adolescentes e respetivas famílias?**" (What are the main strategies to be adopted to minimize the impact of Long Covid condition in children/adolescents and their families?'').

Estratégia de Pesquisa

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa em abril de 2022, na base de dados COCHRANE (Database systematic Reviews), MEDLINE, CINAHL PLUS with full text, e Pubmed utilizando a seguinte frase booleana, que inclui três termos MeSh e uma palavra-chave: Child [MeSh Term] **or** Adolescent [MeSh Term] **AND** Long Covid **AND** Symptoms.

Na segunda fase de pesquisa, foi realizada pesquisa nas mesmas bases de dados, utilizando o seguinte Brainstorming: MH Child Or MH *Adolescent or Children* Or Teenager** **AND** *Long* Covid *Condition Or Long Covid Or Post-Covid Syndrome Or Post-Covid Condition* **AND** *Symptoms Or Clinical Manifestations*. Utilizaram-se como limitadores os idiomas inglês, espanhol e português e artigos publicados entre 2020-2022. Como critérios de inclusão, consideraram-se os estudos que elencassem crianças e adolescentes como participantes, que abordassem a condição *Long* Covid e que incluíssem sintomas e manifestações clínicas da presente condição, considerando todos os tipos de estudo, priorizando Revisões Sistemáticas da Literatura, uma vez que se consideram como nível I de evidência científica. Como critérios de exclusão, consideraram-se estudos que incluem a população adulta/idosa, estudos que incluem apenas o período de infeção

aguda por SARS-CoV-2, estudos que não apresentem qualidade metodológica suficiente e estudos que não respondam à presente questão de investigação.
Após a elaboração de pesquisa, foram excluídos os artigos duplicados, chegando a uma totalidade de 320 artigos. Posteriormente, foram selecionados pelo título 7 artigos, e posteriormente 3 artigos pelo resumo. Por último, foi selecionado apenas 1 artigo pelo texto integral, que integra a presente Revisão da Literatura.

Extração de Dados e Síntese de Dados

O estudo "*Persistent Symptoms following* SARS-CoV-2 *infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies"* (Benhood *et al.,* 2021), trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura, que tivera sido realizada em 2021, no Reino Unido. Tem como principal **objetivo** sintetizar quais os sintomas manifestados pelas crianças e adolescentes na condição *Long* Covid, bem como a sua prevalência na população pediátrica. Para além disso, o presente estudo pretende identificar potenciais riscos associados ao desenvolvimento de sintomatologia após o período de infeção aguda, em crianças e adolescentes.
Como critérios de inclusão da RSL, foram considerados como participantes crianças e adolescentes com idade inferior a 19 anos, com resultado positivo confirmado para infeção por SARS-Cov-2 ou com suspeita prévia de COVID-19 (definida pelo médico), que apresentassem sintomas persistentes após o período de infeção aguda. Para além da escolha de participantes, os autores consideram todos os sintomas da condição *Long* Covid.
Após ter sido realizada uma pesquisa em 7 bases de dados distintas, foram selecionados 15 Estudos de Coorte, 6 Estudos Transversais e 1 Estudo Caso, que decorreram em diversos países (Austrália, Ilhas Faroé, Alemanha, Itália, Letónia, Holanda, Rússia, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos). Na totalidade dos estudos, consideraram-se 23141 participantes (mediana de 109 participantes, por estudo). Todos os estudos foram efetuados após 4 semanas do período de infeção aguda por SARS-CoV-2.
Apesar de terem sido reunidos estes 22 estudos, apenas 5 foram selecionados para a realização de meta-análise, por apresentarem qualidade metodológica. Quatro destes estudos foram realizados na comunidade e um tivera sido realizado com crianças que se encontravam hospitalizadas e previamente hospitalizadas.
Nos estudos selecionados, existiram 10 sintomas comuns que foram identificados na população pediátrica, nomeadamente: dificuldades cognitivas, cefaleias, fadiga, febre persistente, mialgias, tosse, dispneia, dor, torácica, dor abdominal, diarreia e anosmia. Foi possível observar que uma **idade mais elevada está associada à maior prevalência de sintomas** (exceto a tosse), e que no sexo feminino existe uma maior prevalência de sintomas e maior tendência para desenvolvimento de cefaleias, fadiga, mialgias, anosmia e dispneia, e menor tendência para o desenvolvimento de tosse e dor abdominal. Todos estes sintomas foram mais prevalentes em casos confirmados de Covid-19, do que apenas em casos suspeitos. De todos os **sintomas** acima referidos, destacam-se como **mais prevalentes** a presença de **fadiga** (47% da totalidade de casos) e as **cefaleias** (37% da totalidade de casos). Relativamente à duração de sintomas, considera-se uma mediana de 125 dias, mantendo-se no mínimo durante 4 semanas. Habitualmente, os casos que possuem um maior tempo de seguimento em consulta pós-covid, estão associados a uma maior prevalência de fadiga, mialgias, dispneia e anosmia. Os autores referem que os problemas de saúde mental nas crianças e nos jovens têm vindo a aumentar, sendo necessária a abordagem dos profissionais para minimizar as consequências na população pediátrica.

Intervenções de Enfermagem que promovem o conforto da criança/adolescente com sintomas associados à condição pós-COVID

O enfermeiro toma um papel fundamental na minimização da ansiedade provocada pela situação de doença, sendo fundamental integrar os pais nos cuidados, capacitando-os e instruindo sobre toda a sintomatologia associada à infeção por SARS-CoV-2. É importante promover o ***empowerment*** dos pais, de modo que estes consigam encontrar

estratégias para lidarem com a condição apresentada pela criança/adolescente. É também importante que o enfermeiro sensibilize os pais para possíveis sinais de gravidade, que requeiram a deslocação à unidade de urgência pediátrica.

Sendo a **COVID-19** uma doença relativamente recente, ainda existe alguma incerteza associada a tudo o que a doença pode provocar, gerando um **maior nível de ansiedade e stress** na criança/adolescente e respetiva família. Segundo um estudo efetuado por Buonsenso, Fusco, Valentini & Vergari (2022), que retrata a vivência de dois pais face à situação do filho com condição pós-covid, é possível denotar que todas as manifestações clínicas apresentadas após a infeção aguda têm um grande impacto no bem-estar da criança e família. Os pais desta criança, que tivera sido diagnosticada com Covid-19 em novembro de 2020, referem que o facto de verem a criança com alguns dos sintomas mais comuns da condição Long Covid e de ainda não existirem certezas quanto à mesma, lhes provocou uma sensação de desespero e de impotência.

Apesar do diagnóstico de *Long* Covid ser clínico, o enfermeiro toma também um papel fundamental no reconhecimento precoce de sintomas e sinais sugestivos de complicações graves, de forma a garantir uma abordagem clínica e uma prestação de cuidados adequada face às necessidades apresentadas pela criança/adolescente. Para além disso, o enfermeiro é um elo fundamental na articulação dos cuidados com a restante equipa multidisciplinar, cujos elementos são fulcrais para a prestação de cuidados de qualidade.

Existem diversas Intervenções de Enfermagem que podem ser realizadas para promover o conforto da criança/adolescente que vivencia a condição *Long* Covid. Deste modo, neste subcapítulo, serão explanadas algumas Intervenções de Enfermagem, face aos sintomas mais comumente apresentados pela população pediátrica na condição pós-covid, de acordo com os Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos segundo a CIPE®, visando dar resposta à subquestão "**Quais as estratégias a serem adotadas de modo minimizar o impacto da condição *Long* Covid nas crianças/adolescentes e respetivas famílias?**" (What are the main strategies to be adopted to minimize the impact of *Long* Covid condition in children/adolescents and their families?''), proposta para a presente Revisão de Literatura.

Dor Atual – Cefaleias | Dor Abdominal | Dor Torácica | Mialgias

Segundo a CIPE® (2015, p. 54) a dor é uma "perceção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite".

A **dor** é uma **experiência desagradável**, quer a nível sensorial, quer a nível psicológico, sendo de natureza **multidimensional, individual e subjetiva**, estando associada a uma lesão tecidual real ou potencial (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010).

Na **população pediátrica**, a dor pode desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde os primeiros minutos de vida. Apesar da dor ser atualmente caracterizada como o 5º sinal vital e apesar do grande avanço relativo ao conhecimento da mesma, ainda existem crianças que vêm a sua dor tratada de modo insuficiente nos contextos clínicos (OE, 2013).

As **estratégias não farmacológicas** para o alívio da dor, são um excelente recurso, podendo ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com intervenções farmacológicas. Para além do alívio da dor, estas permitem modificar o significado da dor, através de uma reestruturação cognitiva, que permite modificar o medo e a ansiedade associado ao processo doloroso (OE, 2013).

Intervenções de Enfermagem

- **Avaliar a dor**, quanto à sua localização, intensidade, tipo, início, duração e frequência, utilizando a escala mais adequada à faixa etária da criança, nomeadamente: a Escala de NIPS para recém-nascidos (menos de um mês de idade), a Escala de FLACC (a partir dos dois meses de idade), a Escala de Faces Wong-Baker (a partir

dos 3 anos) e a Escala Numérica (a partir dos 6 anos) (Ramos, et al., 2020);

- **Avaliar fatores de agravamento e fatores de alívio da dor;**
- **Vigiar sinais associados à dor**. Os sinais associados à dor, são resultado de uma ativação do sistema nervoso simpático. A nível de sinais vitais poderá haver um aumento da tensão arterial, frequência cardíaca e da alteração da frequência e profundidade respiratória. Para além destes sinais, a presença de dor pode verificar-se muitas vezes pela presença de sudorese, palidez, pupilas dilatadas, náuseas, vómitos, inquietação da pessoa (rigidez do corpo pelo receio de se movimentar, punhos cerrados, ranger de dentes) ou pela expressão de sons queixosos (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010);
- **Encaminhar a criança/adolescente para cuidados de enfermagem de reabilitação** ou fisioterapia, principalmente se toracalgia, para a realização de intervenções mais especializadas;
- **Realizar ensinos à criança/adolescente e família**, de modo a promover o seu empowerment. De modo que a criança/ adolescente e família consigam reduzir o impacto da sintomatologia apresentada no seu quotidiano, é importante que o enfermeiro realize diversos ensinos de modo que os mesmos consigam gerir este sintoma no domicílio, **minimizando a necessidade de recorrer aos serviços de saúde**, quando não existem critérios de gravidade. Neste sentido, na seguinte tabela encontram-se alguns dos ensinos que podem ser realizados.
- **Aplicar e ensinar sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor**. Existem diversos tipos de estratégias não farmacológicas, sendo que algumas delas podem ser aplicadas para a promoção do conforto da criança/adolescente;

ENSINOS A REALIZAR À CRIANÇA/ ADOLESCENTE E FAMÍLIA – DOR	
Cefaleias	→ A aplicação de agente físico frio na região frontal, pode aliviar a dor apresentada. Deve sempre proteger-se o gelo com um pano, de modo a não lesar a integridade cutânea; → A minimização da luminosidade e do ruído é importante; → O contacto com televisores/telemóveis deve ser minimizado, podendo aliviar a cefaleia; → Promover o sono e o repouso; → Deve recorrer-se aos analgésicos prescritos, não se devendo protelar a sua toma; → Se dor intensa, que agravou relativamente ao que era habitual, ou que seja acompanhada por alteração do estado de consciência, associada a vómitos, ou que interrompe o período de sono, deve recorrer à Unidade de Urgência Pediátrica (DGS, 2022).
Dor Abdominal	→ A aplicação de agente físico quente na região abdominal pode aliviar a dor apresentada. Deve avaliar-se sempre a integridade do saco de água quente, protegendo-o com um pano; → A utilização de massagem abdominal ou de relaxamento pode aliviar a dor; → Promover ingestão hídrica e alimentação saudável, de modo a regular o trânsito intestinal; → Deve recorrer aos analgésicos prescritos, não se devendo protelar a sua toma; → Se dor intensa, que agravou relativamente ao que era habitual, deve recorrer à Unidade de Urgência Pediátrica (DGS, 2022).
Dor Torácica	→ Executar técnicas de respiração. Os exercícios de respiração vão fortalecer a musculatura da caixa torácica, facilitando a recuperação e minimizando sintomas; → Otimizar o posicionamento consoante aquilo que for mais confortável para a criança/adolescente; → Deve recorrer-se à terapêutica prescrita, não se devendo protelar a sua toma; → Se dor intensa, que agravou relativamente ao que era habitual, ou em conjunto com dispneia, síncope, alteração do estado de consciência, deve recorrer à Unidade de Urgência Pediátrica (DGS, 2022).
Mialgias	→ A aplicação de agente físico quente, pode aliviar a dor apresentada. Deve avaliar-se sempre a integridade do saco de água quente, protegendo-o com um pano; → O duche com água quente pode também aliviar a dor; → A realização de alongamentos pode minimizar as queixas álgicas; → A utilização de relaxamento pode aliviar a dor; → Promover ingestão hídrica; → Deve recorrer-se aos analgésicos prescritos, não se devendo protelar a sua toma; → Se dor intensa, que agravou relativamente ao que era habitual, que não cede a analgésicos, deve recorrer à Unidade de Urgência Pediátrica (DGS, 2022).

Tabela 1. Ensinos sobre estratégias não farmacológicas

Fadiga Atual

Segundo a CIPE® (2015, p. 58), a fadiga é uma ''Emoção negativa: sentimentos ou diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental''.

A fadiga é uma das manifestações com maior prevalência na população pediátrica e também na população adulta/idosa. Segundo a Direção Geral de Saúde, caracteriza-se como um estado de cansaço constante, com redução da energia, motivação e concentração, que provoca intolerância aos esforços. Para além da fadiga, pode também ser experienciado a exacerbação de sintomas pós esforço (ESPE), onde existe uma exaustão desproporcional ao esforço que foi realizado (DGS, 2022).

Intervenções de Enfermagem

- **Avaliar o impacto da fadiga nas atividades de vida diárias** da criança/adolescente, comparando com aquilo que era habitual previamente à infeção por SARS-CoV-2 (DGS, 2022);
- **Ensinar sobre o início da atividade física**, que deve ocorrer de forma gradual, consoante a tolerância da criança/adolescente. Em crianças/adolescentes que já realizavam desporto anteriormente, devem iniciar exercícios de alongamento, fortalecimento muscular e marcha (DGS, 2022);
- **Ensinar sobre a minimização da intensidade das atividades realizadas**, se exacerbação de sintomas após esforço (DGS, 2022);
- **Ensinar sobre a importância de promover períodos de repouso e sono**;
- **Encaminhar a criança/adolescente para cuidados de enfermagem de reabilitação** ou fisioterapia.

Tosse Atual

Segundo a CIPE® (2015, p.88), a tosse é um ''processo do sistema respiratório comprometido: expulsão súbita de ar dos pulmões para limpar a vida aérea''. A tosse constitui-se como um mecanismo fisiológico e reflexo, que visa eliminar corpos estranhos que se encontram a nível da traqueia ou faringe. Pode constituir-se como voluntária ou involuntária e encontra-se dividida em três fases: fase inspiratória, fase de compressão e expiratória e fase de relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A tosse é descrita como um dos sintomas persistentes após a infeção SARS-CoV-2, sendo importante a intervenção do enfermeiro para minimizar o desconforto e capacitar a criança/adolescente e respetiva família para lidar com o sintoma.

Intervenções de Enfermagem

- **Avaliar função respiratória**, quanto ao padrão, regularidade, simetria, localização e profundidade. Uma correta avaliação da função respiratória permite-nos despistar e atuar na prevenção de possíveis complicações associadas a uma ventilação ineficaz. Devem ser despistados sinais de dificuldade respiratória (tiragem, adejo nasal, balanceio da cabeça) (Ramos, et al., 2020);
- **Incentivar respirações profundas**, uma vez que as mesmas permitem um maior aporte de oxigénio aos pulmões, aumentando a expansão da caixa torácica, possibilitando uma ventilação adequada e consequentemente a reposição de oxigénio;
- **Ensinar sobre exercícios de respiração**, nomeadamente a técnica de respiração diafragmática. Os exercícios de respiração vão fortalecer a musculatura da caixa torácica, facilitando a recuperação e minimizando sintomas;
- **Ensinar sobre a otimização do posicionamento**, nomeadamente a posição de fowler e semi-fowler, que promovem uma expansão torácica eficaz;
- **Encaminhar a criança/adolescente para cuidados de enfermagem de reabilitação** ou fisioterapia, para a realização de intervenções mais especializadas;
- **Administrar terapêutica prescrita e ensinar sobre a administração da mesma no domicílio**.

Cognição Comprometida

Segundo a CIPE ® (2015, p. 46), a cognição é um ‘’processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória. A disfunção cognitiva é um dos sintomas mais predominantes na condição pós-covid, quer na população adulta, quer na população pediátrica (DGS, 2022). Algumas das manifestações mais comuns passam por dificuldade de concentração e lacunas de memória, sendo que isto pode condicionar o aproveitamento escolar da criança/adolescente (Fainardi *et al.*, 2022).

Intervenções de Enfermagem

- **Avaliar o impacto da disfunção cognitiva nas atividades de vida diárias** da criança/adolescente, comparando com aquilo que era habitual previamente à infeção por SARS-CoV-2;
- **Ensinar sobre a importância de executar exercícios de treino cognitivo,** nomeadamente puzzles, jogos e leitura de livros;
- **Ensinar sobre a importância de elaborar ferramentas de compensação,** como listas, notas, lembretes e divisão de tarefas;
- **Ensinar sobre exercícios de relaxamento**, como respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, relaxamento ativo;
- **Ensinar sobre a importância de promover períodos de repouso e sono** (DGS, 2022).

Ansiedade Atual

Segundo, Benhood *et al.,* (2021), os problemas de saúde mental nos jovens têm vindo a aumentar cada vez mais ao longo da situação pandémica atual. Para Fainardi, et al. (2022) a ansiedade pode surgir como uma manifestação clínica da *Long* Covid, mas também pode ser compreendida por tudo o que a situação pandémica veio a alterar, principalmente na vida dos adolescentes.

Segundo Hockenberry & Wilson (2014, p.529), a adolescência é sinónimo de “crescer para a maturidade”, resultando num conjunto de mudanças a vários níveis essenciais para que o adolescente possa transitar para a fase adulta. As diversas mudanças vividas pelo adolescente durante este período, constituem-se como fontes de inquietação em relação a si próprio e por vezes em relação ao que o rodeia.

Para além de todas estas mudanças, a situação pandémica atual veio trazer diversas restrições e alterações abruptas na vida das crianças e adolescentes, sendo necessário uma capacidade de adaptação ainda maior. A ausência de atividades de convívio entre pares e de algumas atividades extracurriculares surtiu um impacto negativo ao nível da saúde mental das crianças e adolescentes que, atualmente, recorrem às unidades de saúde com consequências ao nível da saúde mental, nomeadamente a ansiedade.

A ansiedade surge como uma resposta psicológica e emocional face a situações que se podem constituir como stressantes ou de perigo. A maior parte dos indivíduos experienciam-na durante a vida, quando normal, uma vez que a ansiedade serve como uma preparação para uma situação de perigo (Almeida, 2017).

Contudo, a ansiedade pode tornar-se patológica quando começa a existir uma incapacidade do indivíduo para vivenciar situações, com repercussões nas atividades de vida diárias, provocando uma resposta anormal, intensa, prolongada, com alterações do bem-estar físico, psicológico e social. No caso da situação pandémica atual e da condição pós-covid, a criança/adolescente sente-se ameaçada com as alterações que estão a surgir e que não consegue controlar, provocando receios em relação às suas competências sociais, escolares e na relação com os pares (Almeida, 2017).

Intervenções de Enfermagem

- **Promover a escuta ativa,** de modo a compreender as emoções sentidas pela criança/jovem;
- **Esclarecer todas as dúvidas da criança/adolescente**;
- **Ensinar sobre a técnica do semáforo**. A técnica do semáforo permite que a criança/adolescente reconheça as suas emoções, permitindo lidar da melhor forma possível com situações e sentimentos experienciados. Através desta técnica, é expectável que a

criança/adolescente consiga autogerir as suas emoções, através da expressão ''gráfica'' do seu humor. O exercício consiste ena elaboração de três círculos de cartolina, com as cores semelhantes a um semáforo (vermelho, amarelo e verde), atribuindo um significado a cada uma das cores, designadamente:

- **Vermelho:** É uma cor estimulante, associada a emoções mais fortes, podendo equivaler a raiva e tristeza profunda. É expectável que a criança/adolescente reconheça que os pensamentos ou emoções que se encaixam nesta cor, são uma ''bandeira vermelha'' e requerem a procura de ajuda;
- **Amarelo:** Nesta cor, estão enquadradas emoções intermédias, como a tristeza, falta de vontade de sair e de se relacionar com os pares. É expectável que a criança/adolescente reconheça as suas emoções e encontre estratégias intrínsecas para lidar com estas emoções, de modo que as suas emoções não escalem para um nível superior;
- **Verde:** A cor verde traduz emoções positivas como a alegria. O objetivo é que a criança/adolescente consiga posicionar-se na cor verde sempre. É expectável que a criança/adolescente consiga identificar as emoções da cor verde como sendo algo a manter.

Este semáforo construído pela criança/jovem, pode até ser colocado no seu quarto, para que o mesmo vá tendo a perceção diária das emoções ultimamente sentidas (Condeças *et al.,* 2021).

- **Ensinar sobre exercícios de relaxamento** (respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, relaxamento ativo);
- **Gerir as emoções sentidas pela família**, face à criança/adolescente com perturbações de ansiedade;
- **Encaminhar a criança/adolescente para cuidados mais especializados**, nomeadamente psicologia.

Conclusão

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2022), a condição Pós-Covid caracteriza-se como um espetro de sintomas que se manifesta habitualmente nos **três meses seguintes** após início da fase aguda da doença e com **pelos 2 meses de duração**.

Como manifestações clínicas mais comuns na população pediátrica, consideram-se: dificuldades cognitivas, cefaleias, fadiga, febre persistente, mialgias, tosse, dispneia, dor, torácica, dor abdominal, diarreia e anosmia. Foi possível observar que uma **idade mais elevada está associada à maior prevalência de sintomas** (exceto a tosse), e que no sexo feminino existe uma maior prevalência de sintomas e maior tendência para desenvolvimento de cefaleias, fadiga, mialgias, anosmia e dispneia, e menor tendência para o desenvolvimento de tosse e dor abdominal. De todos os sintomas acima referidos, destacam-se como mais prevalentes a presença de **fadiga** (47% da totalidade de casos) e as **cefaleias** (37% da totalidade de casos). Relativamente à duração de sintomas, considera-se uma mediana de 125 dias, mantendo-se no mínimo durante 4 semanas. Habitualmente, os casos que possuem um maior tempo de seguimento em consulta pós-covid, estão associados a uma maior prevalência de fadiga, mialgias, dispneia e anosmia.

O enfermeiro toma um papel fundamental na minimização do impacto que a condição Long Covid tem na criança/adolescente e respetiva família, minimizando a ansiedade provocada pela situação de doença, sendo fundamental integrar os pais nos cuidados, capacitando-os e instruindo sobre toda a sintomatologia associada à infeção por SARS-CoV-2. É importante promover o *empowerment* dos pais, de modo que estes consigam encontrar estratégias para lidarem com a condição apresentada pela criança/adolescente. É também importante que o enfermeiro sensibilize os pais para possíveis sinais de gravidade, que requeiram a deslocação à unidade de urgência pediátrica.

Referências Bibliográficas

Apóstolo, J. (2017). SÍNTESE DA EVIDÊNCIA NO CONTEXTO DA

TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Condeças, B., Vasconcelos, B., Tomé, D., Correia, J., Patinha, I., & Ramos, L. (2021). Projeto de Extensão Comunitária - O IMPACTO DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS JOVENS. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Hocknberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong- Enfermagem da Criança e do Adolescente. Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.

Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lidel.

Referências Eletrónicas

Almeida, A. (2017). Adolescência e Depressão: o olhar e o cuidar do enfermeiro em Saúde Mental. Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18983/1/Adolescencia%20e%20Depress%C3%A3o.pdf

Aromataris, E., & Pearson, A. (Março de 2014). American Journal of Nursing. The Systematic Review: An Overview, pp. 53-58. https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2014/03000/The_Systematic_Review___An_Overview.28.aspx

Benhood, S., Shafran, R., Bennet, S., Zhang, A., O'Mahoney, L., Stephenson, T., . . . Swann, O. (2021). Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34813820/

Buonsenso, D., Fusco, C., Valentini, P., & Vegari, J. (2022). Long COVID in children: Partnerships between families and paediatricians are a priority for better care. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.15600

Canais, E., Poeira, A., Ramos, A., Cerqueira, A., Gato, A., Freitas, A., . . . Duarte, S. (2019). Nursing Journal Club enquanto prática pedagógica em Ensino Clínico. https://moodle.ips.pt/2122/mod/folder/view.php?id=8512

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma 002/2022 - COVID-19: Condição pós-COVID-19. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022022-de-17032022-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma 004/2020 - Abordagem das Pessoas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-230320201.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx

Fainardi, V., Meoli, A., Chiopris, G., Motta, M., Skenderaj, K., Chopris, G., . . . Esposito, S. (Fevereiro de 2022). Long COVID in Children and Adolescents. https://www.mdpi.com/2075-1729/12/2/285#

Gama, C., Isabelle Safadi, T. G., & Costa, G. (2021). Associações entre doença de Kawasaki e síndrome inflamatória multissistêmica em pacientes pediátricos com COVID-19. https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8626

Joanna Briggs Institute (2015). Systematic review resource package: The Joanna Briggs Institute method for systematic review research quick reference guide. https://joannabriggs.org/ebp

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática-

Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia Orientador de Boa Prática-Reabilitação Respiratória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem. Lisboa, Portugal. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012). Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Sociedade de Infeciologia Pediátrica (2021). 17ª Jornadas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica - Síndrome inflamatório multissistémico em crianças: estudo de 7 casos. https://www.sip-spp.pt/media/frnd4oqo/livro-resumos-17-jornadas-sip.pdf

Ramos, A., Trindade, C., Vaz, F., Figueira, A. R., Jesus, M., & Costa, M. (2020). Enfermagem VII-Orientações de Atuação de Enfermagem Criança e Jovem. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. https://comum.rcaap.pt/entities/publication/efc26c41-9739-45d3-9cf4-0303bb8f2fcd

Zimmermann, P., Pittet, L., & Curtis, N. (2021). How Common is Long COVID in Children and Adolescents? https://journals.lww.com/pidj/fulltext/2021/12000/how_common_is_long_covid_in_children_and.20.aspx

UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA PESSOA SOB DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Nursing Journal Club

André Mateus[1], Isabel Pereira[2], Armandina Antunes[3]

Resumo

A partir da questão de partida: "*Qual a vantagem da utilização da ventilação não-invasiva para o desmame na pessoa submetida a ventilação invasiva?*", visto que, foi uma problemática vivenciada e identificada no contexto de formação clínica. O desmame ventilatório é uma prescrição médica, que se pode basear nas informações que a equipa de Enfermagem fornece (Teixeira, 2020).

Após a realização da pesquisa nas diferentes bases de dados, obteve-se apenas esta revisão sistemática da literatura (RSL): "Non-invasive ventilation as a strategy for weaning from invasive mechanical ventilation: a systematic review and Bayesian meta-analysis". Posteriormente, foi submetida à avaliação da qualidade metodológica, evidenciado uma percentagem de 90%, sendo, então, utilizada no Nursing Journal Club (NJC).

Da análise do artigo concluiu-se que a utilização de ventilação não-invasiva (VNI) no desmame da ventilação mecânica invasiva (VMI) diminui a mortalidade hospitalar, diminui a incidência de paragem da atividade inspiratória (PAI) e o tempo de internamento numa UCI, principalmente em clientes com dificuldade pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Logo, a extubação para VNI pode ser uma estratégia clínica razoável em utentes que falham no Teste de Respiração Espontânea (TRE) (Yeung, *et al*., 2018).

Palavras-Chave: Desmame; Ventilação Mecânica Invasiva; Ventilação não Invasiva; Extubação; Unidade de Cuidados Intensivos

ABSTRAT

The main question is: "*Which the vantage of the use the non-invasive ventilation in the weaning in a person witch invasive ventilation?*" because, it was a problem lived and identified in the practice formation. Realizing that ventilation weaning is a medical prescription, but this decision is based in the nursing team information's (Teixeira, 2020).

After the search was made in databases, I only got this RSL: "Non-invasive ventilation as a strategy for weaning from invasive mechanical ventilation: a systematic review and Bayesian meta-analysis". Posteriorly, this RSL was submitted to an evaluate of the metodologic quality, showing a percentage the 90%, thereby it will be used on this academic work.

The analysis of the article concludesthat the use of NIV on IMVweaning, decrease the hospitalar mortality, the incidence of VAP and the time of the ICU internment, principally in DPOC patients. Thereby, the extubation to NIV it will be a clinical strategy in patients who failed Spontaneous Respiratory Test (SRT) (Yeung, *et al.,* 2018).

Keywords: Weaning; Invasive Mechanical Ventilation; Non-Invasive Ventilation; Extubation; Intensive Care Unit.

[1] Estudante do 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, andreflmprof@gmail.com

[2] Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeira Especialista, isabelmpmp@gmail.com

[3] Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Gestora, armandina.antunes@ess.ips.pt

Introdução

Este artigo surge no âmbito da unidade curricular (UC): Estágio de Opção I, que decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Setúbal, do Instituto Politécnico de Setúbal.

A metodologia usada neste trabalho foi o Nursing Journal Club (NJC) que consiste num método de aprendizagem que promove a formação dos/das futuros/as enfermeiros/as, através da investigação. Este estimula a relação Enfermeiro/a – Estudante visando a aprendizagem, a crítica, a discussão e a avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, ou seja, a prática baseada na evidência (Canais, *et al*., 2019).

Para Johnson (2016), o NJC gera e discute conhecimento, através de conversas sobre a prática a partir de evidências, num ambiente formal, concebendo consensos (Canais, *et al.,* 2019). É expectável, portanto, que o/a enfermeiro/a e o estudante consigam identificar uma problemática, vivenciada em contexto real da prática onde o estágio é realizado, tendo como ponto essencial a análise da sua prática. Posteriormente, o/a estudante realiza uma pesquisa nas bases de dados, partindo de seguida, para a seleção dos artigos pelo nível de hierarquia da evidência dos últimos 5 anos, que responda à questão de partida (Canais, *et al*., 2019). Após este momento, o artigo selecionado, deverá ser analisado em conjunto pelo estudante e enfermeiro/a orientador/a. A seguir à sua análise, deve ser apresentado num momento à equipa de enfermagem (Canais*, et al*., 2019).

O tema selecionado é o desmame da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) com Ventilação Não Invasiva (VNI), pois na análise por nós concebida em concordância com a enfermeira orientadora, a VMI é prolongada e, quando se opta por uma estratégia de desmame, a mais usada é a atmosfera húmida. Tendo em conta, que o desmane ventilatório é considerado um processo crítico, e embora seja uma prescrição médica, esta é uma decisão muito baseada nas informações que a equipa de Enfermagem fornece. Sendo assim, o/a enfermeiro/a com base no seu conhecimento, experiência e competências, pode participar na decisão (Teixeira, 2020).

Enquadramento Teórico

A VNI caracteriza-se pela utilização de um suporte ventilatório através de interface, sem recorrer a procedimentos invasivos, prevenindo desta maneira as complicações relacionadas quer com a Entubação Oro-Traqueal (EOT), quer com a VMI. Este método de ventilação objetiva a minimização do esforço respiratório, o repouso dos músculos respiratórios, o aumento da eficácia das trocas gasosas, e em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a redução da PEEP (*Positive end Expiratory Pressure*) (Ferreira, Nogueira, Conde & Taveira, 2009 cit. por Santinho dos Santos, 2012).

Esta técnica tem sido amplamente utilizada, em alternativa à VMI, principalmente em clientes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, visto que é um método mais seguro, eficaz e confortável. Pode ser utilizado de forma intermitente e apresenta um menor risco de acontecimento de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). O/A utente mantém a capacidade de comunicar verbalmente, mantém a deglutição e a capacidade de expelir as suas próprias secreções. Evidência um menor tempo de internamento, menor custo associado, reduz necessidade de sedação, o desmane é mais fácil e tem uma taxa de mortalidade associada diminuída (Felgueiras, Lohmann, Delerue& Barata, 2006; Ferreira, Nogueira, Conde & Taveira, 2009 cit. por Santinho dos Santos, 2012).

Segundo Magano, Reis, Guedes & Brito (2007) as indicações para VNI podem ser classificadas de acordo com a tipologia da insuficiência respiratória. Na insuficiência respiratória aguda hipercápnica as principais indicações para VNI são: a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) agudizada, a asma, a agudização da fibrose quística, as deformações torácicas, as doenças neuromusculares e insuficiência respiratória pós-extubação. No que diz respeito, à insuficiência respiratória aguda hipoxémica as principais indicações são: o edema agudo do pulmão (EAP), a insuficiência respiratória pós-cirurgia, a pneumonia e a lesão pulmonar aguda (Santinho dos Santos, 2012).

Para Ferreira, Nogueira, Conde & Taveira (2009), para a utilização da VNI ter sucesso, existem fatores a ter em conta: o início precoce, o equipamento e local apropriados, interfaces adequadas e confortáveis, a ausência de pneumonia, a baixa gravidade da situação clínica, secreções em pequena quantidade, a capacidade de cooperação/ boa sincronia doente/ventilador, o status neurológico adequado (> 8 na Escala de *Glasgow*), adaptação adequada ao interface/ sem fugas significativas e o pH entre 7,10 e 7,35 (Santinho dos Santos, 2012). Como contraindicações absolutas para o uso de VNI, apresentam-se: "paragem cardiorrespiratória; instabilidade hemodinâmica severa; arritmia não controlada; pneumotórax não drenado; score segundo a escola de Glasgow <8; cirurgia facial, trauma facial ou deformações oro faciais que impedem a colocação da interface; obstrução da via aérea superior; incapacidade de controlo da via aérea com alto risco de aspiração; hemorragia severa gastrintestinal; recusa do doente à VNI; e indicação de entubação orotraqueal" (Esquinas *et al.,* 2011 cit. por Fragoso, 2014, p.51). Por outro lado, como contraindicações relativas para o uso de VNI, existem: confusão, agitação psicomotora; acidose respiratória severa (pH <7.2); vómitos; obstrução intestinal; cirurgia recente do trato digestivo superior; e falência de dois ou mais órgãos (Esquinas *et al*. 2011 cit. por Fragoso, 2014).

Como maior risco associado apresenta, o de atrasar a entubação oro-traqueal e iniciar-se a VMI (Esquinas *et al*. 2011 cit. por Fragoso, 2014).

Para a realização da VNI, os ventiladores apresentam as seguintes modalidades: BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure, Assistida, Assistida / Controlada, Controlada e CPAP - Continuous Positive Airway Pressure - (Quadro 1.)

BiPAP – (Bilevel Positive Airway Pressure)	Esta modalidade apresenta 2 níveis de pressão alternados por períodos já programados. O IPAP e o EPAP;
Assistida	Nesta modalidade o cliente inicia a totalidade dos movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia;
Assistida/Controlada-	Nesta modalidade o cliente inicia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador é responsável por iniciar os restantes;
Controlada	Nesta modalidade o ventilatório é o único responsável por iniciar os movimentos respiratórios, substituindo o cliente;
CPAP - Continuous Positive Airway Pressure	Esta modalidade apresenta uma pressão positiva contínua nas vias aéreas, permitindo a distensão do alvéolo em todo o ciclo respiratório. É empregue habitualmente na SAOS e em alguns casos de EAP, porque o incremento da pressão intratorácica, pela pressão positiva efetuada pelo ventilador ajuda na redução da pré-carga e na pós-carga, pela diminuição da pressão transmural do ventrículo esquerdo.

Quadro 1. Modalidades Ventilatórias

Fontes:

- Fragoso, S. (setembro de 2014). Perceção dos Enfermeiros no Cuidar do Doente com Ventilação Não Invasiva num Serviço de Internamento. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=32005&codigo=591
- Santinho dos Santos, M. (2012). Intervenção de Enfermagem ao Doente Crítico submetido a Ventilação Não Invasiva. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15971/1/Relat%c3%b3rio%20est%c3%a1gio.%20VNI-PSC.Marco%20Santos.pdf

Relativamente às interfaces, as mais usuais em contexto hospitalar são as máscaras nasal, oronasal e facial total, almofadas nasais e capacete, apresentando, cada uma delas, vantagens e desvantagens (Quadro 2.). Deve-se, portanto, ter em atenção as seguintes premissas: "adaptação correta à constituição anatómica do doente; apresentar material confortável e leve; não

apresente fugas; mecanismo para remoção rápida e fácil; não deve originar complicações; ter o mínimo de espaço morto; e impedir a reinalação do ar respirado" (Esquinas *et al*. 2011 cit. por Fragoso, 2014, p.57).

Relativamente aos cuidados de Enfermagem à pessoa submetida a VNI, deve-se atender a inúmeros aspetos, tais como: **avaliar o estado de consciência**, porque o cliente deve estar minimamente vígil e colaborante para que se adapte e tolere a técnica, **informar e explicar sobre os procedimentos,** deve-se explicar ao cliente no que consiste a VNI e qual o resultado esperado, promovendo assim a sua colaboração, confiança e a segurança, reduzindo a ansiedade e o medo desencadeado pelo início do procedimento.

Ainda sobre as interfaces é fundamental ter em conta o tipo a utilizar, para promover o conforto do cliente e a eficácia da técnica.

Do mesmo modo, também se deve envolver a família/pessoa significativa neste processo, posicionar **o cliente a 45º**, promovendo uma melhor expansão pulmonar e prevenindo a distensão gástrica, **monitorizar o cliente,** possibilitando a vigilância dos sinais vitais, **selecionar a interface mais adequada**, a

Tipos de interface	Vantagens	Desvantagens
Máscara Nasal	Menor risco de aspiração; Facilidade de eliminar as secreções; Menor claustrofobia; Mais fácil adaptação e segurança; Menor espaço morto; Menor risco de aerofagia.	Maior fuga de ar pela boca; Maior resistência à passagem do ar pelas vias nasais, limitando os valores de pressão na VNI; Menor eficácia se ocorrer obstrução nasal; Dor/ desconforto nasal; Xerostomia; Risco de lesão cutânea.
Máscara Oronasal	Melhor controlo, permitindo maior pressão que a máscara nasal, especialmente durante a fase aguda; Menor espaço morto relativamente à facial total; Menor risco de acumulação de CO_2.	Maior espaço morto que a máscara nasal; Claustrofobia; Maior risco de aspiração; Maior dificuldade em falar e ter de suspender a VNI para alimentar o doente; Maior risco de dor/ desconforto facial e aerofagia; Risco de úlcera de pressão.
Máscara facial total	Melhor controle durante a aplicação na fase aguda; Menor incidência de úlceras de pressão; Menor fuga; Maior conforto, comunicação verbal mais eficaz; Utilização de pressões mais elevadas.	Maior espaço morto Risco de menor eliminação de CO_2; Irritação ocular; Impede a eliminação de expetoração, alimentação e higiene durante a VNI.
Almofada nasal	Menor risco de aspiração; Facilidade em eliminar as secreções; Menor claustrofobia; Mais fácil comunicação verbal e alimentação; Mais fácil adaptação e segurança.	Idênticas desvantagens relativamente à máscara nasal; Maior resistência à passagem do ar pelas vias nasais, relacionado com o modo de fixação da interface e maiores fugas.
Capacete	Melhor tolerância à interação com o meio ambiente, mobilidade da cabeça e interação verbal; Menor risco de úlcera de pressão; Fixação universal independentemente dos contornos e ou lesões faciais; Maior colaboração com os prestadores de cuidados.	Maior espaço morto; Maior retenção de CO_2; Desconforto auditivo.

Quadro 2. Tipologia das Interfaces, com correspondestes vantagens e desvantagens.

Fonte: Fragoso, S. (2014). Perceção dos Enfermeiros no Cuidar do Doente com Ventilação Não Invasiva num Serviço de Internamento. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=32005&codigo=591

qual deve maximizar os resultados esperados e a tolerância do cliente ao procedimento. A sua seleção deve atender a: estado geral do cliente, tipo de ventilador, tolerância à interface, morfologia do cliente, nível de colaboração, presença de lesões e posição de dormir, **promover a adaptação da interface ao cliente,** prevenindo a minimização das fugas e do espaço morto, visando o conforto do utente, garantindo a inexistência de fugas e a pressão exagerada. Para se prevenir a existência de fugas e de úlceras de pressão, pode-se usar uma placa de hidrocolóide, porque facilita a adaptação e reduz as fugas, bem como lesões cutâneas, **permitir o alívio da pressão**, o qual deverá ser por curtos períodos, que preferencialmente serão efetuados durante a realização dos cuidados de higiene, na alimentação, na eliminação das secreções, na administração de terapêutica, **registar e verificar se os parâmetros do ventilador,** se encontram de acordo com a prescrição médica e ajustados às necessidades do cliente, **ensinar o cliente a chamar em caso de necessidade,** em caso de dor, desconforto, deslocação da máscara, náuseas, vómito, sensação de enfartamento, dificuldade em respirar ou em expelir secreções, **garantir a continuidade dos cuidados**; **garantir os cuidados com o material,** montando o sistema de forma correta, trocando os dispositivos, respeitando os princípios de lavagem, desinfeção e esterilização, verificando a integridade e o funcionamento dos mesmos (Esquinas *et al.,* 2011 cit. por Fragoso, 2014).

O desmame ventilatório "consiste, assim, num processo de transição da ventilação artificial para a respiração espontânea nos doentes que permaneceram submetidos a VMI por um período igual ou superior a vinte e quatro horas. O seu planeamento deve iniciar-se aquando da admissão do doente na unidade de cuidados intensivos (UCI) e envolve o tratamento da causa da falência respiratória, a identificação dos critérios para iniciar desmame e a extubação" (Boles, M.; 33 Bion, J.; Connors, Mellot, C.; Wellt, T.; 2007 cit. por Teixeira, 2020, pp. 32-33).

O TRE é o teste de diagnóstico que possibilita determinar se o cliente pode ser extubado com sucesso, classificando desmame em simples, difícil e prolongado (Quadro 3.) (Nunes, 2009):

Quadro 3. Classificação dos Desmames Ventilatórios.

Fonte: Nunes, M. (2009). Desmame da Ventilação Mecânica.

Desmame simples	Clientes que superam o TRE e são extubados com sucesso na primeira tentativa. Cerca de 69% dos doentes em fase de desmame;
Desmame difícil	Clientes que requerem até 3 TRE ou até 7 dias desde a primeira TRE para conseguir uma extubação com sucesso. Cerca de 16% dos doentes em desmame;
Desmame prolongado	Clientes que necessitam de mais do que 3 TRE ou mais do que 7 dias desde a primeira TRE para alcançar uma extubação com êxito e representam. Cerca de 15% dos doentes em fase de desmame.

https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstreams/0444d02e-b1a1-46c7-9bf0-59189ac085e9/download

Metodologia

Para a realização da questão de investigação, recorreu-se ao acrónimo PICO (*Joanna Briggs Institute*, 2015), visto que se objetiva representar uma população, uma intervenção, um comparador e um resultado (Apóstolo, 2017). Para a realização desta pergunta de investigação, não se utilizará o comparador, dado que não se pretende estabelecer uma comparação.

A questão de partida é "Qual a vantagem da utilização da ventilação não-invasiva para o desmane na pessoa submetida a ventilação invasiva?", onde:

P (**P**opulação)– pessoas submetidas a ventilação invasiva;
I (**I**ntervenção) – desmane com ventilação não-invasiva;
C (**C**omparador) – não aplicável;
O (**O**utcome) – vantagem.

Critérios de inclusão

Definiram-se os critérios de inclusão para a seleção do artigo, dado que estes possibilitam variar a amplitude do tema a abordar (Donato & Donato, 2019). Dado o exposto, existiu a necessidade objetivar a

pesquisa realizada, de forma a permitir uma análise criteriosa dos artigos.

- Tipo de participantes: Pessoas submetidas a ventilação invasiva;
- Intervenção: Desmame com ventilação não-invasiva;
- Tipos de estudo: Estudos primários e secundários, publicados entre 2017 e 2022, em português ou inglês, com texto integral gratuito.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa consiste na procura e seleção dos estudos publicados, relacionados com a temática (Fortin, 2009). Visto isto, adotou-se o protocolo JBI para a execução desta estratégia de pesquisa.

A estratégia de pesquisa levada a cabo neste trabalho, apresenta-se de numa forma sintetizada no fluxograma (figura 1). Para se obter artigos de forma a dar resposta à pergunta de pesquisa, recorreu-se primeiro à Cochrane Database of Systematic Reviews, visto que esta plataforma apenas possui Revisões Sistemáticas da Literatura (RSL). Como não se obteve nenhum resultado, prosseguiu-se com a pesquisa para as seguintes bases de dados: CINAHL Pluswith Full Text, Medline, AcademicSearch Complete e PubMed. Seguiu-se a aplicação de limitadores (últimos 5 anos, texto integral completo e em português e inglês), o que diminui o número de artigos. De seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, eliminando-se aqueles que não apresentavam estar relacionados com a temática a abordar. No momento seguinte, averiguou-se a presença de artigos duplicados. No final desta estratégia, excluíram-se os artigos que não se encontravam legíveis, dando resposta aos critérios de inclusão pré-definidos.

Avaliação da Qualidade Metodológica

A avaliação da qualidade metodológica é fundamental para a investigação, visto que esta visa o rigor dos métodos de investigação científica, assim como a divulgação de novas revisões (Filho, 2014). Após a realização da pesquisa e seleção do estudo que cumpre com os critérios para elegibilidade de forma a dar resposta à questão de partida, procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica do único artigo elegível. Esta avaliação encontra-se descrita pormenorizadamente atendendo aos vários itens que constituem os instrumentos de avaliação crítica do JBI.

Esta revisão metodológica foi realizada por 1 revisor independente. Para exclusão definiu-se que se o artigo tivesse uma avaliação metodológica inferior a 75% seria excluído.

Para avaliar o artigo: "Non-invasive ventilation as a strategy for weaning from invasive mechanical ventilation: a systematic review and Bayesian meta-analysis" recorreu-se à Checklist for Systematic Reviews and Research.

A RSL apresenta de forma clara e explicita a suapergunta de investigação: "In adults with respiratory failure requiring invasive ventilation for more than 24 h, does a weaning strategy with early extubation to non-invasive ventilation (NIV) compared to invasive ventilation weaning reduce all-cause hospital mortality?". Os critérios de inclusão, são apropriados face à pergunta, dado que apenas incluíram estudos controlados experimentais e quase-experimentais. Foram excluídos estudos de desmane pós-operatório imediato (24horas), ou onde o grupo de controlo fosse a utilização de oxigenoterapia com pressão positiva contínua nas vias aéreas, ou estudos que o propósito era estudar o desmane da VMI pela traqueostomia, para terminar não foi colocada nenhum limitador quer temporal, quer linguístico.

Considerou-se que a estratégia de pesquisa e as fontes foram adequadas, porque o grupo de investigadores utilizou como bases de dados a EMBASE, MEDLINE e Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), recorrendo a termos MeSH. Foram rastreadas citações dos estudos elegíveis e artigos de revisão sistemática relevantes. Após a conclusão da estratégia de pesquisa, removeram-se os artigos duplicados, e os restantes artigos foram

avaliados pelo título e resumo por dois

Tabela 1. Tabela do número de artigos

Bases de Dados	Antes dos Limitadores	Limitadores	Depois dos Limitadores	N.º de artigos finais
Cochrane Database of Systematic Reviews	0			
CINAHL Plus with Full Text	0			
Medline	0			
Academic Search Complete	0			
PubMed	5	Texto integral de livre acesso Últimos 5 anos	3 (2 não dão resposta à questão de partida, após a leitura do título e do resumo)	1

por pesquisa nas bases de dados

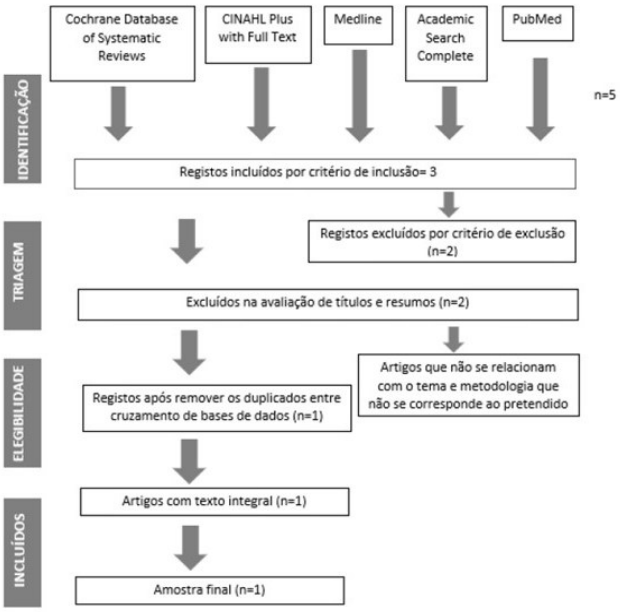

Figura 1. Fluxograma de Pesquisa

revisores independentes, que em caso de discórdia, era alocado um terceiro.

Relativamente ao quinto critério: "Were the criteria for apprains studies appropriate", avalio-o como não estando claro no decurso da leitura do artigo.

Os dados foram extraídos com recurso a uma plataforma piloto, porém após esta extração estes eram avaliados por um revisor. Os dados extraídos foram o local do estudo, o seu ano de publicação, características da população, características da intervenção e do comparador e resultados.

No que diz respeito ao oitavo critério, foram usados os Modelos Hierárquicos Bayesianos, deste modo é possível o agrupamento parcial de informações entre os estudos. Foi avaliado o risco de viés a partir da ferramenta Cochrane para avaliação de viés em estudos controlados randomizados.

Foram feitas recomendações para a prática, baseadas na informação recolhida, e também de novas diretrizes para a realização de novos estudos.

Após esta avaliação é possível inferir que dos 11 critérios definidos pela JBI, esta RSL cumpre 10, ou seja, apresenta uma avaliação da qualidade metodológica de 90%, pelo que foi este o artigo utilizado para a realização do NJC.

Extração e sínteses de dados

Esta análise recai sobre uma RSL, realizada por: Joyce Yeung, Keith Couper, Elizabeth G. Ryan, Simon Gates, Nick Hart e Gavin D. Perkins, em 2018. Para a realização da mesma, os autores, já mencionados, formularam a seguinte pergunta de investigação: "Em adultos com insuficiência respiratória que necessitam de ventilação invasiva por mais de 24 horas, uma estratégia de desmame com extubação precoce para ventilação não invasiva (VNI) comparada ao desmame da ventilação invasiva reduz todos - causar mortalidade hospitalar?" (Yeung *et al*., 2018).

Nesta RSL incluíram-se 25 estudos controlados experimentais e quase-experimentais, tendo um número total de participantes de 1 609 clientes, onde se avaliou de forma quantitativa a utilização de ventilação não invasiva, em comparação com a ventilação invasiva, como estratégia de desmame em adultos ventilados mecanicamente por pelo menos 24 horas (Yeung *et al*., 2018).

A VMI é utilizada para tratar cerca de 35% dos utentes em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O tempo de duração desta técnica encontra-se associado ao aumento da taxa de mortalidade, pelo que é imperativaa execução de um desmane precoce, de forma a melhorar os resultados em saúde. As guidelines internacionais recomendam a avaliação diária dos clientes, para o

desmane, recorrendo às TRE, as pausas regulares na sedação, mobilização precoce e reabilitação evidenciam benefícios neste processo (Yeung *et al.,* 2018).

O desmame da VMI é um processo complexo que requer que os clientes participem, respirem sem ajuda mecânica, mantenham as vias aéreas, expetorem secreções e tolerem o estresse fisiológico resultante (Yeung *et al.,* 2018).

Ao longo do tempo aVNI vem-se afirmando como uma alternativa no desmame da VMI. A extubação para VNI após falha no Teste de Respiração Espontânea é uma estratégia atraente de desmame. Os benefícios dessa abordagem incluem evitar os efeitos prejudiciais da VMI e diminuir os requisitos de sedação e um menor risco de Pneumonia Associada à Intubação (PAI) (Yeung *et al.,* 2018).

Tendo em conta inúmeros estudos, utilizados nesta RSl, constata-se que a mortalidade na alta hospitalar é menor em pessoas que realizaram desmane da VMI, com VNI. E ainda, a VNI diminui quer a duração da VMI (19 estudos), quer o tempo de permanência numa UCI (6 estudos), o que evidência ganho em saúde e monetários. Houve também uma redução no tempo de internamento hospitalar geral. No que diz respeito à DPOC, existe evidência que a VNI apresenta uma taxa de mortalidade mais baixa em doentes críticos (Yeung *et al.,* 2018).

O desfecho primário de mortalidade hospitalar foi relatado em 16 estudos, que incluiu 1 156 utentes. De um modo geral, a mortalidade hospitalar foi mais reduzida no grupo de desmame com VNI em comparação com o grupo de desmame com VMI (Yeung *et al.,* 2018).

No que diz respeito a eventos adversos, como por exemplo a PAI que foi relatada em 14 estudos, as taxas foram menores em clientes que receberam desmame com VNI em todos os estudos. Não existiram dados suficientes para comparar outros eventos adversos relatados. No que diz respeito à sobrevida dos utentes a 30, 60 ou a 90 dias, não houve dados suficientes para retirar estas conclusões, o que se consegue afirmar é que previne os efeitos prejudiciais da VMI, como por exemplo: a PAI (Yeung *et al.,* 2018).

A utilização de protocolos de desmame encontra-se associada à diminuição da duração da VMI e do tempo de permanência na UCI, contundo a presente RSL não encontrou benefício de sobrevida nos utentes submetidos a um desmame protocolado (Yeung *et al.,* 2018).

Há dados que afirmam que o desmame da VMI Prolongado é mais prevalente em doentes com DPOC e ainda mais comuns em doentes com DPOC com insuficiência respiratória (Yeung *et al*., 2018).

A VNI já tem sido amplamente usada no tratamento da insuficiência respiratória aguda, em pessoas com exacerbação da DPOC, dado que existe uma melhoria nas trocas gasosas, uma diminuição do trabalho dos músculos respiratórios, possibilitando o repouso dos músculos respiratórios.

Em suma, confirma-se que a mortalidade na alta hospitalar foi menor no grupo de desmame com VNI em comparação com o grupo com desmame invasivo. E ainda, o desmame com VNI reduziu tanto a duração da ventilação invasiva quanto a duração do tempo em UCI. Como acréscimo de evidências, também demonstrou que a VNI apresentou a uma mortalidade substancialmente menor na alta hospitalar em pessoas com DPOC (Yeung *et al.,* 2018).

Discussão do Artigo

O desmame da VMI é uma etapa fulcral no tratamento do doente crítico entubado e ventilado, que envolve o processo de o libertar de suporte mecânico ventilatório e do tubo endotraqueal. A VMI é utilizada em 35% dos utentes internados em UCI, encontrando-se associada ao incremento da mortalidade. Logo, um desmame célere é importante para melhorar os resultados das pessoas submetidas à mesma (Spyer & Alves, 2020).

Primeiramente, podemos assumir que o suporte ventilatório invasivo é composto por 5 fases, tendo cada uma, os seus objetivos associados:

Fase I: Consiste no tratamento da insuficiência respiratória, com o objetivo de promover trocas gasosas e trabalho respiratório adequado, uma estratégia ventilatória protetora, a sincronia utente-ventilador, higiene

brônquica e proteção das vias aéreas (Spyer& Alves, 2020);

Fase II: Consiste na avaliação dos seguintes parâmetros, com o objetivo de verificar se o utente se encontra pronto para iniciar o desmame da VMI: o episódio agudo que motivou a ventilação mecânica está revertido ou controlado; existe uma troca gasosa adequada, com oximetrias > 90%, a pressão parcial de oxigénio > 60 mmHg, a fração inspirada de oxigénio ≤ 0,4 e PEEP ≤ 8 cmH2O, a frequência respiratória ≤ 35 ciclos por minuto, sem acidose respiratória significativa, presença de trigger respiratório, nível de consciência adequado, estabilidade cardiovascular, tosse eficaz, balanço hídrico a nível zero ou negativo nas últimas 24 horas e sem intervenção cirúrgica próxima (Spyer & Alves, 2020);

Fase III - Avaliação para extubação: realizando o TRE, objetivando se o utente consegue respirar sem suporte de pressão positiva nas vias aéreas. Este é realizado na modalidade ventilatória de pressão de suporte, com pressão de suporte 7 cmH2O, PEEP de 5 cmH2O. Tem uma duração aproximada entre 30 e 120 minutos. Após o sucesso deste teste, realiza-se o teste de permeabilidade da via aérea, recorrendo-se ao esvaziamento do *cuff* do tubo orotraqueal (Spyer & Alves, 2020);

Fase IV - Extubação: deve-se ponderar a extubação quando após TRE o cliente apresentar oximetrias >90%, conforto respiratório, estabilidade hemodinâmica, adequado nível de consciência e teste de permeabilidade positivo (Spyer & Alves, 2020);

Fase V - Pós-extubação: pretende-se manter via aérea permeável e uma adequada troca gasosa, evitando a fadiga muscular e incremento do trabalho respiratório. O seu sucesso é definido quando o cliente permanece por pelo menos 48 horas sem a necessidade de ser reintubado (Gonçalves *et al*.2007 cit. por Spyer & Alves, 2020).

A extubação para VNI após falha no TRE pode ser uma estratégia atraente de desmame. O risco primário associa-se a necessidade de reintubação que, por sua vez, se encontra relacionado a um risco aumentado de mortalidade. A VNI pode prolongar o período de desmame, se a continuação da VNI for mais longa do que teria ocorrido com uma estratégia de desmame da VMI. Exposto isto, existe incerteza sobre a estratégia mais eficaz (Yeung *et al*., 2018).

Uma Diretriz de prática clínica oficial da American Thoracic Society / American College of Chest Physicians (2017), direcionada para utentes adultos com doença aguda e submetidos a VMI por mais de 24 horas, sugere resumidamente: uma reabilitação protocolada direcionada à mobilização precoce; o uso de um protocolo de desmane do ventilador; a realização de um teste de esvaziamento do *cuff*; Para adultos que falharam no teste do esvaziamento do *cuff*, mas estão prontos para a extubação, a administrar corticoides sistémicos por pelo menos 4 horas antes da extubação (Yeung et al., 2018).

Diretrizes clínicas da European Respiratory Society/AmericanThoracicSociety (2017), evidenciam que, a VNI pode ser usada na insuficiência respiratória aguda após a extubação da ventilação mecânica invasiva, visto que a reintubação após a falha da extubação (23,5%) é um grande problema clínico. Logo, qualquer estratégia destinada a reduzir a taxa de insuficiência respiratória pós-extubação e evitar a reintubação merece consideração. Também, a VNI pode ser utilizada para prevenir insuficiência respiratória pós-extubação. Por fim, a VNI pode ser utilizada para facilitar o desmame de clientes submetidos a VMI, porque tem se mostrado tão eficaz quanto a ventilação mecânica invasiva na melhoria do padrão respiratório, em clientes com insuficiência respiratória aguda hipercápnica. Comparando os benefícios da utilização de máscara de venturi em comparação com VNI, após a extubação,concluiu que as taxas de insuficiência respiratória e do tempo de internamento em UCI foram menores nos utentes submetidos a VNI, mesmo que o

utente fosse considerado como ‘‘desmame bem-sucedido’’ (Adryeke *et al*., 2014).
O presente artigo em estudo, englobou 25 estudos num total de 1609 clientes, e pretendeu avaliar a mortalidade na alta hospitalar, a mortalidade a 30, 60 e 90 dias, qualidade de vida relacionada à saúde, duração da VMI, tempo de internamento em UCI e hospitalar e a presença de eventos adversos. Dos eventos adversos relatados nesta RSL destaca-se a PAI que foi claramente definida e descritaem14 estudos (Yeung *et al.,* 2018). Foi demonstrado que a taxa de mortalidade aumenta com o aumento da duração da VMI, nomeadamente devido à PAI e lesão da via aérea. A PAI tem uma incidência entre 9 e 67%, com uma mortalidade de aproximadamente 50%. Estes resultados ainda se agravam mais se houver a necessidade de reintubação, porque aumenta o risco para 4 vezes mais. Em doentes com extubações não planeadas foi evidenciado que 23% não tinha iniciado o desmame e 69% dos que já o tinham, não apresentaram necessidade de serem reintubados, incutindo que muitos doentes são mantidos em VMI mais tempo do que o necessário (Nunes, 2009).
Conclui-se que a utilização de VNI no desmame da VMI diminui a mortalidade hospitalar, a incidência de PAI e o tempo de internamento numa UCI, principalmente em utentes com DPOC. Logo, a extubação para VNI pode ser uma estratégia clínica razoável em utentes que falham no TRE (Yeung *et al*., 2018).

Conclusão

A pesquisa metodologicamente sustentada assim como a análise do artigo permitiu envolver fundamentar uma possível alteração de prática clínica na UCI onde decorria o estágio.
A equipa de enfermagem da UCI mostrou-se muito disponível e recetiva à exposição do tema. Estiveram presentes enfermeiros/as especialistas em enfermagem de reabilitação e em médico-cirúrgica, os/as quais concordaram com a importância da discussão do tema na UCI, tendo inclusive apresentando vários exemplos de outras técnicas que deverão ser ponderadas como o recurso a atmosfera húmida e que não apresentam as mesmas vantagens que o uso de VNI na qual são reconhecidas a minimização do esforço respiratório e o repouso dos músculos respiratórios, o que promove o conforto do utente.
Em suma, a apresentação do NJC também trouxe benefícios, para os/as enfermeiros mais novos do serviço, os/as quais avaliaram a metodologia como útil para o desenvolvimento das suas competências e capacidade de intervenção perante doentes com necessidade de desmame de ventilação mecânica invasiva.

Referências Bibliográficas

Adryeke, E., Ozgultekin, A., Turan, G., Iskender, A., Canpolat, G., Pektas, A., &Ekinci, O. (2014). Ventilação não invasiva após desmame bem-sucedido: uma comparação com a máscara de venturi.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941630109X

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Canais, E., Poeria, A. F., Ramos, A. L., Ferreri Cerqueira, A., Ana, P. G., Freitas, A., . . . Duarte, S. (2019). Nursing Journal Club enquanto prática pedagógica em Ensino Clínico. file:///C:/Users/Asus/Downloads/29092019%20CNAEPS%20Nursing%20Journal%20Club%20Revisto%20(2).pdf

Donato, H., & Donato, M. (18 de fevereiro de 2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/11923/56 35

Filho, J. (dezembro de 2014). A importância da qualidade da Metodologia na Pesquisa. Rev. Bras. SaudeMater. Infant. https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jCrtHrNMwznnTCswwyZnPHw/?lang=pt

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. (N.

Salgueiro, Trad.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fragoso, S. (setembro de 2014). Perceção dos Enfermeiros no Cuidar do Doente com Ventilação Não Invasiva num Serviço de Internamento. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=32005&codigo=591

Joanna Briggs Institute (2015). Systematic review resource package: The Joanna Briggs Institute method for systematic review research quick reference guide. SystematicReviewResource Package - PDF Free Download(docplayer.net)

Nunes, M. (2009). Desmame da Ventilação Mecânica. https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1262/1/Michele%20Nunes-Desmame%20ventilato%C2%A6%C3%BCrio.pdf

Teixeira, A. (2020). Impacto de um protocolo de desmame ventilatório na pessoa adulta numa unidade de cuidados intensivos. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6546/1/RM_AnaRitaPorfirioTeixeira.pdf

Yeung, J., Couper, K., Ryan, E., Gates, S., Hart, N., & Perkins, G. (setembro de 2018). Non-invasive ventilation as a strategy for weaning from invasive mechanical ventilation: a systematic review and Bayesian meta-analysis. file:///C:/Users/Asus/Desktop/EO%20I/artigo%20para%20analise.pdf

Spyer, L., & Alves, A. (01 de fevereiro de 2020). Protocolo Clínico – Extubação. http://aroldotourinhoead.com.br/wp-content/uploads/2021/03/5.-PROTOCOLO-CLINICO-%E2%80%93-EXTUBACAO.pdf

Santinho dos Santos, M. (2012). Intervenção de Enfermagem ao Doente Crítico submetido a Ventilação Não Invasiva. http://hdl.handle.net/10400.26/15971