



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

**Capacitação parental no cuidado à criança com
Diabetes *Mellitus* Tipo 1**

Parental capacitation in caring for children with Type 1 Diabetes *Mellitus*

Andreia Piedade Medalho



**Lisboa
2024**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

**Capacitação parental no cuidado à criança com
Diabetes *Mellitus* Tipo 1**

Parental capacitation in caring for children with Type 1 Diabetes *Mellitus*

Andreia Piedade Medalho

Orientador: Prof. Doutora Maria de Fátima Graça Frade



Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O caminho para a perfeição é fazer da dificuldade uma motivação”

Mariana Bavaresco

Agradecimentos

Na reta final deste percurso exigente e repleto de desafios, chega o momento de agradecer à Professora Doutora Maria de Fátima Graça Frade, pela sua disponibilidade, apoio e orientação durante todo o meu percurso formativo.

Ao meu marido e aos meus filhos, por toda a compreensão, incentivo e motivação, vocês foram a minha força motriz para chegar ao final desta caminhada.

Aos enfermeiros orientadores de todos os contextos de estágio, agradeço a disponibilidade e amabilidade com que me acolheram e o seu empenho na partilha dos seus conhecimentos. Todos foram fundamentais para enriquecer todo este percurso de aprendizagem.

A todas as crianças e jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e suas famílias a quem prestei cuidados, que partilharam comigo as suas experiências e as suas dificuldades, e que me motivaram na procura do meu desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a poder prestar-lhes os melhores cuidados de enfermagem.

Abreviaturas e Siglas

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CCF – Cuidados centrados na família

CD – Consulta de Desenvolvimento

CNT – Cuidados não traumáticos

DDP – Departamento de Diabetologia Pediátrica

DM1 – Diabetes *Mellitus* Tipo 1

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EDP – Equipa de Diabetes Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

IDF – International Diabetes Federation

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SO – Serviço de observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Os enfermeiros prestam cuidados a pessoas que experienciam diversas transições ao longo do seu ciclo de vida, que têm um importante impacto no seu bem-estar, saúde e qualidade de vida. Assim, é fundamental que o enfermeiro desenvolva terapêuticas de enfermagem facilitadoras desses processos de transição, capacitando as pessoas a manter ou restabelecer o seu bem-estar (Meleis, 2014).

A criança com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DM1) e a sua família, experienciam vários tipos de transições que se relacionam com o impacto da complexidade do tratamento, controlo e vigilância da doença, que interferem no crescimento e desenvolvimento harmoniosos da criança e impactam o bem-estar e a qualidade de vida da criança e da família. Os pais das crianças com DM1, ao assumirem um novo papel de principais cuidadores do seu filho, experienciam elevados níveis de stress e ansiedade, relacionados com a elevada exigência da gestão da doença e com as alterações das rotinas e dinâmicas familiares. Neste sentido, a capacitação e empoderamento parental no cuidado à criança com DM1 são focos de intervenção fundamentais na prática de enfermagem, facilitando os processos de transição na adaptação da criança e família à DM1.

Este relatório foi construído tendo por base um projeto formativo, elaborado através da metodologia de projeto, de forma a dar resposta à problemática identificada e no sentido de se desenvolverem competências de mestre e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O projeto foi implementado nos diversos contextos da prática clínica, tendo sido utilizada a metodologia da aprendizagem experiencial e a reflexão sobre a prática, confrontando-as com a evidência científica, que contribuíram para alcançar os objetivos propostos e desenvolver as competências anteriormente descritas.

Palavras-chave: Capacitação, Empoderamento, Pais, Cuidado da criança, Diabetes *Mellitus* Tipo 1.

Abstract

Nurses provide care to individuals experiencing multiple transitions throughout their life cycle, which have a significant impact on their well-being, health, and quality of life. Therefore, it is essential for nurses to develop nursing therapies that facilitate these transition processes, empowering individuals to maintain or restore their well-being (Meleis, 2014).

A child with Type 1 Diabetes Mellitus (DM1) and their family experience several types of transitions related to the impact of the complexity of treatment, disease control, and disease surveillance, which interfere with the child's harmonious growth and development and impact the well-being and quality of life of the child and the family. Parents of children with DM1, when assuming a new role as primary caregivers for their child, experience high levels of stress and anxiety related to the high demands of disease management and changes in family routines and dynamics. Therefore, parental capacitation and empowerment in caring for children with DM1 are fundamental intervention focuses in nursing practice, facilitating transition processes in the child and family's adaptation to DM1.

This report was built based on a formative project, developed through project methodology, to address the identified problem and to develop master's and common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing. The project was implemented in several clinical practice settings, using experiential learning methodology and reflection on practice, confronting them with scientific evidence, which contributed to achieving the proposed objectives and developing the competencies described above.

Keywords: Capacitation, Empowerment, Parents, Child care, Type 1 Diabetes *Mellitus*.

Índice

Introdução	10
1. Problemática de Enfermagem	13
2. Enquadramento Teórico-Conceptual	16
2.1. Impacto da Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1 na criança e sua família	16
2.2. Capacitação parental no cuidado à criança com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1	19
2.3. Filosofia de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e referencial teórico.....	21
2.3.1. Cuidados centrados na família	21
2.3.2. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey	22
2.3.3. Cuidados não traumáticos.....	23
2.3.4. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	23
3. Metodologia.....	26
4. Percurso Formativo para o Desenvolvimento de Competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	27
4.1 Competências de Mestre	27
4.2 Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	27
4.2.1 Unidade de Saúde Familiar	28
4.2.2 Consulta de Desenvolvimento	37
4.2.3 Internamento de Pediatria e Unidade de Diabetologia Pediátrica	43
4.2.4 Urgência Pediátrica	50
4.2.5 Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	58
Considerações Finais e Projetos Futuros	64
Referências Bibliográficas	65
Anexos	
Anexo I - Certificado de Participação nas XXVIII Jornadas de Leiria e Caldas da Rainha com a Comunicação Oral "Dificuldades sentidas pelos pais de crianças e adolescentes com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1 na escola – Revisão Narrativa da Literatura"	
Apêndices	
Apêndice I – Mapa Conceptual	
Apêndice II – Cronograma do Estágio	
Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio	

Apêndice IV - Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no lactente dos 0 aos 12 meses durante a vacinação

Apêndice V - Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na Criança e Adolescente

Apêndice VI - Análise Crítica e Reflexiva de uma Intervenção de Enfermagem Especializada em Contexto de Consulta de Desenvolvimento Infantil

Apêndice VII - Promoção da esperança à criança e ao jovem com doença crónica e sua família

Apêndice VIII - Gestão dos dias de doença aguda na criança e adolescente com Diabetes *Mellitus* Tipo 1

Apêndice IX - Guia Orientador de Boas Práticas: educação terapêutica à criança/adolescente com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e sua família

Apêndice X - Dificuldades sentidas pelos pais de crianças e adolescentes com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na escola – Revisão Narrativa da Literatura

Apêndice XI - Capacitação parental para a alta do recém-nascido da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais – recomendações sobre medidas de segurança

Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua elaboração tem como finalidade espelhar o percurso de aprendizagem, mediante uma atitude reflexiva das experiências vivenciadas nos diversos contextos de estágio, sustentada na mobilização do enquadramento profissional do exercício de enfermagem e na evidência científica, que contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e de competências de mestre.

A temática sobre a qual incide este relatório foca-se no contributo do EEESIP na capacitação dos pais no cuidado à criança com Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1), através da promoção de um controlo metabólico adequado, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança. De acordo com a evidência científica, a vigilância e controlo da DM1 durante a infância é difícil de cumprir e gerir. Viver com DM1 é um grande desafio para a criança e sua família. O inadequado controlo metabólico poderá levar a repercussões no crescimento e desenvolvimento, e ao início precoce de complicações circulatórias/vasculares. O sucesso do tratamento, controlo e vigilância da criança com DM1 está diretamente relacionado com a educação terapêutica adequada e com o apoio e suporte de profissionais de saúde qualificados (*International Diabetes Federation* [IDF], 2021). Neste sentido, a intervenção do EEESIP é fundamental para promover a capacitação dos pais no cuidado à criança com DM1, tendo como alvo a resposta às necessidades dos pais na transição para a parentalidade e na assunção das responsabilidades parentais nos cuidados à criança (Saraiva & Sousa, 2022), promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança e minimizando o impacto na qualidade de vida da criança e família.

Com o enfoque nesta temática, ao longo do percurso formativo, pretendeu-se aprofundar a mesma, questionar a práxis e encontrar novas abordagens que contribuam para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças com DM1 e suas famílias, diminuir o risco de desenvolvimento de complicações futuras, aumentar a qualidade de vida e bem-estar da criança e da família e facilitar as transições que estas vivenciam durante todo o processo de adaptação à DM1, uma vez que no meu contexto profissional,

faço parte da Equipa de Diabetes Pediátrica (EDP) no hospital onde exerço a minha atividade profissional, prestando cuidados a crianças com DM1 e suas famílias.

Os contributos teóricos que sustentam o percurso descrito neste relatório, são a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), os Cuidados Não Traumáticos (CNT), o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e, como conceção teórica dominante, será mobilizada a Teoria de Enfermagem de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis. A Teoria das Transições sustentou e orientou a prática de enfermagem, ao longo de todo o meu percurso formativo, através da compreensão dos processos e experiências humanas de transição e no desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem efetivas que ajudaram a criança e família a recuperar a estabilidade e o bem-estar, promovendo intervenções facilitadoras dos processos de transição, capacitando-as a manter ou readquirir o bem-estar, enfatizando a promoção da saúde, a estabilidade, a homeostasia e a qualidade de vida (Meleis, 2014).

O presente relatório assenta no paradigma da transformação, uma vez que as experiências humanas de transição constituem conceitos centrais para a disciplina e prática de enfermagem, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados como um resultado da intervenção dos enfermeiros. No cuidado de enfermagem à criança com DM1 e sua família, encara-se cada situação como única, complexa e global. A criança com DM1 e sua família são vistos como um todo indissociável, maior que a soma das suas partes, coexistindo em relação mútua e simultânea com o universo. O enfermeiro procura, através da interação contínua, recíproca e simultânea, facilitar os processos de transição que a criança e família vivenciam na adaptação à DM1, havendo benefício da relação para ambas as partes (Pepine et al., 2010).

Os objetivos gerais definidos para todo o percurso formativo foram: 1) desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença e contextos onde se inserem; 2) desenvolver competências especializadas na capacitação parental para o cuidado à criança com DM1. Para atingir estes objetivos no decurso da diversidade de situações de cuidados com as quais me deparei nos diferentes contextos de estágio, e durante a elaboração deste relatório, foi utilizada a metodologia da aprendizagem experiencial e o exercício reflexivo sobre a prática.

Este relatório estrutura-se em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda a pertinência da problemática em estudo e a justificação da sua escolha como área de interesse. O segundo capítulo é constituído pelo enquadramento teórico-conceitual sobre o impacto da DM1 na criança e sua família; a capacitação parental no cuidado à criança com DM1; a filosofia de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e o referencial teórico que orientou a minha prática ao longo dos contextos de estágio e durante a elaboração deste relatório, que engloba os CCF, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, os CNT e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. O terceiro capítulo diz respeito à metodologia utilizada no decurso do processo formativo e na elaboração deste relatório. O quarto capítulo descreve o percurso formativo para o desenvolvimento de competências de mestre e de EEESIP, através da descrição do percurso de aprendizagem, mediante uma análise reflexiva das experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, de acordo com os objetivos delineados. No quinto e último capítulo são realizadas as considerações finais e abordados os projetos para o futuro.

O presente relatório foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição.

1. Problemática de Enfermagem

O número de crianças e jovens com DM1 tem vindo a aumentar anualmente, especialmente nos países mais desenvolvidos (Europa e América do Norte). Em 2021 estima-se a existência de mais de 1,2 milhões de crianças e adolescentes (0-19 anos) com DM1 a nível mundial. Mais de metade (cerca de 54%) tinham menos de 15 anos de idade. Estima-se que, por ano, sejam diagnosticados com DM1 cerca de 108 200 crianças e jovens abaixo dos 15 anos, sendo que este número aumenta para 149 500 nos jovens com menos de 20 anos (IDF, 2021). A DM1 é uma das doenças crónicas mais comuns nas crianças e jovens e a forma mais prevalente de diabetes nestas faixas etárias (IDF, 2021).

As crianças e jovens com DM1 em Portugal, em 2015, eram cerca de 3 327, com idades entre os 0 e os 19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa nesta faixa etária. Em 2015 foram detetados em Portugal 13,3 novos casos de DM1 por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. Nesse ano a DM1 atingia 1828 jovens entre os 0-14 anos, tendo sido detetados 195 novos casos nesta faixa etária (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2019).

Apesar de terem uma doença crónica, as crianças com DM1 podem ter uma vida saudável, plena e sem grandes limitações. Para tal é necessário cumprir o tratamento adequado que engloba a administração de insulina, a prática de uma alimentação saudável, realizar exercício físico regular e a educação da criança e sua família que engloba a educação para a vigilância e controlo da diabetes, através da avaliação da glicemia que deve ser efetuada várias vezes ao dia e que permite o ajuste da dose de insulina, da alimentação e da atividade física (SPD, 2019). O objetivo dos cuidados a estas crianças é o de atingir um bom controlo metabólico, um crescimento e desenvolvimento saudáveis e a aquisição de estratégias que permitam lidar com as atividades de vida diárias (IDF, 2021; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011; SPD, 2019).

O cuidado à criança com DM1 requer uma abordagem complexa e diária relativamente ao seu tratamento, controlo e vigilância que causa um impacto significativo a nível do bem-estar físico, psicossocial e emocional da criança e sua família (Rikos et al., 2022; Thoft et al., 2022). As crianças com DM1 referem frequentemente baixa autoestima, sentem-se diferentes dos seus pares, têm medo de não serem aceites no grupo, sentem-se assustadas devido à complexidade da gestão e tratamento da doença, revoltados pelo facto de terem uma doença sem cura e têm dificuldade em aceitar a mesma (Kose &

Murat, 2020; Serrabulho et al., 2011). O apoio e o envolvimento dos pais na gestão da DM1 são fundamentais, pois contribuem para a melhoria da gestão da doença e favorecem a adaptação e a aceitação por parte da criança, o que leva a uma maior adesão ao tratamento, contribuindo para um melhor controlo metabólico e uma melhor qualidade de vida (Pimentel et al., 2017; Souza et al., 2019).

Os pais das crianças com DM1, ao assumirem o papel de principais cuidadores, experienciam elevados níveis de stress e ansiedade relacionados com a elevada exigência da gestão da doença, com as alterações das rotinas e dinâmicas familiares e têm receio das possíveis complicações (Gampelaere et al, 2020). Por conseguinte, a DM1 pode ser vista como um *stressor* que afeta o desenvolvimento da criança e também atinge as relações sociais dentro do sistema familiar (Pimentel et al., 2017).

O apoio, suporte e relação de confiança com os profissionais de saúde influenciam positivamente os comportamentos de autocuidado e autocontrolo, para além de aumentarem a adesão ao tratamento, resultando na melhoria do controlo metabólico e do desenvolvimento psicossocial e emocional saudáveis da criança com DM1 (Bigaran et al., 2022; Serrabulho, 2011). Segundo Kose & Murat (2020), o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e família promove a melhoria da qualidade de vida e facilita a melhor aceitação e adaptação à doença, melhorando a adesão ao tratamento, o que previne as possíveis complicações da doença. Assim, o papel do EEESIP assume uma importância fulcral no cuidado à criança com DM1 e sua família desde o momento do diagnóstico, sendo responsável por transferir conhecimentos e habilidades que exigem informação e domínio de competências básicas no controlo e gestão da doença. Para além disso, o EEESIP deve realizar uma apreciação da parentalidade de forma a proporcionar a adaptação dos pais à doença e à complexidade da sua gestão, garantindo o seu suporte emocional, destacando-se como um elemento facilitador nas transições vivenciadas pela criança e sua família (OE, 2011; Pimentel et al., 2017; Saraiva & Sousa, 2022).

Torna-se fundamental que o EEESIP envolva os pais no cuidado à criança com DM1, promovendo a sua capacitação nesses cuidados e a adesão ao tratamento e gestão da doença, com vista à promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo a probabilidade de possíveis complicações (OE, 2011; Pimentel et al., 2017; Saraiva & Sousa, 2022).

A escolha desta temática, para além da importância que assume na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à criança com uma doença crónica como a DM1, surge também devido ao meu interesse pessoal sobre a mesma e ao meu contexto de prestação de cuidados, onde faço parte da EDP, criada em 2020, na unidade hospitalar onde trabalho. Desde esse ano que a EDP passou a fazer educação para a saúde na gestão diária da doença à criança/adolescente com DM1 inaugural e sua família, no internamento de pediatria da unidade hospitalar onde exerço funções. Anteriormente as crianças e adolescentes que eram admitidas no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do referido hospital com o diagnóstico de DM1 inaugural, após a sua estabilização, eram transferidas para um hospital central para que fosse realizada a educação terapêutica na gestão da doença. Por este motivo senti necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estas crianças e suas famílias, pelo que a aquisição do título de EE torna-se um imperativo para o desenvolvimento do meu percurso profissional.

2. Enquadramento Teórico-Conceptual

2.1. Impacto da Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na criança e sua família

O diagnóstico de DM1 na criança é sentido pelo sistema familiar como uma ameaça, uma vez que causa uma sensação de imprevisibilidade por se tratar de uma doença crónica, exigindo a transformação das rotinas e dinâmicas familiares e do estilo de vida, levando a um processo de desestabilização e de reacomodação das famílias (Moghadam et al., 2022; Saraiva & Sousa, 2022). Cuidar de uma criança com DM1 requer uma vigilância constante por parte dos pais e uma abordagem complexa e diária relativamente ao seu tratamento, controlo e vigilância que causa um impacto significativo a nível do bem-estar físico, psicossocial e emocional tanto na criança como na sua família (Moghadan et al., 2022; Rikos et al., 2022; Thoft et al., 2022). Quando uma criança é diagnosticada com DM1, o exercício do papel parental exige a transição para o papel de cuidadores de uma criança que ainda não é autónoma na gestão e controlo da doença, exigindo uma reorganização de prioridades e uma readaptação do sistema familiar (Sousa et al., 2023).

Segundo Dingle e Mulnier (2022) as crianças antes dos 9 anos de idade não adquiriram a maturidade e o desenvolvimento psicomotor adequados para realizarem a administração de insulina de forma independente. A maioria das crianças a partir dos 10 anos de idade conseguem administrar insulina de forma autónoma, no entanto muitas delas têm um desempenho variável na realização da injeção, executando-a de forma pouco adequada. Assim, a evidência científica demonstra que não existe uma idade específica em que a criança seja competente para fazer a administração de insulina de forma independente, o que revela que a idade não é um bom indicador para a autonomia na injeção. Para além da idade, é necessário que a criança adquira a maturidade e as competências motoras necessárias para fazer a injeção de insulina adequadamente. O envolvimento dos pais no tratamento da DM1 deve continuar e ser encorajado, mesmo em idades mais avançadas, pois é um fator de proteção para melhorar o controle metabólico da diabetes (Dingle & Mulnier, 2022).

O momento do diagnóstico da DM1 é percecionado pelos pais como um dos momentos mais difíceis das suas vidas, sendo vivenciado com tristeza, angústia, choque, culpa, impotência, desespero e sofrimento, que resulta em ansiedade, stress e medo de não saberem lidar com as situações que poderão decorrer da vivência da doença crónica

(Moghadam et al., 2022; Sousa et al., 2023). A tristeza manifestada pelos pais relaciona-se com a sensação de perda de terem um filho saudável, pelo que a sua vida passa a ser considerada como uma vida cheia de preocupações, medos e incertezas (Souza et al., 2020). O medo do desconhecido, da complexidade da gestão terapêutica e do prognóstico da doença leva a que os pais se sintam assoberbados pelas enormes responsabilidades no cuidado à criança (Sousa et al., 2023). O facto de ser uma doença crónica com a possibilidade de ocorrerem complicações se não for bem controlada, torna muito difícil a sua aceitação por parte dos pais (Moghadam et al., 2022).

O estabelecimento de novas rotinas na família é marcado por incertezas, sentimentos negativos de medo e de indignação perante o futuro dos seus filhos (Barichello et al., 2022; Pimentel et al., 2017; Sousa et al., 2023). Para os pais, familiarizar-se com a nova situação é um grande desafio pois eles têm de adquirir rapidamente conhecimentos sobre a doença e desenvolver competências para a gestão do regime terapêutico que incluem cuidados específicos como a avaliação da glicemia, a contabilização de hidratos de carbono, o cálculo da dose para a administração de insulina e a manipulação de novos aparelhos tecnológicos como os sistemas de monitorização da glicemia e a bomba de insulina (Sousa et al., 2023; Thoft et al., 2022).

As restrições relativamente aos hábitos alimentares na criança com DM1 exigem a alteração dos hábitos alimentares de toda a família, o que representa um grande desafio para todos, sendo bastante difícil a adesão a estes novos hábitos (Bigaran et al., 2022; Sousa et al., 2023; Souza et al., 2020). Estas alterações têm um grande impacto na criança e família, levando a que, por vezes, deixem até de frequentar determinados locais ou de participar em eventos e festividades para evitarem estar em contacto com os alimentos que não devem ingerir, o que pode levar ao isolamento social da família (Sousa et al., 2023).

Uma das grandes dificuldades dos pais é que lhes causa muita ansiedade, insegurança, medo e sofrimento é a realização de procedimentos dolorosos como a avaliação da glicemia capilar e a administração de insulina, especialmente nas crianças mais novas, sendo considerados os procedimentos mais difíceis do tratamento da diabetes (Barichello et al., 2022; Pimentel et al., 2017; Sousa et al., 2023).

Os pais manifestam múltiplas preocupações que os acompanham ao longo da vida como a gestão do regime terapêutico, a possibilidade de ocorrer hipoglicemia e eventuais

descompensações da DM1 que poderão levar à hospitalização, a saída de casa dos filhos para a escola onde estes não estão sob a sua vigilância, a possibilidade de complicações futuras e as relativas à qualidade de vida futura dos filhos, a imprevisibilidade das oscilações dos valores da glicemia e a dificuldade em controlá-los (Sousa et al., 2023). Todos estes fatores contribuem para a constante ansiedade e stress dos pais, o que pode levar à sua exaustão e à ocorrência de problemas emocionais (Moghadam et al., 2022).

A constante preocupação com o seu filho leva muitas vezes a dificuldades na relação entre o casal, devido à existência de conflitos motivados pelo desacordo sobre a forma de cuidar da criança, os conflitos com o filho com DM1 na fase da adolescência também prejudicam a relação pais-filhos e os irmãos da criança com DM1 também podem sentir ciúmes e revolta pelo facto dos pais dedicarem mais tempo e atenção ao seu irmão, o que causa um grande impacto nas relações familiares (Moghadam et al., 2022).

As crianças com DM1 referem que a diabetes é uma doença complicada, que lhes causa um grande impacto na sua qualidade de vida, sendo a sua aceitação muito difícil devido a todas as mudanças que implica no seu dia-a-dia, causando-lhes revolta e tristeza. Estas crianças referem frequentemente baixa autoestima, sentem-se diferentes dos seus pares, têm medo de não serem aceites no grupo e sentem a diabetes como um impedimento de fazer aquilo a que estavam habituados (Kose & Murat, 2020; Serrabulho et al., 2011). Todos estes aspetos podem levar a mudanças no estado emocional da criança que poderão resultar em ansiedade e depressão (Kose & Murat, 2020; Serrabulho et al., 2011; Thoft et al, 2022).

A evidência científica demonstra que os procedimentos associados a agulhas, que fazem parte do tratamento e gestão da DM1, são considerados um dos grandes desafios para as crianças, causando-lhes sentimentos negativos como o medo e a dor. Os procedimentos que envolvem agulhas são descritos pelas crianças como assustadores, dolorosos, difíceis e desagradáveis e estão frequentemente associados a ansiedade e nervosismo. Todas estas experiências negativas afetam o dia-a-dia da criança, pelo que a maioria das crianças referem que viver com DM1 é extremamente difícil e fá-las sentirem-se diferentes (Göthesson et al., 2023).

2.2. Capacitação parental no cuidado à criança com Diabetes *Mellitus* Tipo 1

As crianças com DM1 são uma população especialmente vulnerável pois necessitam da presença de um adulto responsável pelo tratamento e gestão da doença nos diversos contextos do seu dia-a-dia, pois não adquiriram ainda as competências cognitivas, a maturidade, o desenvolvimento motor, emocional e psicológico que lhes permitam gerir o tratamento da sua doença crónica (Dingle & Mulnier, 2022). Para as mesmas autoras, a responsabilização demasiado precoce da criança relativamente à gestão da DM1, relaciona-se com piores resultados a nível do controlo metabólico. Assim, é essencial o envolvimento da família na gestão da DM1 (Feldman et al., 2018), sendo que os pais têm uma grande responsabilidade na gestão da doença, quando a criança ainda não tem competências para o autocuidado e o autocontrolo da mesma (Markowitz et al., 2012, conforme citado por Uhm & Kim, 2022).

A família é uma constante na vida da criança e como tal influencia diretamente o seu crescimento e desenvolvimento, sendo responsável por satisfazer as suas necessidades e proporcionar um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento saudável (OE, 2017). O envolvimento da família na gestão da DM1 é essencial, pois promove um melhor controlo metabólico da criança (Dingle & Mulnier, 2022). No entanto, cuidar de uma criança com uma doença complexa como a DM1 é extremamente desafiante e difícil, devido à complexidade da sua gestão e tratamento (Moghadan et al., 2022). Logo após o diagnóstico de DM1, a família tem de adquirir rapidamente conhecimentos e competências na gestão e tratamento da doença que lhes permitam cuidar do seu filho no dia-a-dia. Para além disso, os pais necessitam de apoio e suporte emocional devido ao impacto significativo que a DM1 tem a nível do bem-estar físico, psicossocial e emocional, tanto na criança como na família (Moghadan et al., 2022; Rikos et al., 2022). Por este motivo os pais necessitam de ser capacitados e empoderados na gestão terapêutica, no controlo e na aquisição de capacidades essenciais ao ótimo controlo metabólico dos seus filhos, como também na gestão emocional de todo o impacto que a DM1 tem, quer na criança, quer na sua família (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O conceito de *empowerment* está relacionado com a ideologia de potenciar um grupo de baixo poder, de forma a igualar o grupo de alto poder. Consiste em capacitar o indivíduo para agir, permitindo-lhe entender a dinâmica entre as suas ações e os seus

resultados, dando-lhe o poder de alcançar os objetivos que pretende atingir, fornecendo ferramentas, recursos e ambientes propícios de forma a construir, desenvolver e aumentar a capacidade para alcançar as suas metas (Haddad & Toney-Butler, 2020). Desta forma, afirma-se que um indivíduo empoderado encontra-se mais habilitado para fazer melhores escolhas, tem mais autonomia e mais elevados níveis de autoeficácia, possui maior conforto na capacidade de resolução de conflitos e problemas, estando assim mais apto na prestação de cuidados, de acordo com o contexto e necessidade, e tem maior motivação para aumentar os seus conhecimentos, conduzindo à mudança (Ramos, 2020).

Dentro do amplo conceito de *empowerment* está subjacente o conceito de capacitação, que é considerado um processo ou resultado, e consiste numa estratégia para melhorar e promover habilidades e competências, fornecendo meios, oportunidades e recursos, de forma que a criança e família revelem as suas habilidades, adquiram novas competências, se sintam mais competentes, independentes e confiantes para satisfazerem as suas necessidades (Haddad & Toney-Butler, 2020). Este conceito tem especial relevância para a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica devido à importância da promoção de conhecimentos e capacidades de atuação por parte dos pais enquanto principais cuidadores das crianças (Ramos, 2020).

O *empowerment* e a capacitação são fatores cruciais na promoção do autocuidado da pessoa com doença crónica e da sua família (Uhm & Kim, 2022). O papel do EEESIP é fundamental para a capacitação e *empowerment* da família da criança com DM1, transmitindo conhecimentos sobre a preparação e administração de insulina, alimentação saudável, contagem de hidratos de carbono, atividade física, monitorização e avaliação da glicemia e cetonemia, promovendo a compreensão e aceitação do seu novo papel de cuidadores, promovendo a adesão terapêutica, a competência na resolução de problemas, as estratégias de *coping* saudável e a redução do risco para a saúde, na perspetiva do desenvolvimento da autonomia e independência para o cuidado ao seu filho, favorecendo o bom controlo metabólico (Dai et al., 2022; Monteiro & Cerqueira, 2020; Mphasha et al., 2023).

Na fase de transição dos pais para o papel de cuidadores, a intervenção do enfermeiro é também primordial no apoio emocional, sendo a relação que se estabelece com a família um fator essencial para um bom ajustamento à situação (Zhao et al., 2019)

Todas estas intervenções estão subjacentes ao Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, onde o EE “E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (...) E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (...) E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (...) E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento nº 422/2018).

2.3. Filosofia de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e referencial teórico

2.3.1. Cuidados centrados na família

Os CCF são um dos pilares do cuidar em Enfermagem Pediátrica, procurando dar resposta às necessidades da criança e família, reconhecendo esta última como uma constante e fundamental na vida da criança (Hockenberry, 2024). A filosofia dos CCF identifica a criança e a família como a unidade de cuidados, onde na relação enfermeiro-família se estabelece uma parceria de cuidados, sendo os pais apoiados no seu papel de cuidadores, promovendo os laços familiares e a normalidade das rotinas familiares, dando pertinência à informação obtida junto da família, de forma a personalizar os cuidados prestados à criança e família. Os CCF defendem que a família é integrada nos cuidados à criança, ao nível da tomada de decisão e do planeamento dos cuidados, em conjunto com o enfermeiro (Hockenberry, 2024).

Os pilares dos CCF são a dignidade e o respeito, a comunicação eficaz e a partilha de informação, a colaboração e a negociação, a flexibilidade e o *empowerment* (Coyne et al., 2018). A dignidade e o respeito envolvem o planeamento dos cuidados, tendo em conta as perspetivas, valores, escolhas e conhecimento da família sobre a criança. A comunicação eficaz refere-se à partilha de informação sobre as necessidades de cuidados à criança, promovendo a inclusão da família nesses cuidados. A colaboração e a negociação implicam o estabelecimento de uma parceria com a família, envolvendo-a em todos os cuidados prestados à criança. A flexibilidade promove a sensação de controlo da família sobre a situação de saúde-doença da criança, otimizando os cuidados de acordo com as rotinas e preferências da criança e da família. O *empowerment* promove o

envolvimento da família, capacitando-a na adoção de comportamentos promotores da saúde e do bem-estar e na tomada de decisão e iniciativa relativamente à saúde e bem-estar da criança (Coyne et al., 2018).

Na prestação de cuidados à criança com DM1 o CCF é uma prioridade, pois a família desempenha um papel fundamental no controlo e tratamento da doença (Ghaljaei et al., 2022), sendo que o EEESIP promove a sua capacitação para a gestão da doença, de acordo com as suas necessidades, estrutura e dinâmica familiar (Sparapani & Nascimento, 2009), facilitando o processo de transição que a família experiencia ao tornar-se a principal cuidadora do seu filho com DM1.

2.3.2. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey é caracterizado pelo reconhecimento e valorização dos pais como parceiros no cuidado à criança, reconhecendo-os como os melhores prestadores de cuidados e realçando a importância fundamental da sua presença e envolvimento no cuidado à criança hospitalizada, promovendo o seu bem-estar (Casey, 1995).

Prestar cuidados de enfermagem em parceria com os pais da criança com DM1 promove o seu envolvimento através do respeito, comunicação, informação partilhada, empatia, abordagem holística e negociação, que constituem os valores deste modelo de cuidados. Através da negociação entre o enfermeiro e a família, os cuidados são planeados tendo em conta a capacidade e o desejo de envolvimento dos pais, com base no contínuo suporte e ensino, partilha de cuidados e tomadas de decisão em conjunto, de forma que a família possa decidir, desempenhando um papel ativo relativamente aos cuidados prestados e à sua participação nos mesmos (Hockenberry, 2024; Monteiro & Cerqueira, 2020).

Este modelo de cuidados assenta, assim, na capacitação, tendo em conta as crenças, valores e sentimentos da família, permitindo o desenvolvimento de habilidades e competências de forma a satisfazer as necessidades da criança e família. Através do empoderamento e capacitação da família fomenta-se o estabelecimento de confiança, autoestima, competências, conhecimentos e poder para assumirem as tomadas de decisão na gestão dos processos de saúde/doença, através da adoção de

comportamentos promotores de hábitos saudáveis que promovam o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança (Monteiro & Cerqueira, 2020).

2.3.3. Cuidados não traumáticos

As crianças com DM1 necessitam frequentemente de cuidados de saúde e, devido a eventuais descompensações da doença, podem necessitar de hospitalização. Para além disso, o tratamento e gestão da DM1 passam pela realização de procedimentos que causam dor e desconforto, como a administração de insulina e a avaliação da glicemia, o que pode comprometer a adesão ao tratamento (Sousa et al., 2023), pelo que os CNT assumem uma importância fulcral no cuidado a estas crianças e suas famílias.

Os CNT consistem na prestação de cuidados terapêuticos, através de intervenções que têm como objetivo minimizar ou eliminar o impacto físico e psicológico vivenciado pelas crianças e famílias que são alvo de cuidados de saúde. Essas intervenções visam a abordagem psicológica, tal como a preparação da criança para a realização de procedimentos invasivos e dolorosos e a abordagem física, como promover a presença dos pais junto da criança durante a prestação de cuidados. O seu objetivo principal é não provocar dano, prevenindo ou minimizando a separação da família, promovendo a sensação de controlo e prevenindo ou minimizando a dor e a lesão corporal (Hockenberry, 2024).

As experiências como a doença, a dor e a hospitalização podem ser traumáticas, devendo ser alvo de políticas e estratégias das organizações e serviços, e das intervenções dos profissionais para diminuir esse trauma (Fernandes, 2020). Neste sentido o EEESIP desempenha um papel fundamental no cuidado à criança com DM1 e sua família, através da filosofia dos CNT, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, aplicando conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e utilizando terapias não farmacológicas de alívio da dor (Regulamento nº 422/2018).

2.3.4. Teoria das Transições de Afaf Meleis

O conceito de transição é definido como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado estável para outro igualmente estável, sendo um processo desencadeado por uma mudança, durante a qual a pessoa vivencia desequilíbrio, incerteza, conflitos

interpessoais e perturbações que requerem a aquisição de novas competências, sentimentos, objetivos, comportamentos ou funções (Meleis, 2010). As transições podem estar relacionadas com processos de desenvolvimento, situacionais, organizacionais ou de saúde-doença e são caracterizadas por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade, portanto as transições são consideradas momentos de instabilidade entre dois momentos de estabilidade (Santos et al., 2015).

A Enfermagem assume as transições como foco da sua atenção, sendo que o enfermeiro desempenha um papel facilitador dos processos de transição com o intuito de promover o bem-estar, a maximização da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos clientes (Meleis, 2010; Santos et al., 2015). Ao papel do enfermeiro associa-se o conceito de *role supplementation*, onde este atua no sentido de suplementar a insuficiência de papel identificada junto do cliente, focando a sua intervenção nas suas capacidades e competências para a assunção do seu novo papel. A suplementação do papel visa que a pessoa permaneça saudável durante todo o processo de transição e que esta culmine de forma que o cliente seja mais competente para lidar com a sua condição, prevenindo complicações e maximizando a sua saúde (Meleis, 2010).

Para que o enfermeiro compreenda a experiência da pessoa durante a transição importa conhecer as condições que facilitam ou inibem esse processo: condições pessoais, da comunidade, sociais e globais (Meleis et al., 2010). Os padrões de resposta do cliente possibilitam a identificação de indicadores cujo conhecimento poderá nortear a intervenção do enfermeiro. Esses indicadores podem ser de processo, refletindo se a vivência da pessoa tende para a vulnerabilidade ou para a saúde (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver, confiar e mobilizar estratégias de *coping*) ou de resultado, que revelam se os resultados experienciados pela pessoa têm repercussões na sua vida e demonstram se a transição foi bem-sucedida e saudável, desenvolvendo mestria e habilidade (Meleis et al., 2010).

Quando uma criança é diagnosticada com DM1, ocorrem vários tipos de transições, nomeadamente uma transição de desenvolvimento, de saúde-doença e situacional. As transições de desenvolvimento estão associadas às mudanças do ciclo vital e ao desenvolvimento do ser humano, como sejam, os estádios de desenvolvimento que a criança atravessa até à adolescência e da adolescência para a vida adulta. A transição de saúde-doença ocorre devido ao diagnóstico de uma doença crónica que implica uma

série de mudanças, adaptações e reestruturações. Os pais destas crianças, para além da transição de desenvolvimento, associada à parentalidade, vivenciam transições situacionais, passando a desempenhar o papel de cuidadores principais da criança com DM1, desde o momento do diagnóstico, com todas as responsabilidades acrescidas que representam o cuidar de um filho com uma doença crónica. Neste contexto o enfermeiro desempenha uma intervenção fundamental, através das intervenções terapêuticas de enfermagem, através das quais o enfermeiro avalia a predisposição da criança e da família para a transição, realiza educação para a saúde, preparando a criança e a família para enfrentar a transição e auxilia na assunção e na suplementação de papéis (Meleis, 2014). Assim, o enfermeiro detém um papel facilitador em todos os processos de transição vivenciados pela criança e sua família, promovendo a aquisição de competências e mecanismos de *coping* eficaz para enfrentar as transições, capacitando-os para a tomada de decisão para o autocuidado (mestria) após o diagnóstico da DM1, com vista ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança (Santos et al., 2015).

3. Metodologia

A metodologia que orientou o percurso formativo nos diversos contextos da prática clínica e durante a elaboração do presente relatório, foi a aprendizagem experiencial e a prática reflexiva.

Segundo Alarcão & Rua (2005), a transformação do conhecimento envolve a mobilização do saber teórico e do saber prático, sendo nos contextos da prática que essa transformação do conhecimento é possível, mobilizando o saber estar, o saber fazer e o saber ser e refletindo na ação e sobre a ação. O exercício reflexivo ajuda a consolidar e a fundamentar a teoria e a prática, possibilitando a produção do conhecimento, com base nas experiências profissionais (Netto et al., 2018). Segundo Benner (2001), a experiência é necessária para alcançar a perícia e esta, por sua vez, desenvolve-se a partir das situações da prática. Portanto, as experiências nos diferentes contextos de estágio e a prática reflexiva sobre as mesmas, baseada na evidência científica disponível, possibilitou o desenvolvimento de competências e a transformação do conhecimento.

O presente relatório é o resultado da descrição e reflexão sobre as experiências e aprendizagens vivenciadas nos diversos contextos de estágio, seguindo uma lógica descritiva das atividades realizadas nos vários contextos, relacionando-as com a evidência científica atual disponível e com as competências comuns e específicas do EEESIP desenvolvidas durante todo o percurso formativo. Este percurso teve lugar em cinco contextos, para os quais foram definidos objetivos gerais e específicos e planeadas atividades a desenvolver (Apêndice III). O desenvolvimento de competências ao longo do percurso de aprendizagem exigiu a definição de objetivos gerais, que foram transversais a todos os contextos: 1) desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença e contextos onde se inserem; 2) desenvolver competências especializadas na capacitação parental para o cuidado à criança com Diabetes *Mellitus* tipo 1.

O capítulo que se segue pretende descrever o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio, fazendo menção aos objetivos específicos propostos para cada um deles, explanando as aprendizagens significativas alcançadas que contribuíram para o desenvolvimento de competências de mestre e de competências comuns e específicas do EEESIP.

4. Percurso Formativo para o Desenvolvimento de Competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

4.1 Competências de Mestre

As atividades desenvolvidas durante o percurso formativo, contribuíram para o desenvolvimento de competências de mestre, cumprindo o que está definido no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, artigo 15.º.

A diversidade de contextos de estágio que marcaram este percurso, foi fundamental para integrar conhecimentos em diferentes áreas de intervenção, contribuindo para a evolução do conhecimento técnico-científico e humano, potenciando a capacidade de compreensão e de tomada de decisão em situações novas e complexas, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas, profissionais e sociais que resultam dessas tomadas de decisão.

Durante o percurso realizado nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolveu-se a capacidade de comunicação de forma clara e sem ambiguidades, sobre as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes, com os diversos intervenientes na prática de cuidados. A necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos nos diferentes contextos da prática de cuidados de enfermagem em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, baseados na evidência científica mais atual, incutiu o desejo do desenvolvimento autónomo dos conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida, que contribuirão para a prestação de cuidados de excelência à criança/jovem e família.

As competências desenvolvidas durante a realização do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituíram a base sustentada para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESIP.

4.2 Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Este subcapítulo está estruturado de acordo com o percurso realizado nos diferentes contextos de estágio, onde se descrevem as atividades desenvolvidas em cada

um deles, que contribuíram para alcançar os objetivos propostos e desenvolver as competências comuns e específicas do EEESIP.

4.2.1 Unidade de Saúde Familiar

O estágio em contexto de cuidados de saúde primários decorreu de 5 de junho a 7 de julho de 2023, numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Para dar resposta aos objetivos específicos 1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades da USF; 1.2) Desenvolver competências especializadas na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil; 2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1 em contexto de cuidados de saúde primários, foram realizadas as diferentes atividades aqui descritas, no sentido de desenvolver competências de EEESIP.

Por forma a dar resposta ao objetivo específico **1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades da USF**, foi realizada uma entrevista à enfermeira orientadora e foram consultados vários documentos sobre a organização e funcionamento da USF que contribuíram para desenvolver as competências e unidades de competência comuns do EE D1¹, D1.1², D2³ e D2.3⁴ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

A USF caracteriza-se pela tipologia de Modelo B e presta cuidados de saúde a cerca de 13 896 utentes, sendo que 834 desses utentes são crianças e jovens entre os 0 e os 17 anos de idade. É constituída por uma equipa de 7 médicos de medicina geral e familiar, 3 médicos internos, 8 enfermeiros (1 EEESIP, 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, 1 enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 4 enfermeiras de cuidados gerais) e 4 secretários clínicos. Esta unidade tem como metodologia de trabalho

¹ "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade."

² "Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro."

³ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

⁴ "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho."

o enfermeiro de família, que presta cuidados a toda a família, ao longo do seu ciclo de vida, adotando um papel ativo na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Para dar resposta ao objetivo específico **1.2) Desenvolver competências especializadas na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil**, integrei a equipa multidisciplinar da USF, acompanhando a EEESIP nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil, realizadas nas idades chave preconizadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), tendo por base as recomendações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV). Segundo o PNSIJ, estas consultas constituem momentos privilegiados na deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento das situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e do jovem (DGS, 2013).

Durante as consultas de enfermagem, colaborei com a EEESIP na avaliação do crescimento das crianças e jovens, através da avaliação dos seus parâmetros estatuo-ponderais e do seu registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), tendo em consideração a evolução das curvas de crescimento analisadas no respetivo boletim, fundamentais para a monitorização do estado de nutrição e do crescimento das crianças e jovens (DGS, 2013). Realizei também a avaliação do desenvolvimento infantil, através da observação da criança e da auscultação das preocupações referidas pelos pais, relativamente ao desenvolvimento dos seus filhos. Nas crianças até aos 5 anos, foi aplicada a escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, utilizando os brinquedos disponíveis na sala de enfermagem, como um estímulo para avaliar as competências da criança. A avaliação do desenvolvimento infantil é crucial na identificação precoce de perturbações psicomotoras na criança, permitindo iniciar intervenções atempadamente, aproveitando a plasticidade cerebral, de forma a recuperar algumas competências e evitar o acumular de dificuldades (DGS, 2013; Pinto, 2009). Assim, foi possível objetivar se o desenvolvimento das crianças se encontrava dentro do que é expectável para as suas faixas etárias.

Nas situações em que foram detetadas alterações a nível do desenvolvimento infantil, foram alertados os pais para estimularem as competências que se encontravam menos desenvolvidas. Por exemplo, na avaliação de uma criança de 2 meses, detetou-se uma hipotonia da região cervical, demonstrando pouco controlo cefálico. Neste sentido, foi realizada educação para a saúde aos pais sobre o desenvolvimento infantil expectável

para esta faixa etária e foram incentivados a brincar com o bebé, movimentando objetos coloridos junto do seu rosto, estimulando-o a seguir esses objetos e foram incentivados a colocar o bebé em decúbito ventral, quando se encontra acordado, de forma a fortalecer a musculatura da região cervical, melhorando o controlo cefálico. Posteriormente, foi agendada uma consulta para monitorizar o desenvolvimento desta competência. Foi ainda realizada a referenciação das crianças nas quais foram detetadas perturbações do desenvolvimento para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), através do preenchimento da ficha de referenciação no programa *SClinico*®, bem como a articulação com a enfermeira da Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Neste estágio, tive a oportunidade de participar numa visita domiciliária promovida pela Equipa Local de Intervenção (ELI) a uma criança de 23 meses, portadora de uma doença genética, que foi referenciada para o SNIPI na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil. A ELI é constituída por uma equipa multidisciplinar que inclui psicomotricista, psicóloga, 2 professoras, 1 EEESIP e 1 assistente social. Nesta visita pude compreender como a ELI assegura e desenvolve o plano individual de intervenção precoce para esta criança, identificando as suas necessidades no contexto familiar; como intervém junto da criança e da família, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento, analisando os seus apoios e avaliando os resultados esperados, por forma a promover o desenvolvimento infantil saudável, através do envolvimento e apoio da família e das pessoas de referência, dando resposta às suas necessidades e preocupações individuais, capacitando e fortalecendo as competências da família no seu papel de cuidadores.

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências do EEESIP no âmbito dos cuidados à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, das unidades de competência E1.1⁵ e E1.2⁶; no âmbito dos cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, das unidades de competência E2.3⁷ e E2.5⁸ e no âmbito da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do

⁵ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

⁶ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

⁷ "Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados."

⁸ "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, como a unidade de competência E3.1⁹ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194). Permitiu ainda desenvolver competências comuns e unidades de competência do EE, nomeadamente A1¹⁰, A1.1¹¹, A1.2¹², A1.3¹³, C1¹⁴, C1.1¹⁵, C2¹⁶, C2.1¹⁷ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

Durante as consultas de enfermagem observei e colaborei com a EEESIP na prestação de cuidados a crianças e jovens em vários estádios de desenvolvimento. Foi muito enriquecedor observar como a EEESIP comunica com as crianças e jovens, adequando estratégias de comunicação de acordo com o seu estágio de desenvolvimento. Por exemplo, nas crianças em idade pré-escolar e escolar, utilizou-se o brinquedo terapêutico, como bonecas, fantoches e brinquedos alusivos aos materiais clínicos da consulta (seringas e estetoscópio de brincar), de forma a explicar os procedimentos realizados durante a consulta, minimizando a ansiedade da criança e promovendo o seu envolvimento nos cuidados. Brincar é uma atividade fundamental para a criança, que promove o seu desenvolvimento. Constitui uma forma para a criança expressar os seus pensamentos e sentimentos, conferindo-lhe a oportunidade de comunicá-los e promove o desenvolvimento de autoconfiança, a segurança e o conforto na interação com a equipa de saúde, reduzindo o stress e ansiedade (Díaz-Rodríguez et al., 2021).

A prestação de cuidados de enfermagem centrados na família e em parceria com os pais foi uma constante, com a preocupação de ouvir os pais, dando espaço para partilharem as suas dúvidas, preocupações e sentimentos, relativamente ao bem-estar e à saúde das crianças e jovens. Destaco ainda as orientações antecipatórias transmitidas aos pais, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e com as necessidades específicas de cada criança e família. Os cuidados antecipatórios destacam-se como fatores de promoção da saúde e prevenção da doença, proporcionando aos pais os

⁹ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

¹⁰ "Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional."

¹¹ "Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas."

¹² "Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas."

¹³ "Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão."

¹⁴ "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde."

¹⁵ "Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão."

¹⁶ "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados."

¹⁷ "Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados."

conhecimentos necessários ao melhor desempenho do seu papel, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança, capacitando-os enquanto principais prestadores de cuidados dos seus filhos, promovendo uma transição saudável para a parentalidade (DGS, 2013). Constituem, tal como os CCF e a parceria de cuidados, intervenções de enfermagem fundamentais para promover transições de desenvolvimento saudáveis junto das crianças e jovens, e transições saudáveis de desenvolvimento e situacionais junto dos pais, capacitando-os e empoderando-os no cuidado aos seus filhos.

As orientações antecipatórias transmitidas aos pais focaram-se em temas como a promoção da manutenção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida; a educação para a saúde sobre a diversificação alimentar a partir dos 6 meses de vida, promovendo a adoção de hábitos alimentares saudáveis por toda a família, restringindo os alimentos açucarados, fritos, os sumos e as gorduras; a promoção da higiene oral; a educação para a saúde sobre a prevenção de acidentes na infância e de precauções de segurança, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança; a educação para a saúde sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente a promoção do brincar, estimulando os pais a brincarem com os seus filhos; a importância de limitar o tempo de ecrã junto das crianças e jovens; a relevância da realização de atividade física regular; a promoção de hábitos de sono saudáveis, adequados à idade da criança e jovem, e a importância do estabelecimento da disciplina, de regras e de limites, fundamentais para a educação e desenvolvimento harmonioso das crianças. Estas atividades foram determinantes no desenvolvimento das competências do EEESIP E1.1¹⁸ e E3.1¹⁹ (Regulamento nº 422/2018, p. 19192-19194).

Este contexto de estágio destacou-se por proporcionar vários momentos que possibilitaram o desenvolvimento da competência E3.4 do EEESIP, no que respeita à promoção da autoestima do adolescente e da autodeterminação das suas escolhas relativas à saúde (Regulamento nº 422/2018). Nas consultas de enfermagem, foi realizada a entrevista aos adolescentes, proporcionando-lhes a oportunidade de expressarem as suas dúvidas, sentimentos, opiniões e problemas no dia-a-dia, facilitando a comunicação expressiva das suas emoções, possibilitando, assim, identificar as suas necessidades e

¹⁸ “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.”

¹⁹ “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.”

potencialidades individuais. A entrevista aos adolescentes permitiu ainda avaliar o seu desenvolvimento psicossocial e afetivo, estabelecer uma relação terapêutica enfermeiro-adolescente, identificar os seus problemas reais, favorecendo o conhecimento sobre o seu estado de saúde e estilos de vida.

Sendo a adolescência considerada um período de desenvolvimento que se caracteriza pela vivência de novas oportunidades que poderão envolver alguns riscos, o adolescente poderá adotar determinadas decisões e condutas que poderão ter repercussões negativas no seu estado de saúde. Por outro lado, alguns comportamentos de risco também são importantes para o crescimento e desenvolvimento da autonomia do adolescente, tornando-se contributos relevantes para a maturação e expressão das suas potencialidades físicas, para o enriquecimento psicoafectivo e para a socialização (OE, 2010). Neste sentido, as consultas de enfermagem constituíram espaços privilegiados para transmitir orientações antecipatórias e realizar educação para a saúde, tal como recomendado no PNSIJ para a faixa etária entre os 10 e os 18 anos de idade, sobre temas como os riscos associados aos consumos nocivos (álcool, tabaco e drogas); a promoção de uma alimentação saudável e equilibrada e da atividade física regular; a promoção de hábitos de sono saudáveis, informando da importância de uma boa higiene do sono, evitando a exposição a ecrãs ao final do dia; a promoção da saúde oral; questionar sobre o ambiente escolar e projetos para o futuro, advertindo para problemas potenciais como o *cyberbullying* e o *bullying*; a sexualidade, abordando os comportamentos sexuais de risco, a violência no namoro e a educação para a saúde sobre os vários métodos contraceptivos disponíveis; a segurança e a prevenção de acidentes domésticos e rodoviários, elucidando sobre o uso de equipamentos de proteção (DGS, 2013). Desta forma, foi negociado um contrato de saúde com os adolescentes, reforçando as suas tomadas de decisão responsáveis e informadas, promovendo uma transição de desenvolvimento saudável e harmoniosa.

No decurso deste estágio, colaborei com a EEESIP no cumprimento do PNV, promovendo o adequado estado vacinal das crianças e jovens que vinham à consulta, harmonizando as consultas nas idades-chave com o esquema cronológico preconizado no PNV, tal como preconizado no PNSIJ (DGS, 2013). Antes de proceder à vacinação, foram esclarecidas previamente as crianças na idade escolar, os jovens e famílias sobre as vacinas que iam ser administradas, explicando os seus benefícios e as potenciais reações

adversas, bem como os riscos que a criança ou jovem poderiam correr se não fossem vacinados. Tal como explanado no PNV, a vacinação é um direito e um dever dos cidadãos e estes devem participar ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência que estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar a cidadania (DGS, 2020).

A vacinação constitui-se como uma das fontes iatrogénicas de dor mais comum na infância, especialmente no primeiro ano de vida (DGS, 2012; Fontes et al., 2018). Assim, foram promovidas diversas estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a vacinação, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, tais como a promoção da presença dos pais, a contenção física no colo dos pais, a promoção da amamentação, as técnicas de distração como a musicoterapia, a imaginação guiada e o uso de brinquedos como bonecos e fantoches. Os objetivos das intervenções não farmacológicas consistem em reduzir o medo, o stress e a dor e promover na criança a capacidade de controlo sobre a situação. Para além disso, o uso destas intervenções contribui para reduzir o stress dos pais. A gestão adequada da dor relaciona-se com a filosofia dos CNT, é considerada, a nível internacional, como um padrão de qualidade dos cuidados prestados aos clientes (DGS, 2010 conforme citado por OE, 2020) e consiste num dos Padrões de qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017).

No decurso do estágio constatou-se o desconhecimento de vários enfermeiros relativamente às estratégias não farmacológicas de alívio da dor nos lactentes durante a vacinação e a existência de diversos mitos e crenças que levam estes profissionais a não adotarem algumas estratégias consideradas como seguras e eficazes na redução e alívio da dor no lactente. Desta forma, foi construído um póster sobre as estratégias não farmacológicas consideradas na literatura mais recente como as mais eficazes e seguras na minimização da dor dos lactentes dos 0 aos 12 meses, durante a vacinação (Apêndice IV). O póster foi apresentado à equipa de enfermagem da USF, desmistificando os seus mitos e crenças associados a algumas das estratégias, nomeadamente a amamentação, pois muitos dos enfermeiros não promoviam a amamentação como estratégia de alívio da dor, por receio do compromisso da via aérea por eventual engasgamento durante o choro associado ao momento da inoculação da vacina. Esta atividade proporcionou o

desenvolvimento das competências e unidades de competências comuns do EE A1²⁰, A1.1²¹, A1.2²², A2²³, A2.1²⁴, B1²⁵, B1.1²⁶, B2²⁷, B2.2²⁸, B3²⁹, B3.1³⁰, C1³¹, C1.1³², D2³³, D2.1³⁴, D2.2³⁵ e D2.3³⁶ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745-4750) e contribuiu para o desenvolvimento das competências do EEESIP no âmbito dos cuidados à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e da unidade de competência E1.2³⁷; no âmbito dos cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, e da unidade de competência E2.2³⁸ e no âmbito da prestação cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, e as unidades de competência E3.1³⁹ e E3.2⁴⁰ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

De forma a dar resposta ao objetivo específico **2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1 em contexto de cuidados de saúde primários**, foi realizada uma consulta de enfermagem a uma criança de 12 anos, com o diagnóstico de DM1 desde os 5 anos de idade, a viver anteriormente na Alemanha, e desde há 1 ano a viver em Portugal, durante a qual a mãe e a criança verbalizaram dificuldades no controlo da DM1 durante o horário escolar, manifestando pouco apoio dos funcionários da escola na gestão da doença. A mãe verbaliza preocupação porque a criança refere não ter a supervisão de um adulto na gestão da DM1 durante o tempo que passa na escola. Para além disso, a cantina escolar não tinha balança nem tabela de hidratos de carbono. Todos

²⁰ “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.”

²¹ “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.”

²² “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.”

²³ “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

²⁴ “Promove a proteção dos direitos humanos.”

²⁵ “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e a unidade de competência.”

²⁶ “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.”

²⁷ “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”

²⁸ “Planeia programas de melhoria contínua.”

²⁹ “Garante um ambiente terapêutico e seguro.”

³⁰ “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.”

³¹ “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”

³² “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.”

³³ “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

³⁴ “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.”

³⁵ “Suporta a prática clínica em evidência científica.”

³⁶ “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”

³⁷ “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.”

³⁸ “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.”

³⁹ “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”

⁴⁰ “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.”

estes motivos impedem a criança de almoçar na escola, pois prejudicam o seu controlo metabólico, tendo a mãe optado por levar a criança para almoçar em casa na hora de almoço. Neste sentido, foram realizados o contacto e a referenciação desta família à enfermeira da Saúde Escolar da UCC, de forma a sensibilizar os funcionários da escola para a situação desta criança. Estas atividades promoveram o desenvolvimento das competências e unidades de competência do EEESIP E1.1⁴¹ e E2.5⁴² (Regulamento nº 422/2018, p. 19192-19194).

Para a concretização deste objetivo foi também realizada uma sessão de formação com o objetivo de sensibilizar a equipa multidisciplinar da USF e a equipa de Saúde Escolar da UCC para a problemática da DM1 na criança e adolescente e para a importância que a capacitação dos pais e outros cuidadores assume no cuidado à criança com DM1, para promover um bom controlo metabólico e o crescimento e desenvolvimento saudáveis, sendo um assunto para o qual a equipa verbalizou a necessidade de formação. Esta formação contribuiu para habilitar os profissionais de saúde a capacitar os pais e/ou outros cuidadores e as crianças e adolescentes com DM1 que são utentes daquela Unidade de Saúde, na adesão ao regime terapêutico adequado e à melhoria da gestão da doença no dia-a-dia. A avaliação da sessão de formação pelos formandos foi bastante positiva, o que foi evidenciado através da aplicação do questionário de avaliação da sessão, onde todos os formandos consideraram que a pertinência do tema, os conteúdos abordados, a metodologia utilizada, a clareza e o domínio da temática pelo formador e a globalidade da sessão de formação se classificavam entre o bom e muito bom.

Foi elaborado um póster (Apêndice V) que foi exposto na sala de espera da USF com o intuito de sensibilizar a população (utentes da USF) para o aumento da incidência da DM1 na criança e adolescente e a importância do reconhecimento atempado dos sinais e sintomas, prevenindo a descompensação metabólica grave, garantindo o encaminhamento adequado das crianças e adolescentes para uma unidade de saúde diferenciada, possibilitando o início precoce do tratamento e da educação terapêutica adequada da criança/adolescente e família. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento das competências e unidades de competência comuns do EE,

⁴¹ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

⁴² "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

nomeadamente B1.1⁴³, B1.2⁴⁴, B2.2⁴⁵, B2.3⁴⁶, B3.1⁴⁷, C1.1⁴⁸, D2.1⁴⁹ e D2.2⁵⁰ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745-4750) e possibilitaram o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP no âmbito da assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e as unidades de competência E1.1 e E1.2 e no âmbito do cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, particularmente a unidade de competência E2.5 (Regulamento n.º 422/2018, p.19193-19194).

4.2.2 Consulta de Desenvolvimento

O estágio em contexto de consulta de desenvolvimento (CD) teve a duração de duas semanas, de 10 a 21 de julho de 2023, na CD de um centro hospitalar. Os objetivos específicos delineados para este estágio foram; 1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica organizacional da CD; 1.2) Desenvolver competências especializadas na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil e juvenil e 2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1 ou outras doenças crónicas, deficiência/incapacidade em contexto de CD.

Para atingir o objetivo específico **1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica organizacional da CD**, foram realizadas entrevistas à enfermeira-chefe e enfermeira orientadora e efetuada a leitura de documentos sobre a estrutura e organização da CD para conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades da CD. Nesta consulta é realizado o acompanhamento de crianças até aos 17 anos e 364 dias que são referenciadas pelo seu médico assistente, por outros setores do hospital, como o internamento de Pediatria ou outras consultas onde as crianças estejam a ser acompanhadas, e ainda podem ser referenciadas por outros hospitais. Destina-se à avaliação, vigilância e intervenção nas

⁴³ "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade."

⁴⁴ "Orienta projetos institucionais na área da qualidade."

⁴⁵ "Planeia programas de melhoria contínua."

⁴⁶ "Lidera programas de melhoria contínua."

⁴⁷ "Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo."

⁴⁸ "Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão."

⁴⁹ "Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho."

⁵⁰ "Suporta a prática clínica em evidência científica."

crianças com perturbações do desenvolvimento infantil, ou suspeita das mesmas. A CD é constituída por uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte uma EEESIP, uma enfermeira generalista, três pediatras especialistas em desenvolvimento, uma psicóloga, uma técnica de psicomotricidade, terapeutas da fala, fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. Esta atividade contribuiu para desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista D1⁵¹, D1.1⁵², D2⁵³ e D2.3⁵⁴ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

Para dar resposta aos objetivos específicos **1.2) Desenvolver competências especializadas na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil e juvenil e 2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1 ou outras doenças crónicas, deficiência/incapacidade em contexto de CD**, as atividades desenvolvidas contemplaram a observação e colaboração com a EEESIP na colheita de dados sobre as crianças e suas famílias, através da entrevista realizada aos pais, e da consulta do BSIJ; na avaliação do crescimento, através da avaliação dos parâmetros estatuo-ponderais e do seu registo no BSIJ e na avaliação do desenvolvimento das crianças entre os 0 e os 6 anos, com recurso a escalas de avaliação do desenvolvimento, nomeadamente a escala de *Mary Sheridan* modificada, a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II (*Schedule of Growing Skills II*) e a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Griffiths*.

A avaliação do desenvolvimento infantil é fundamental, pois permite detetar precocemente desvios fisiológicos ou patológicos no desenvolvimento da criança, de forma a implementar intervenções, o mais precocemente possível, tentando evitar o acumular de dificuldades e/ou recuperar algumas competências menos desenvolvidas (DGS, 2013; Pinto, 2009).

O EEESIP é o profissional de saúde que detém competências especializadas na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018) e, portanto, é um profissional altamente qualificado para realizar a avaliação do desenvolvimento das crianças observadas na CD, podendo identificar eventuais desvios fisiológicos ou patológicos no desenvolvimento das crianças a quem presta cuidados.

⁵¹ “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.”

⁵² “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.”

⁵³ “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

⁵⁴ “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”

De acordo com a evidência científica, a avaliação clínica informal isolada do desenvolvimento da criança, detecta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento. Por outro lado, a utilização de instrumentos de rastreio, nomeadamente as escalas de avaliação do desenvolvimento infantil, permite a identificação de um maior número de crianças com problemas de desenvolvimento, pois detêm uma sensibilidade e especificidade que ronda os 70 e os 90% (DGS, 2013).

Na consulta de enfermagem, foi realizada a avaliação do desenvolvimento infantil, com recurso às escalas anteriormente descritas, pois estas permitem uma aplicação rápida e simples de executar, garantindo uma avaliação completa e rigorosa, permitindo obter, através dos seus resultados, um conhecimento aproximado do potencial de desenvolvimento de cada criança (DGS, 2013; Varajidás et al., 2017). A aplicação das referidas escalas permite ainda o rastreio rápido e eficaz do perfil de desenvolvimento de cada criança, facilitando o diagnóstico precoce e com rigor das competências para as quais existe um atraso ou regressão em termos do seu desenvolvimento, permitindo adotar medidas para promover a sua recuperação e/ou tratamento de determinados défices que, se não houver uma rápida e oportuna intervenção, poderão deixar sequelas graves ou levar à incapacidade da criança (Bellman et al., 2003).

Nas situações em que as crianças com idades entre os 0 e 6 anos apresentaram uma avaliação do desenvolvimento com competências abaixo do esperado para a sua idade, colaborei com a EEESIP na referenciação dessas crianças para o SNIPI, tal como recomendado no PNSIJ, que refere que nas “crianças entre os 0 e os 6 anos com (...) risco grave de atraso de desenvolvimento, deve fazer-se a sinalização para as Equipas Locais de Intervenção do SNIPI de acordo com os critérios de elegibilidade” (DGS, 2013, p.61). Colaborei na referenciação das crianças com perturbações do desenvolvimento para a intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar, como o fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional ou a terapeuta da fala, consoante as necessidades identificadas em cada criança, contribuindo para promover transições de desenvolvimento saudáveis nestas crianças.

A colaboração com a EEESIP na avaliação do desenvolvimento das crianças e a referenciação das crianças com alterações identificadas a nível do seu desenvolvimento psicomotor para o SNIPI e para outros elementos da equipa multidisciplinar, contribuiu para o desenvolvimento das competências de EEESIP, nomeadamente as competências

E1.2⁵⁵, E2.5⁵⁶ e E3.1⁵⁷ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193-19194). Possibilitou ainda o desenvolvimento de competências comuns do EE como a competência C1⁵⁸ e a unidade de competência C1.1⁵⁹ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

A deficiência ou as perturbações do desenvolvimento da criança, acarretam nos pais um elevado nível de stress e uma sobrecarga emocional, que exigem do EEESIP a prestação de CCF, o estabelecimento de uma parceria de cuidados e a prestação de cuidados holísticos, tendo em conta a individualidade de cada criança e família, de forma a promover a sua adaptação à deficiência/incapacidade e contribuir para enfrentar a transição saúde-doença de forma saudável (OE, 2010). Neste sentido, o EEESIP desempenha uma intervenção fundamental na transmissão de informações e de estratégias à família, que favorecem o seu *empowerment* e a sua capacitação no cuidado ao seu filho com alterações do desenvolvimento infantil, com vista ao seu bem-estar e à melhoria da sua qualidade de vida (OE, 2010). Desta forma, foi promovido o *empowerment* e a capacitação parental, através da educação para a saúde sobre o desenvolvimento infantil e sobre as estratégias que os pais podem adotar junto da criança, de forma a estimular as competências menos desenvolvidas. Por exemplo, durante a avaliação do desenvolvimento de um bebé de 5 meses, com 3 meses de idade corrigida, detetou-se que este apresentava uma postura da cabeça tendencialmente voltada para o lado direito. Neste sentido, foram capacitados os pais a estimularem a criança a movimentar a cabeça para o lado esquerdo, utilizando estratégias como colocar brinquedos do lado esquerdo do bebé, de forma que ele se movimentasse nessa direção; colocar um rolo do lado direito do berço, junto à cabeça da criança, contrariando a posição tendencial para o lado direito.

As intervenções de enfermagem focaram-se ainda no constante reforço positivo das competências e potencialidades de cada criança, promovendo a vinculação criança-família. A título de exemplo, numa criança de 2 anos com suspeita de perturbação do espectro do autismo a quem foram prestados cuidados na CD, após a aplicação da escala *Schedule of Growing Skills II*, verificou-se que esta criança tinha competências locomotoras

⁵⁵ “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”

⁵⁶ “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”

⁵⁷ “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”

⁵⁸ “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”

⁵⁹ “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

adequadas à sua idade, sendo que as restantes competências se encontravam abaixo do esperado para a sua idade. Assim, os pais foram incentivados a realizar atividade lúdicas com a criança, fomentando a interação criança-família através do brincar, promovendo a vinculação, o desenvolvimento da criança e a melhoria das competências parentais no cuidado ao seu filho, permitindo-lhes participar mais ativamente na gestão do processo de saúde do seu filho, proporcionando à criança e família, estratégias para enfrentar as transições de desenvolvimento, de saúde-doença e situacionais de forma saudável.

Os pais foram informados de que a aprendizagem e a aquisição de determinadas competências poderão processar-se de forma mais demorada, sendo necessário um planeamento mais adequado e dirigido, tornando-se essencial uma maior persistência e motivação da parte da família para promover estratégias adequadas que incidam na estimulação das competências menos desenvolvidas, sendo que o brincar com a criança, foi uma das estratégias que foi incentivada junto dos pais, que promoveu transições de desenvolvimento e situacionais saudáveis. Segundo Magalhães et al. (2022), o desconhecimento sobre o desenvolvimento infantil e sobre as estratégias que o potenciam, assim como a falta de estimulação ou a estimulação tardia das competências do desenvolvimento, levam a maiores atrasos no desenvolvimento psicomotor. Estas intervenções de enfermagem junto da criança e família, contribuíram para desenvolver as unidades de competência de EEESIP E1.1⁶⁰, E1.2⁶¹, E2.5⁶², E3.1⁶³ e E3.2⁶⁴ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

As intervenções de enfermagem de suporte emocional aos pais, demonstrando disponibilidade para ouvir as suas preocupações, receios e dúvidas, bem como o esclarecimento das mesmas, foram fulcrais para promover a sua motivação na implementação de estratégias e atividades com a criança que estimulassem as suas competências menos desenvolvidas, e para diminuir os seus sentimentos de insegurança, transmitindo-lhes estratégias de *coping* para ultrapassar as dificuldades que enfrentam no dia-a-dia, no cuidado aos seus filhos, proporcionando uma transição saudável para a

⁶⁰ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

⁶¹ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

⁶² "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

⁶³ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

⁶⁴ "Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais."

parentalidade. Estas intervenções possibilitaram o desenvolvimento das competências de EEESIP, nomeadamente a unidade de competência E1.2⁷, E2.2⁶⁵ e E2.5⁸ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

Outra atividade desenvolvida foi a elaboração de uma análise reflexiva, cuja finalidade foi analisar e refletir sobre uma situação específica de cuidados de enfermagem especializados a uma criança e sua família, no âmbito da CD (Apêndice VI). A realização deste trabalho permitiu a análise e reflexão sobre a importância da intervenção do EEESIP na avaliação do desenvolvimento da criança, com o recurso a escalas adequadas de avaliação do desenvolvimento infantil; na formulação dos diagnósticos de enfermagem relativamente à situação analisada, destacando as intervenções de enfermagem implementadas junto da criança e da família, relevando a importância fundamental do EEESIP na promoção do máximo potencial de desenvolvimento da criança com alterações identificadas a nível do desenvolvimento psicomotor, na promoção da vinculação da família com a criança e na referenciação da criança para o SNIPi e para outros elementos da equipa multidisciplinar. Esta atividade proporcionou o desenvolvimento das unidades de competência de EEESIP E1.1⁶, E1.2⁷, E2.2¹¹, E2.5⁸, E3.1⁶⁶ e E3.2¹⁰ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19195). Contribuiu ainda para desenvolver competências comuns do EE, como a competência A1⁶⁷, as unidades de competência A1.1⁶⁸, A1.2⁶⁹, a competência B3⁷⁰, a unidade de competência B3.1⁷¹, a competência C1⁷² e a unidade de competência C1.1⁷³, a competência C2⁷⁴ e a unidade de competência C2.1⁷⁵, a competência D2⁷⁶ e a unidade de competência D2.2⁷⁷ e D2.3⁷⁸ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

⁶⁵ "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas."

⁶⁶ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

⁶⁷ Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

⁶⁸ "Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas."

⁶⁹ "Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade."

⁷⁰ "Garante um ambiente terapêutico e seguro."

⁷¹ "Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo."

⁷² "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde."

⁷³ "Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão."

⁷⁴ "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados."

⁷⁵ "Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados."

⁷⁶ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

⁷⁷ "Suporta a prática clínica em evidência científica."

⁷⁸ "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho."

4.2.3 Internamento de Pediatria e Unidade de Diabetologia Pediátrica

O estágio em contexto de internamento de pediatria teve a duração de quatro semanas, de 2 a 29 de outubro de 2023, num Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) de um hospital central e, de 30 de outubro a 3 de novembro de 2023, num Departamento de Diabetologia Pediátrica (DDP), realizando três dias de observação. Os objetivos específicos definidos para este estágio foram: 1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica estrutural do contexto de estágio; 1.2) Desenvolver competências especializadas na implementação e gestão de planos promotores de saúde e da capacidade para gerir os processos de saúde/doença, em parceria com a criança/jovem e família; 2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1.

As atividades que contribuíram para atingir o objetivo específico **1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica estrutural do contexto de estágio**, consistiram na realização de entrevistas à enfermeira-chefe e enfermeira orientadora e a consulta de documentos sobre a estrutura e organização do SIP, para conhecer a caracterização, contextualização e particularidades do serviço. Estas atividades contribuíram para desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista D1⁷⁹, D1.1⁸⁰, D2⁸¹ e D2.3⁸² (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

O SIP presta cuidados de saúde a crianças e jovens dos 0 aos 17 anos de idade e 364 dias, com patologias do foro médico, em situação de doença aguda ou crónica, e do foro cirúrgico, provenientes da Urgência Pediátrica, da Unidade de Cuidados Intensivos/Especiais Pediátricos, da Neonatologia, do Bloco Operatório, da Consulta Externa, do Hospital de Dia de Pediatria e do domicílio, neste último caso quando existe internamento programado. Tem uma dotação de 36 camas, que se distribuem por duas alas. A ala A tem capacidade para 18 utentes, que se distribuem por 4 enfermarias de 3 camas e 6 quartos individuais. A ala B tem capacidade para 18 utentes que se distribuem por duas enfermarias de 3 camas, 4 quartos individuais, 1 berçário com 2 berços e uma unidade de cuidados intermédios com 6 camas.

⁷⁹ “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.”

⁸⁰ “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.”

⁸¹ “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

⁸² “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”

Para dar resposta ao objetivo específico **1.2) Desenvolver competências especializadas na implementação e gestão de planos promotores de saúde e da capacidade para gerir os processos de saúde/doença, em parceria com a criança/jovem e família**, foram prestados cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis, respeitando os valores, os costumes e as crenças espirituais da criança e da família, uma vez que o SIP se caracteriza pela prestação de cuidados a crianças e famílias de várias culturas, contribuindo para o desenvolvimento de competências comuns do EE, designadamente as competências A2⁸³ e A2.1⁸⁴ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750), de competências específicas do EEESIP no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem com a família, promotores da maximização da sua saúde, especificamente a unidade de competência E1.1⁸⁵ (Regulamento n.º 422/2018).

Para atingir os objetivos específicos **1.2) Desenvolver competências especializadas na implementação e gestão de planos promotores de saúde e da capacidade para gerir os processos de saúde/doença, em parceria com a criança/jovem e família** e **2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1**, foram prestados cuidados a crianças com doença crónica e suas famílias, quer na situação de diagnóstico inaugural, quer pela necessidade de internamento, devido a agudização ou descompensação da sua doença crónica. Por este motivo, este contexto de estágio proporcionou experiências extremamente enriquecedoras no desenvolvimento de competências nos cuidados de enfermagem especializados à criança com doença crónica e sua família. Ao longo das quatro semanas de estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados a crianças com o diagnóstico de DM1 inaugural e suas famílias, pelo que as atividades que seguidamente se descrevem, contribuíram para desenvolver os objetivos relacionados com a problemática de enfermagem.

As crianças com DM1 inaugural vivenciam, simultaneamente, transições de desenvolvimento e de saúde-doença, que causam um impacto significativo no seu bem-estar físico, psicossocial e emocional, podendo comprometer o seu desenvolvimento saudável e harmonioso (Moghadan et al., 2022; Rikos et al., 2022). Foram notórios os sentimentos de revolta, tristeza e negação por parte das crianças a quem prestei

⁸³ "Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais."

⁸⁴ "Promove a proteção dos direitos humanos."

⁸⁵ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

cuidados, devido à complexidade da gestão e tratamento diários da DM1, que exige a alteração das rotinas e dinâmicas familiares e do estilo de vida da criança e da família (Moghadam et al., 2022; Saraiva & Sousa, 2022). Por outro lado, os procedimentos associados a agulhas, que fazem parte do tratamento e gestão da Diabetes, causaram sentimentos negativos como o medo e a dor, o que dificultava a aceitação da realização desses procedimentos por parte das crianças. Neste sentido, foram prestados CNT, tendo sido fundamental manter uma postura calma e afetuosa; a utilização do humor e do brincar terapêutico, visando a preparação da criança para a realização dos procedimentos dolorosos e a promoção da presença e participação dos pais nesses cuidados, promovendo a sensação de controlo e segurança e prevenindo ou minimizando a dor e a lesão corporal (Hockenberry, 2024).

Brincar é uma atividade fundamental para a criança e que promove o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social, constituindo também uma forma de expressar os seus pensamentos e sentimentos, conferindo-lhe a oportunidade de comunicá-los. Brincar promove ainda o desenvolvimento de autoconfiança, a segurança e o conforto na interação com a equipa de saúde, promovendo o estabelecimento da relação entre o enfermeiro e a criança, reduzindo o stress e ansiedade provocados pela hospitalização (Díaz-Rodríguez et al., 2021). Foram promovidas estratégias não farmacológicas de controlo da dor que promoveram a humanização dos cuidados de enfermagem, tais como a utilização de videojogos, jogos, filmes e brinquedos e a utilização de outras técnicas de distração como soprar bolas de sabão. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências do EEESIP, especificamente a unidade de competência E2.2⁸⁶ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

Os pais das crianças com DM1 vivenciam, simultaneamente, transições de desenvolvimento e situacionais, relacionadas com a alteração dos seus papéis e a transição para a parentalidade, que ocorrem ao tornarem-se os principais cuidadores dos seus filhos com DM1 (Meleis, 2010). O impacto do diagnóstico acarreta nos pais um forte impacto emocional, pelo que estes vivenciam estes períodos de transição com sentimentos de tristeza, angústia, choque, culpa, negação, impotência, desespero e sofrimento (Sousa et al., 2023). Estes sentimentos negativos foram notórios e transversais a todos os pais a quem prestei cuidados e, segundo a evidência científica, relacionam-se

⁸⁶ “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.”

com a sensação de perda do filho saudável, com as percepções negativas e o desconhecimento sobre a doença, com a necessidade de prestar cuidados complexos diários à criança e de não se sentirem preparados para os realizar de forma autónoma (Souza et al., 2020). A falta de confiança mútua entre os pais e a equipa de saúde podem ainda agravar estes sentimentos negativos (Fox, 2024).

A adaptação da criança e da família à DM1 depende de vários fatores que podem facilitar ou dificultar esta transição, pelo que o suporte do enfermeiro revelou-se num fator facilitador em todo este processo (Khorsandi et al., 2020). Assim, foram prestados cuidados centrados na criança e na família, tendo em conta as suas necessidades específicas, visando a prestação de cuidados individualizados e humanizados, que contribuíram para o desenvolvimento da competência B3⁸⁷ e da unidade de competência B3.1⁸⁸ do Regulamento de competência comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

A prestação de cuidados de enfermagem focou-se no apoio e suporte emocional da criança e da família, estabelecendo uma relação de proximidade e de confiança, demonstrando disponibilidade para ouvir os seus medos, receios e dúvidas, procurando promover estratégias para ultrapassar as suas dificuldades. Segundo Zhao et al. (2019), a relação terapêutica e de ajuda que o enfermeiro estabelece com a criança e a família, evidencia-se como um fator essencial para promover a aceitação e adaptação à doença crónica, facilitando os processos de transição que vivenciam.

Outro aspeto fundamental que facilitou a adaptação da criança e família à DM1 foram as intervenções de enfermagem que promoveram a capacitação e empoderamento da família na gestão terapêutica e na aquisição de capacidades essenciais ao ótimo controlo metabólico da criança, através da realização de sessões de educação terapêutica e de treino na gestão e tratamento da DM1, transmitindo conhecimentos e habilidades sobre a preparação e administração de insulina, a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis, a realização da contagem de hidratos de carbono, a realização de atividade física regular e a monitorização e avaliação da glicemia e da cetonemia.

⁸⁷ “Garante um ambiente terapêutico e seguro.”

⁸⁸ “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.”

A promoção da adesão terapêutica, da competência na resolução de problemas e da adoção de estratégias de *coping* saudáveis, tais como o incentivo à distribuição de tarefas entre os pais, relacionadas com a gestão da diabetes; o encorajamento à procura de grupos de pais de crianças com DM1 na comunidade, de forma a partilharem as suas experiências, foram intervenções que promoveram a adaptação à DM1.

As intervenções de enfermagem promotoras da autonomia e da independência da família no cuidado à criança, revelaram-se fundamentais na capacitação dos pais no cuidado aos seus filhos com DM1, pelo que a parceria de cuidados com a família revelou-se fulcral neste processo. De acordo com Uhm & Kim (2022), o *empowerment* e a capacitação são fatores cruciais na promoção do autocuidado da pessoa com doença crónica e da sua família. Estas intervenções contribuíram para desenvolver competências do EEESIP no âmbito dos cuidados à criança/jovem com a família, promovendo a maximização da sua saúde, nomeadamente a unidade de competência E1.1⁸⁹ e E1.2⁹⁰; no âmbito dos cuidados à criança/jovem e sua família nas situações de especial complexidade, sobretudo as unidades de competência E2.2⁹¹ e E2.5⁹² e no âmbito da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, principalmente as unidades de competência E3.1⁹³ e E3.3⁹⁴.

Outra atividade desenvolvida foi a elaboração de um póster e a sua apresentação à equipa de enfermagem do SIP sobre intervenções de enfermagem promotoras de esperança à criança/jovem com o diagnóstico de uma doença crónica e à sua família (Apêndice VII). A pertinência desta atividade prende-se com a importância que a promoção da esperança representa no cuidado à criança ou jovem e família que são confrontados com o diagnóstico de uma doença crónica. As intervenções de enfermagem promotoras de esperança constituem-se como um fator facilitador das transições que a criança ou jovem e família vivenciam, contribuindo para o sucesso da adaptação à doença crónica e à sua gestão no quotidiano familiar, maximizando as forças da família,

⁸⁹ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

⁹⁰ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

⁹¹ "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas."

⁹² "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

⁹³ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

⁹⁴ "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura"

contribuindo assim para a sua capacitação para enfrentar os momentos de crise (Magão, 2012). A concretização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento das competências e unidades de competência comuns do EE: B1⁹⁵, B1.1⁹⁶, B2⁹⁷, B2.2⁹⁸, B3⁹⁹, B3.1¹⁰⁰, D2¹⁰¹, D2.1¹⁰² e D2.2¹⁰³ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747-4749). Contribuiu também para o desenvolvimento de competências do EEESIP no âmbito do cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente as unidades de competência E2.2¹⁰⁴ e E2.5¹⁰⁵ (Regulamento n.º 422/2018, p.19193-19194).

O DDP é um serviço de referência no acompanhamento de crianças e jovens com DM1 até aos 21 anos de idade e suas famílias. É constituído por uma equipa multidisciplinar diferenciada e experiente que proporciona educação terapêutica à criança, jovem e família na gestão e tratamento da DM1, adaptada às suas necessidades individuais, promovendo a sua autonomia progressiva.

A educação terapêutica é, segundo a *World Health Organization* (2023), um processo de aprendizagem estruturado e centrado na pessoa, que apoia as pessoas que vivem com condições crónicas a autogerirem a sua saúde, recorrendo aos seus próprios recursos, com o apoio dos seus familiares ou cuidadores. Segundo Colagiuri & Eigenmann conforme citados por Olinder et al. (2022), a educação terapêutica na DM1 é um processo interativo que visa facilitar e dar suporte ao indivíduo e sua família a adquirirem e porem em prática os conhecimentos que lhes são transmitidos e a facultar estratégias de *coping* necessárias para gerirem o seu dia-a-dia com a diabetes, promovendo o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida da criança com DM1 e sua família. A educação terapêutica tem o importante efeito benéfico promotor de um bom controlo metabólico e de promover o desenvolvimento psicossocial saudável da criança com DM1 (Olinder et al., 2022).

⁹⁵ "Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica."

⁹⁶ "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade."

⁹⁷ "Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua."

⁹⁸ "Planeia programas de melhoria contínua."

⁹⁹ "Garante um ambiente terapêutico e seguro."

¹⁰⁰ "Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo."

¹⁰¹ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

¹⁰² "Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho."

¹⁰³ "Suporta a prática clínica em evidência científica."

¹⁰⁴ "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas."

¹⁰⁵ "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

Os três dias de observação no DDP proporcionaram uma experiência muito enriquecedora relativamente à capacitação e empoderamento dos pais no cuidado aos seus filhos com DM1. A observação da intervenção do EEESIP junto da criança e sua família permitiu-me analisar como o EEESIP presta CCF, estabelecendo uma parceria de cuidados com os pais, apoiando-os no seu papel de principais cuidadores da criança, estabelecendo com estes uma relação de confiança e de ajuda, mostrando empatia e disponibilidade para ouvir as suas dúvidas, receios e incertezas relativamente à gestão da DM1 no quotidiano familiar, prestando-lhes apoio emocional. Transmite-lhes ainda, conhecimentos e habilidades sobre o controlo e tratamento da DM1, promovendo cuidados antecipatórios, a adesão terapêutica, com vista ao controlo metabólico adequado, ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança e à melhoria da qualidade de vida da criança e da família.

No que respeita aos CNT, o EEESIP adotou diversas estratégias não farmacológicas de controlo da dor da criança submetida aos procedimentos dolorosos como a administração de insulina subcutânea e a avaliação da glicemia capilar, tais como a utilização do brinquedo terapêutico (um urso de peluche, uma caneta de insulina e picadores), permitindo que a criança manipule estes materiais. A brincadeira terapêutica funciona como um meio de distração da criança, promovendo estratégias de *coping* eficaz, minimizando o medo e garantido o seu conforto (Díaz-Rodríguez et al., 2021). Para além disso, o EEESIP procurou envolver a criança nos cuidados, por exemplo permitindo que a criança escolhesse o dedo que seria picado para realizar a avaliação da glicemia capilar. O envolvimento da criança nos cuidados é uma intervenção essencial, de forma a promover o seu sentimento de controlo sobre a situação (Diogo et al., 2016).

Esta experiência de três dias de observação, apesar de ter decorrido num curto espaço de tempo, foi um importante contributo para dar continuidade ao desenvolvimento de competências e unidades de competência de EEESIP, nomeadamente E1.1¹⁰⁶, E1.2¹⁰⁷, E2.2¹⁰⁸, E2.5¹⁰⁹, E3.1¹¹⁰ e E3.3¹¹¹, estando integrada na EDP

¹⁰⁶ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

¹⁰⁷ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

¹⁰⁸ "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas."

¹⁰⁹ "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

¹¹⁰ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

¹¹¹ "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura."

no meu contexto profissional, pois pude observar a intervenção especializada de um enfermeiro perito na capacitação das famílias de crianças com DM1, contribuindo para a identificação de diversas estratégias, as quais poderão constituir importantes contributos para promover a melhoria dos cuidados prestados às crianças e famílias no meu contexto profissional (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

4.2.4 Urgência Pediátrica

O percurso de aprendizagem em contexto de Urgência Pediátrica decorreu durante cinco semanas, de 13 de novembro a 15 de dezembro de 2023, no SUP onde exerço a minha atividade profissional. Os objetivos específicos definidos para este estágio foram: 1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica estrutural do contexto de estágio; 1.2) Desenvolver competências especializadas na gestão dos processos de doença aguda/crónica e nas situações de risco da criança/jovem e família com vista à maximização da sua saúde, rumo à sua independência e ao bem-estar; 2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1 em contexto de urgência pediátrica; 2.2) Sensibilizar a equipa de enfermagem para o impacto da DM1 na criança e família e a relevância da capacitação parental no cuidado à criança com DM1.

Para atingir o objetivo específico **1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica estrutural do contexto de estágio**, foi realizada uma entrevista exploratória à enfermeira-chefe e à enfermeira orientadora, peritas na área onde desenvolvem a sua atividade profissional, para apresentar e discutir os objetivos e as atividades propostas para este estágio. Foi realizada a consulta de normas, protocolos e projetos do serviço e a observação das práticas dos cuidados de enfermagem, bem como da metodologia de trabalho, atividades que contribuíram para desenvolver as competências e unidades de competência comuns do enfermeiro especialista D1¹¹², D1.1¹¹³, D2¹¹⁴ e D2.3¹¹⁵ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

¹¹² "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade."

¹¹³ "Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro."

¹¹⁴ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

¹¹⁵ "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho."

O SUP presta cuidados de saúde urgentes e emergentes a crianças e jovens entre os 0 e os 17 anos e 364 dias. É constituído por uma sala de emergência; uma sala de triagem com dois postos de trabalho; três gabinetes médicos; uma sala de trabalho de enfermagem; uma sala de médicos; uma sala de tratamentos; uma sala de espera exterior e outra interior, sendo que esta última dispõem de várias cadeiras e 4 macas, onde permanecem as crianças ou jovens que aguardam observação médica após a triagem, com necessidade de maior vigilância do seu estado de saúde e um Serviço de Observação (SO), com capacidade para internar 7 crianças ou jovens com necessidade de internamento expectável igual ou inferior a 24 horas. A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é a do enfermeiro responsável.

Foi realizada a observação participante das funções do enfermeiro gestor do SUP e SIP, colaborando na gestão de materiais e de recursos humanos, nomeadamente nos pedidos de fármacos e de materiais realizados à Farmácia e ao aprovisionamento hospitalar, e na gestão da equipa de enfermagem, como a elaboração e atualização do horário de trabalho mensal, a distribuição semanal dos elementos da equipa, pelos vários postos de trabalho, a colaboração nas decisões da equipa de saúde, bem como a disponibilização de assessoria aos elementos da equipa de enfermagem. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento das competências e unidades de competências comuns do EE B3¹¹⁶, B3.2¹¹⁷, C1¹¹⁸, C1.1¹¹⁹, C1.2¹²⁰, C2¹²¹, C2.1¹²² e C2.2¹²³ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

O primeiro contacto da criança e família com a equipa de saúde do SUP ocorre no posto de triagem, com um enfermeiro. O modelo utilizado é o da Triagem de *Manchester*, sendo nesse momento que o enfermeiro faz o acolhimento da criança e da família, realiza a colheita de dados pertinentes sobre os motivos que levaram à necessidade de recorrer ao SUP, observa o estado geral da criança e a presença de sinais de gravidade do seu estado de saúde. Posteriormente, o enfermeiro seleciona um foco, com base no algoritmo informático da Triagem de *Manchester* e, consoante a sintomatologia e a sua

¹¹⁶ "Garante um ambiente terapêutico e seguro"

¹¹⁷ "Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais."

¹¹⁸ "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde"

¹¹⁹ "Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão."

¹²⁰ "Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade."

¹²¹ "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados"

¹²² "Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados."

¹²³ "Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos."

gravidade, é atribuída uma prioridade de atendimento e realizado o respetivo encaminhamento da criança para a especialidade médica mais adequada. Segundo Silva (2009) a Triage de *Manchester* permite identificar os critérios de gravidade de uma forma objetiva e organizada, com base nos problemas identificados, que indicam a prioridade clínica com que o doente deverá ser atendido.

Durante a realização da triagem, foram prestados cuidados imediatos à criança ou jovem, realizando oportunamente educação para a saúde e a prestação de cuidados antecipatórios no âmbito da prevenção de acidentes na infância, das medidas de controlo de infeção, da promoção da alimentação saudável e dos sinais e sintomas de alerta a que os pais devem estar atentos, bem como as recomendações sobre a sua atuação perante os mesmos, contribuindo para o desenvolvimento das unidades de competência do EEESIP E1.2.¹²⁴, E3.1¹²⁵. Destaco ainda a existência de protocolos de atuação no âmbito da triagem, que permitiram a intervenção rápida nas situações em que a criança ou jovem apresentavam febre e/ou dor, onde se geriram medidas farmacológicas de combate à dor, contribuindo para o desenvolvimento da unidade de competência do EEESIP E2.2.¹²⁶ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

Nas situações que foram identificadas e priorizadas como emergentes, as crianças ou jovens foram diretamente encaminhados para a Sala de Emergência e foi acionada a campanha de emergência, requerendo o suporte imediato de outros elementos da equipa multidisciplinar, de forma a prestar cuidados emergentes à criança/jovem com instabilidade das suas funções vitais, visando a estabilização do seu estado de saúde.

As funções que o enfermeiro desempenha no posto de triagem mereceram especial reflexão. A triagem é um momento que requer do enfermeiro uma grande capacidade de mobilizar conhecimentos técnico-científicos e de identificar necessidades específicas da criança e jovem, bem como eventuais sinais de gravidade do seu estado de saúde, o que implica experiência, treino e segurança profissional. Segundo Benner (2001), é através da aprendizagem experiencial que o enfermeiro adquire perícia profissional, permitindo-lhe compreender e distinguir cada situação ou problema atempadamente, sem perder tempo com o supérfluo, o que contribui para a aquisição de competências

¹²⁴ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

¹²⁵ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

¹²⁶ "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas."

inerentes à excelência da prática de cuidados. Desta forma, refletiu-se sobre a importância da realização da triagem por um enfermeiro perito, nomeadamente um EEESIP, cuja capacidade de reconhecer rapidamente situações de instabilidade das funções vitais e de risco de morte, prestando os cuidados de enfermagem apropriados, através da tomada de decisão rápida, é fundamental.

A observação participante da triagem realizada pelo EEESIP, contribuiu para atingir o objetivo específico **1.2) Desenvolver competências especializados na gestão dos processos de doença aguda/crónica e nas situações de risco da criança/jovem e família com vista à maximização da sua saúde, rumo à sua independência e ao bem-estar** e para o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, particularmente as unidades de competência E2.1.¹²⁷ e E2.2.¹²⁸ e no âmbito da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, nomeadamente as unidades de competência E3.1.¹²⁹ e E3.3.¹³⁰ (Regulamento n.º 422/2018, pp. 19192-19194).

Ao longo do estágio foram notórios os diversos tipos de transições vivenciados pela criança e jovem e pelas suas famílias, relacionadas com o impacto do diagnóstico de uma doença crónica ou do surgimento de uma doença aguda. Durante estes processos de transição, a criança/jovem e família vivenciam momentos de desequilíbrio, incerteza, *stress*, medo e ansiedade, geralmente associados ao desconhecido, ao sofrimento, à dor e à perda (Diogo et al., 2015), podendo ocorrer perturbações, desequilíbrio no bem-estar e conflitos interpessoais, exigindo várias mudanças, adaptações e reestruturações dentro do sistema familiar, especialmente quando se trata de um processo de transição para uma doença crónica (Meleis, 2010; Santos et al., 2015).

As transições saúde-doença poderão impactar o desenvolvimento infantil, a parentalidade e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança ou jovem e da sua família. Neste sentido, ao longo do estágio no SUP, a minha intervenção junto da criança/jovem e família foi orientada no sentido de desempenhar um papel facilitador das transições que estes vivenciavam, com o intuito de promover o seu bem-estar, a

¹²⁷ "Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados."

¹²⁸ "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas."

¹²⁹ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

¹³⁰ "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura."

melhoria da sua qualidade de vida e a maximização da saúde da criança/jovem. Como intervenções facilitadoras dos processos de transição destaco a prestação de CNT; os CCF; a parceria de cuidados estabelecida com os pais, envolvendo-os nos cuidados prestados à criança, que contribuíram para desenvolver a competência E1.1¹³¹; o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda com a criança e família, facilitando a expressão das suas emoções; a comunicação com a criança e família, utilizando estratégias adequadas ao seu estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, permitindo desenvolver a competência E3.3¹³²; a realização oportuna de educação para a saúde e a prestação de cuidados antecipatórios à criança/jovem e família, capacitando-os e empoderando-os na gestão dos processos de saúde e doença, promovendo o desenvolvimento de estratégias para vivenciarem transições saudáveis, que foram um importante contributo no desenvolvimento das unidades de competência E3.1¹³³ e E2.5¹³⁴ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

Durante este percurso, prestei cuidados a crianças e suas famílias que necessitaram de internamento no SO, devido à instabilidade das suas funções vitais, sendo maioritariamente crianças com dificuldade respiratória, algumas das quais necessitaram de suporte ventilatório, através de técnicas de ventilação não invasiva. Os cuidados de enfermagem às crianças submetidas a ventilação não invasiva e sua família exigem competências de cuidados de nível avançado, através da constante mobilização de conhecimentos técnico-científicos sobre a preparação e manutenção do funcionamento adequado dos equipamentos de ventilação; sobre as complicações mais frequentes para a criança submetida a ventilação não invasiva, prevenindo as mesmas; sobre as doenças mais comuns nas diferentes idades, implementando intervenções de enfermagem adequadas; sobre a rápida identificação de focos de instabilidade das funções vitais e sobre suporte avançado de vida pediátrico, o que exigiu a constante pesquisa na evidência científica recente sobre estas temáticas, procurando a atualização

¹³¹ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

¹³² "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura."

¹³³ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

¹³⁴ "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

dos conhecimentos, contribuindo para desenvolver as competências do EEESIP E1.2¹³⁵, E2.1¹³⁶ (Regulamento n.º 422/2018).

A hospitalização da criança é uma experiência potencialmente stressora e geradora de grande ansiedade, tanto para a criança como para a sua família (Çamur & Karabudak, 2021; Diogo et al., 2015). A hospitalização causa um impacto negativo a nível físico e psicológico na criança, pois esta encontra-se num ambiente que lhe é desconhecido, em contacto com procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo et al., 2015; Lulgjuraj & Maneval, 2021). Neste sentido, é exigido ao enfermeiro competências humanas, através de um cuidado holístico ao cliente pediátrico, no qual o apoio emocional, a promoção da esperança e o envolvimento dos pais nos cuidados à criança, foram intervenções que foram implementadas e que potenciaram a sua capacitação e empoderamento, contribuindo assim para facilitar as transições que vivenciaram durante o internamento do seu filho. Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento das unidades de competência E1.1.¹³⁷ e E2.5¹³⁸ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

A prestação de CNT evidenciou-se de extrema importância, minimizando o impacto físico e psicológico das experiências potencialmente stressoras da hospitalização, informando previamente a criança e a família sobre os cuidados e procedimentos a que seria submetida, esclarecendo dúvidas, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança e a individualidade da criança e da família. A utilização de estratégias não farmacológicas de controlo e alívio da dor, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, foram intervenções implementadas e que preveniram e/ou minimizaram a lesão corporal e a dor. A implementação destas estratégias contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do EE no âmbito da prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente as competências A2.1¹³⁹ e A2.2¹⁴⁰ (Regulamento n.º 140/2019) e contribuiu para o desenvolvimento de competências do EEESIP no âmbito da gestão

¹³⁵ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

¹³⁶ "Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados."

¹³⁷ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

¹³⁸ "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/ incapacidade"

¹³⁹ "Promove a proteção dos direitos humanos."

¹⁴⁰ "Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente."

diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (Regulamento n.º 422/2018).

Para dar resposta ao objetivo específico **2.1) Promover a adaptação da criança/jovem e família à DM1 em contexto de urgência pediátrica**, foi elaborado um folheto informativo para ser entregue aos pais das crianças com DM1 que recorrem ao SUP com sinais e sintomas de uma infeção ou doença aguda, que visa a capacitação e empoderamento parental na gestão da DM1 nos dias em que a criança apresenta uma doença aguda (Apêndice VIII). A pertinência deste tema prende-se com o facto de as doenças e infeções comuns da infância comprometerem a gestão da DM1, aumentando o risco de desenvolver cetoacidose diabética ou hipoglicemia. Por este motivo, é fundamental a educação terapêutica da criança/adolescente e família, de forma a capacitá-los e empoderá-los na gestão da DM1 durante os dias em que a criança apresenta uma doença aguda, por forma a contribuir para a manutenção de um controlo metabólico adequado, prevenindo possíveis complicações como a hipoglicemia com ou sem cetose, a hiperglicemia com ou sem cetose, a desidratação e a cetoacidose diabética (Phelan et al., 2022). A concretização desta atividade contribuiu para desenvolver as competências e unidades de competências comuns do EE B1¹⁴¹; B1.1¹⁴²; B2¹⁴³; B2.2¹⁴⁴, D2¹⁴⁵; D2.2¹⁴⁶; D2.3¹⁴⁷ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750). Contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP no âmbito da assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde e das unidades de competência E1.1¹⁴⁸ e E1.2¹⁴⁹ e no âmbito dos cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e da unidade de competência E2.5¹⁵⁰ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194).

¹⁴¹ "Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica."

¹⁴² "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade."

¹⁴³ "Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua."

¹⁴⁴ "Planeia programas de melhoria contínua."

¹⁴⁵ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

¹⁴⁶ "Suporta a prática clínica em evidência científica"

¹⁴⁷ "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho."

¹⁴⁸ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

¹⁴⁹ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

¹⁵⁰ "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade."

Outra atividade desenvolvida foi a atualização do Guia Orientador de Boas Práticas na educação terapêutica à criança/adolescente com DM1 e sua família, de acordo com a evidência científica e as *guidelines* mais recentes no âmbito da gestão da DM1 (Apêndice IX). Este guia constitui uma ferramenta essencial que permite formar e informar a equipa de enfermagem do SUP e do SIP que presta cuidados à criança/adolescente com DM1 e sua família, esclarecendo dúvidas, proporcionando material auxiliar na gestão de cuidados, uniformizando os procedimentos no âmbito da prestação de cuidados e definindo linhas orientadoras na educação terapêutica da criança e adolescente com DM1 e sua família.

Como enfermeira integrada na EDP desta instituição hospitalar e como futura EEESIP, esta atividade detém uma importância fulcral, pois o EE desempenha um importante papel na educação dos clientes e na orientação, aconselhamento e disseminação do conhecimento e das boas práticas junto dos seus pares, visando a melhoria contínua da qualidade da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). A realização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento das competências e unidades de competência comuns do EE B1¹⁵¹, B1.1¹⁵², B1.2¹⁵³, B2¹⁵⁴, B2.2¹⁵⁵, C1¹⁵⁶, C1.1¹⁵⁷, D2¹⁵⁸, D2.1¹⁵⁹, D2.2¹⁶⁰ e D2.3¹⁶¹ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

O objetivo específico **2.2) Sensibilizar a equipa de enfermagem para o impacto da DM1 na criança e família e a relevância da capacitação parental no cuidado à criança com DM1**, concretizou-se com a apresentação de uma comunicação oral nas XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha, cujo tema assenta nas dificuldades sentidas pelos pais de crianças e adolescentes com DM1 na escola (Apêndice X). Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a temática, através da pesquisa de artigos em bases de dados, datando os últimos cinco anos e que identificaram as dificuldades sentidas pelos pais de crianças com DM1 na gestão da mesma em contexto

¹⁵¹ "Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica."

¹⁵² "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade."

¹⁵³ "Orienta projetos institucionais na área da qualidade."

¹⁵⁴ "Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua."

¹⁵⁵ "Planeia programas de melhoria continua."

¹⁵⁶ "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde"

¹⁵⁷ "Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão."

¹⁵⁸ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

¹⁵⁹ "Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho."

¹⁶⁰ "Suporta a prática clínica em evidência científica."

¹⁶¹ "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho."

escolar, por forma a que esta evidência possa, futuramente, fundamentar um projeto que pretendo desenvolver no âmbito da formação da comunidade escolar da região onde se insere esta Unidade de Saúde, em parceria com a Saúde Escolar, que possa colmatar essas dificuldades, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados à criança/adolescente com DM1 e sua família. A concretização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento das competências e unidades de competência comuns do EE D2¹⁶², D2.1¹⁶³, D2.2¹⁶⁴ e D2.3¹⁶⁵ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

4.2.5 Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

O estágio realizado no contexto de Neonatologia decorreu durante cinco semanas, de 8 de janeiro a 9 de fevereiro de 2024, numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um Centro Hospitalar. Os objetivos específicos delineados para este estágio foram: 1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica estrutural do contexto de estágio; 1.2) Desenvolver competências especializadas no cuidado ao recém-nascido (RN) e sua família com foco na promoção da saúde e do desenvolvimento infantil; 2.1) Desenvolver competências na prestação de cuidados promotores da capacitação parental no cuidado ao RN.

O objetivo específico **1.1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e conhecer a dinâmica estrutural do contexto de estágio**, concretizou-se através de uma entrevista à enfermeira-chefe e à enfermeira orientadora, peritas na área onde desenvolvem a sua atividade profissional, para apresentação e discussão sobre os objetivos e atividades propostas para este estágio e foi realizada a leitura de normas, protocolos e projetos existentes no serviço e a observação das práticas dos cuidados de enfermagem, bem como da metodologia de trabalho, atividades que contribuíram para desenvolver as

¹⁶² Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

¹⁶³ Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

¹⁶⁴ Suporta a prática clínica em evidência científica

¹⁶⁵ Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

competências e unidades de competência comuns do enfermeiro especialista D1¹⁶⁶, D1.1¹⁶⁷, D2¹⁶⁸ e D2.3¹⁶⁹ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750)

Esta unidade caracteriza-se pela prestação de cuidados especializados a RN de risco ou com patologia, até aos 28 dias de vida ou 44 semanas de idade corrigida, e com mais de 34 semanas de idade gestacional, sendo constituída por duas salas com quatro incubadoras e seis berços. Presta cuidados imediatos a RN pré-termo com menos de 34 semanas de idade gestacional, cuja transferência *in útero* para uma maternidade mais diferenciada não tenha sido possível e nasçam no bloco de partos do hospital, até à sua estabilização clínica e posterior transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Presta cuidados a bebés prematuros, já com alguns meses de idade cronológica, que pelas suas especificidades e complexidade, inviabilizam a ida do bebé para casa e não podem ser assegurados por outras unidades de internamento.

A UCEN tem uma localização privilegiada, encontrando-se fisicamente integrada na maternidade do hospital, adjacente ao bloco de partos e ao puerpério, o que facilita o rápido acesso à unidade, em situações em que o RN necessite de cuidados especializados imediatos no pós-parto. Os RN internados nesta unidade são provenientes do bloco de partos, do puerpério, da urgência pediátrica e da consulta externa do hospital, ou podem ainda ser transferidos de outras unidades hospitalares do país, para dar continuidade aos cuidados de saúde de que necessitam e que impossibilitam a alta hospitalar. A metodologia de trabalho adotada é a do enfermeiro responsável.

O ambiente nas UCEN caracteriza-se por ser nocivo e híper estimulante para o RN. Estas unidades, devido às suas características e à tecnologia que as envolve, tornam-se fontes de estímulos considerados stressantes para o RN, como os ruídos nocivos ou as luzes intensas, bem como os procedimentos, muitas vezes dolorosos, e as manipulações constantes do RN. Estes ambientes, sendo híper estimulantes, levam a uma sobrecarga sensorial no RN (Reid & Freer, 2010). Por estes motivos, o internamento de um RN numa UCEN, irá impactar o seu desenvolvimento sensorial, afetando o seu desenvolvimento comportamental e perceptual (Tamez, 2017).

¹⁶⁶ "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade."

¹⁶⁷ "Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro."

¹⁶⁸ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

¹⁶⁹ "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho."

Segundo Altimier & Phillips (2016), as crianças que são menos expostas ao *stress* provocado por estímulos exagerados do meio ambiente, demonstram melhores resultados no seu processo de desenvolvimento e de saúde. Neste sentido, um dos aspetos que mereceu reflexão, foi a prestação de cuidados centrados no desenvolvimento do RN, nomeadamente os cuidados neuroprotetores. Os mesmos autores destacam que os cuidados neuroprotetores definem-se como um conjunto de estratégias capazes de prevenir a morte celular neuronal. Constatou-se, neste estágio, que os enfermeiros são os elementos da equipa multidisciplinar que se destacam pela preocupação na promoção destes cuidados ao RN, especialmente no controlo dos *stressores* ambientais como a iluminação, a temperatura e o ruído e na prevenção e controlo da dor do RN.

No âmbito dos cuidados neuroprotetores, o planeamento dos cuidados a prestar ao RN, de forma individualizada, respeitando o seu desenvolvimento e o seu ritmo, geram resultados significativos na sua saúde, incluindo menos dias de ventilação invasiva, maior independência alimentar, menos dias de internamento, redução do número de complicações e melhores resultados no desenvolvimento neurológico nos primeiros 18 meses de vida (Altimier e Phillips, 2016).

A prestação de cuidados centrados no desenvolvimento do RN, tais como a proteção do sono do RN, através do planeamento atempado das intervenções, minimizando a manipulação do RN durante o sono; os cuidados com a minimização da intensidade da luz sobre as incubadoras, diminuindo luminosidade da UCEN, tapando a incubadora com proteções adequadas a esse efeito; a manutenção de uma temperatura adequada na unidade e dentro da incubadora; a redução do ruído na unidade, promovendo o silêncio durante o sono do RN e reduzindo o ruído dos alarmes dos monitores e seringas infusoras; o controlo da dor do RN durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos, através do uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor como a amamentação, a contenção do RN, o contacto pele com pele no colo dos pais, a administração de sacarose e da sucção não nutritiva com chucha, quando não era possível a amamentação, permitiram dar resposta ao objetivo específico **1.2) Desenvolver competências especializadas no cuidado ao RN e sua família com foco na promoção da saúde e do desenvolvimento infantil**, e contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP no âmbito

da assistência à criança com a família, na maximização da sua saúde; da unidade de competência E1.2¹⁷⁰; no âmbito dos cuidados à criança e família nas situações de especial complexidade; da competência E2.2¹⁷¹; no âmbito da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, promovendo a maximização do seu potencial de desenvolvimento e da unidade de competência E3.1.¹⁷² (Regulamento n.º 422/2018, pp. 19192-19194).

Outro aspeto que foi alvo de reflexão foi a transição para a parentalidade que ocorre com o nascimento de um bebé, proporcionando transformações importantes na vida dos seus pais, que implicam mudanças nos seus papéis, relacionamentos, habilidades, expectativas e padrões de comportamento, ao desempenharem o novo papel de pais (Santos et al., 2015). Este processo de transição designa-se de transição de desenvolvimento (Meleis, 2010) e exige a capacidade de adaptação dos pais ao seu novo papel e à necessidade de incorporarem novos conhecimentos, relacionados com os cuidados ao RN.

Quando o RN necessita de internamento numa UCEN, os pais vivenciam transições de desenvolvimento e situacionais (Meleis, 2010). Esta situação é geradora de ansiedade, medo, insegurança e sensação de impotência para os pais, podendo ainda interferir no estabelecimento da vinculação com o RN (Bonfim et al., 2022). A vinculação com os pais constitui a base de todas as relações que o RN desenvolverá ao longo da sua vida. Porém, com a necessidade de internamento do RN, ocorre uma disrupção no processo de vinculação (Querido et al., 2020). O EEESIP é um dos principais agentes facilitadores das transições que os pais dos RN internados vivenciam, através do estabelecimento de uma relação de ajuda (Santos et al., 2015), na prestação de CCF, na parceria de cuidados que estabelece com os pais (Casey, 1995) e na educação para a saúde que realiza durante o período de internamento, proporcionando a aquisição de conhecimentos e de competências nesta experiência de transição que é a transição para a parentalidade, permitindo enfrentá-la de forma saudável e eficaz (Góes et al., 2021; Santos et al., 2015). Desempenha ainda um papel fundamental na promoção da vinculação eficaz entre o RN internado e os pais, aproveitando todas as oportunidades para encorajar, educar e

¹⁷⁰ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem"

¹⁷¹ "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas."

¹⁷² "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil"

capacitar os pais a envolverem-se nos cuidados ao RN, promovendo a proximidade física e a amamentação (Querido et al., 2020).

As atividades desenvolvidas como a promoção do contacto pele a pele, a realização do método Canguru, a inclusão dos pais nos cuidados ao RN e o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança com os pais, através da comunicação eficaz e do apoio emocional, revelaram-se fundamentais para estabelecer uma vinculação eficaz e promover uma transição segura para a parentalidade, e contribuíram para dar resposta ao objetivo específico **1.2) Desenvolver competências especializadas no cuidado ao RN e sua família com foco na promoção da saúde e do desenvolvimento infantil** e para desenvolver competências específicas do EEESIP: “1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; as unidades de competência E1.1¹⁷³ e E1.2.¹⁷⁴; “3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e unidades de competência E3.2.¹⁷⁵ (Regulamento n.º 422/2018, pp. 19192-19194).

Durante o percurso de aprendizagem experiencial na UCEN, foram prestados cuidados de enfermagem a RN e famílias de várias nacionalidades e culturas, o que permitiu o desenvolvimento do conhecimento sobre estratégias de comunicação no relacionamento com a criança e família, respeitando as suas crenças e cultura, como a utilização de imagens elucidativas, retiradas do computador e o uso de uma ferramenta informática no telemóvel, que permitiu traduzir a informação transmitida à família, proporcionando a aquisição da unidade de competência E3.3.¹⁷⁶ (Regulamento n.º 422/2018).

Para atingir o objetivo específico **2.1) Desenvolver competências na prestação de cuidados promotores da capacitação parental no cuidado ao RN**, acordou-se com a enfermeira orientadora e a enfermeira-chefe, a elaboração de um folheto informativo para ser entregue aos pais no momento da alta, que se revelou muito pertinente junto da equipa de enfermagem, tendo sido enviado para a área da Qualidade do Centro Hospitalar, para se proceder à sua codificação, autorização e posterior utilização pela

¹⁷³ “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”

¹⁷⁴ “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”

¹⁷⁵ “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais”

¹⁷⁶ “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”

equipa de enfermagem (Apêndice XI). Neste folheto são abordadas diversas recomendações de segurança para os cuidados ao RN após a alta hospitalar, visando a promoção de um ambiente seguro e favorável ao seu crescimento e desenvolvimento saudável e harmonioso. A educação para a saúde é um recurso fundamental para a preparação para a alta (Góes et al., 2022), devendo incidir sobre os principais cuidados ao RN no domicílio e sobre a transmissão de orientações antecipatórias aos pais, de forma a promover a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. Assim, a concretização desta atividade foi fulcral para o desenvolvimento das competências do EEESIP no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, e unidade de competência E1.1¹⁷⁷ e E1.2¹⁷⁸; no âmbito da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem e unidade de competência E3.1¹⁷⁹ e E3.2¹⁸⁰ (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192-19194). Contribuiu também para desenvolver as competências e unidades de competência comuns do EE: B1¹⁸¹, B1.1¹⁸², B1.2¹⁸³, B2¹⁸⁴, B2.2¹⁸⁵, C1¹⁸⁶, C1.1¹⁸⁷, D2¹⁸⁸, D2.2¹⁸⁹ e D2.3¹⁹⁰ (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-4750).

¹⁷⁷ "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem."

¹⁷⁸ "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."

¹⁷⁹ "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil."

¹⁸⁰ "Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais."

¹⁸¹ "Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica."

¹⁸² "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade."

¹⁸³ "Orienta projetos institucionais na área da qualidade."

¹⁸⁴ "Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua."

¹⁸⁵ "Planeia programas de melhoria contínua."

¹⁸⁶ "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde."

¹⁸⁷ "Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão."

¹⁸⁸ "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

¹⁸⁹ "Suporta a prática clínica em evidência científica."

¹⁹⁰ "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho."

Considerações Finais e Projetos Futuros

No presente relatório foram descritas as experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, através da reflexão sobre as mesmas, tendo por base a evidência científica, visando o desenvolvimento pessoal e profissional, o que contribuiu para atingir os objetivos propostos e para desenvolver competências de mestre e competências comuns e específicas do EEESIP. As atividades desenvolvidas, foram sustentadas nas filosofias de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, como os CCF, a parceria de cuidados e os CNT. Salienta-se a seleção da conceção teórica dominante, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que sustentou e orientou a minha prática de enfermagem, ao longo de todo o percurso formativo, através da compreensão dos processos e experiências humanas de transição e no desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem efetivas que capacitaram e empoderaram a criança e família a manterem ou recuperarem a estabilidade e o bem-estar, promovendo intervenções facilitadoras dos processos de transição (Meleis, 2014).

Chegando ao final deste percurso, posso afirmar que o enfermeiro detém um papel fundamental na facilitação dos processos de transição que a criança e família vivenciam, especialmente no processo de adaptação a uma doença crónica como a DM1. Como ficou espelhado ao longo deste relatório, o enfermeiro, através da sua intervenção especializada, é capaz de implementar terapêuticas de enfermagem que facilitam os processos de transição vivenciados pela criança e família, apoiando-as e capacitando-as para manter ou readquirir o bem-estar, promovendo a sua saúde e a qualidade de vida.

Como projetos para o futuro, pretendo dar continuidade ao investimento na formação sobre os cuidados à criança com DM1 e sua família. Almejo realizar um curso sobre a educação terapêutica à criança e adolescente portadores de sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina e sua família. Pretendo ainda elaborar um projeto de melhoria contínua da qualidade, no meu contexto profissional, em parceria com a equipa de Saúde Escolar, por forma a formar e informar a comunidade escolar sobre a DM1 e os seus cuidados associados, capacitando os profissionais da educação no apoio às crianças e adolescentes com DM1 e suas famílias. Pretendo dar continuidade a estes projetos, alicerçando-os na evidência científica e na produção e disseminação do conhecimento científico, através da realização de estudos primários nesta área, dando continuidade aos resultados da revisão narrativa da literatura já realizada.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). SGS II Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – dos 0 aos 5 anos. Rocha, A.M., Machado, M., Ferreira, C. trad.). CEGOC-TEA (traduzido do original inglês SGS II – Schedule of Growing Skills II).
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bigaran, L. T., Pereira, F. R. S., Maia, A. K. S., Barbosa, T. C., Ribeiro, E. L. S. P., Lima, R. E. A., Orta, B. H. S., Hércules, M. C., Sartin, E. G., Hassan, S. E. (2022). Diabetes Mellitus tipo 1: Uma revisão de literatura sobre o impacto da doença na qualidade de vida de crianças. *Research, Society and Development*, 11 (15). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.36947>
- Bomfim, T.C.R.S., Rocha, A.D. & Machado, A.B.S. (2022). Bem-Vindo ao Lar: Dificuldades dos Cuidadores de Bebês Nascidos Prematuramente Após a Alta Hospitalar. *Revista de Enfermagem Atual In Derme*, 38 (96). <https://doi.org/10.31011/>
- Çamur, Z. & Karabudak, S. S. (2021). The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 27, 1-11. <https://doi.org/10.1111/ijn.12910>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. Doi:10.1016/j.pedn.2018.07.001

- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Grau de Mestre. *Diário da República*, I Série (N.º 156 de 16-08-2018), 4147-4182. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Dai, H., Chen, Q., Huang, H., Wu, K. & Yang, X. (2022). The Role of Nurses in Taking Care of Children With Type 1 Diabetes. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 28 (1), 107-113.
- Díaz-Rodríguez, M., Alcántara-Rubio, L., Aguilar-García, D., Pérez-Muñoz, C., CarreteroBravo, J. & Puertas-Cristóba, E. (2021). The Effect of Play on Pain and Anxiety in Children in the Field of Nursing: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.022>
- Dingle, M. & Mulnier, H. (2022). Uma Revisão Sistemática da Literatura Sobre em que Idade Uma Criança é Capaz de Fazer Auto-injeção de Insulina de Forma Independente. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 17 (2), 83-90.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com Competência Emocional na Gestão dos Medos de Crianças em Contexto de Urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 10/2013 de 31 maio (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saudeinfantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnica sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Nº 024/2012. Direção-Geral da Saúde.
- Feldman, M. A., Anderson, L. M., Shapiro, J. B., Jedraszko, A. M., Evans, M., Weil, L. E. G., Garza, K. P., & Weissberg-Benchell, J. (2018). Family-Based Interventions Targeting Improvements in Health and Family Outcomes of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: a Systematic Review. *Current diabetes reports*, 18(3), 15. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-0981-9>

- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In Ramos, A., Figueiredo, M., Lidel, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp39-55). Lidel.
- Fontes, V.S., Ribeiro, C.J.N., Dantas, R.A.N. & Ribeiro, M.C.O. (2018). Pain relief strategies during immunization. *Br J Pain*, 1(3), 270-273. DOI 10.5935/2595-0118.20180051
- Fox, J. L. (2024). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M. J., Duffy, E. A. & Gibbs, K. D. (Eds), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12ed., pp 648-667). Elsevier.
- Gampelaere, C. V., Luyckx, K., Goethals, E. R., Straaten, S., Laridaen, J., Casteels, K., Vanbesien, J., Depoorter, S., Klink, D., Cools, M., & Goubert, L. (2020). Parental stress, anxiety and trait mindfulness: associations with parent-child mealtime interactions in children with type 1 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 43, 448–459. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00144-3>
- Ghaljaei, F., Motamedi, M., Saberi, N. & ArbabiSarjou, A. (2022). The Effect of the Family Centered Empowerment Model on Family Functioning in Type 1 Diabetic Children: A Quasi-Experimental Study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 11 (2). <https://doi.org/10.5812/msnj-134004>
- Góes, F.G.B., Santos, A.S.T., Ledo, B.C., Silva, M.A., Bastos, M.P.C. & Pires, V.C.B.P. (2021). Preparation of Discharge of Families in the Promotion of the Home Care of the Newborn: Integrative Review. *Revista Pesquisa Cuidado É Fundamental*, 1249-1255. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9458
- Göthesson, J., Olinder, A. L., Mörelius, E., Forsner, M., Håkansson, L., Hanberger, L. & Nilsson, S. (2023) Children's and adolescent's narratives about pain and negative experiences in diabetes treatment. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 28, e12396. <https://doi.org/10.1111/jspn.12396>
- Haddad, L. M. & Toney-Butler, T. J. (2020). Empowerment. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK430929/#article-21047.s3>
- Hockenberry, M. J. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M. J., Duffy, E. A. & Gibbs, K. D. (Eds), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12ed., pp. 1-11). Elsevier.
- International Diabetes Federation. (2021). International Diabetes Federation Atlas. (10th

- edit). International Diabetes Federation.
https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Khorsandi, F., Parizad, N., Feizi, A., & Hemmati MaslakPak, M. (2020). How do parents deal with their children's chronic kidney disease? A qualitative study for identifying factors related to parent's adaptation. *BMC Nephrology*, 21(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/s12882-020-02170-4>
- Kose, S. & Murat, M. (2020). Psychological Symptoms in Children with Type-1 Diabetes. *International Journal of Caring Sciences*, 13, 288-293.
- Lulgjuraj, D. & Maneval, R. E. (2021). Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 38–46.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.015>
- Magão, M. T. (2012). Práticas Promotoras de Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica. In Basto, M. L. (Ed). *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática* (1.ª ed, pp. 51-106). Formasau.
- Meleis, A. (2014). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ªed). Wolters Kluwer Health.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Moghadam, Y. H., Zeinaly, Z. & Alhani, F. (2022). How mothers of a child with type 1 diabetes cope with the burden of care: a qualitative study. *BMC Endocrine Disorders*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01045-z>
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lidel.
- Mphasha, M. H., Skaal, L., Mothiba, T. M., Ngoatle, C. & Hlahla, L. (2022). Primary health care–family partnership for better diabetes outcomes of patients: a systematic review. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*. 28:1,1-6.
<https://doi.org/10.1080/16089677.2022.2140517>
- Netto, L; Silva, K; L. & Rua, M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*. 22(1), 1-6.

- Olinder, A. L., DeAbreu, M., Greene, S., Haugstvedt, A., Lange, K., Majaliwa, E. S., Pais, V., Pelicand, J., Town, M., & Mahmud, F. H. (2022). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 23(8), 1229-1242. doi:10.1111/pedi.13418
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica n.º 07/2020: Recusa do enfermeiro de família em administrar uma vacina injetável a um lactente de 3 meses durante a amamentação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07_2020_mceesip_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica. *Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos da OE, Série I, nº 3, volume 2. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, 1(3). Ordem dos Enfermeiros.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée Infermière*. Chenelière Éducation.
- Phelan, H., Hanas, R., Hofer, S.E., James, S., Landry, A., Lee, W., Wood, J.R. & Codner, E. (2022). Sick day management in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 23(7), 912-925. doi:10.1111/pedi.13415
- Pimentel, R. R. S., Targa, T. & Scardoelli, M. G. C. (2017). Do diagnóstico ao desconhecido: percepções dos pais de crianças e adolescentes com diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11 (3), 1118-1126. DOI: 10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201701
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677-687.
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Nunes, E. & Caldeira, S. Intervenções de

- enfermagem na promoção da vinculação do recém-nascido com necessidade de internamento – scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12, 63-64.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10263>
- Ramos, A. L. (2020). A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Empoderamento da Criança, Jovem e Família. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 12-23). Lidel.
- Reid, T., Feer, Y. (2010). Developmentality focus nursing care. In G. Boxwell (Ed.). *Neonatal Intensive care*. 16-39. Routledge.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, II série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744- 4750.
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, II série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
<https://dre.pt/application/file/a/115685317>.
- Rikos, N., Mpalaskas, A., Fragiadaki, M., Frantzeskaki, C., Kassotaki, A. & Linardakis, M. (2022). Quality of Life and Psychological Burden of Parents of Children, Adolescents, and Young Adults with Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study during the Lockdown Period of COVID-19. *Nursing Reports*, 12, 564-573.
<https://doi.org/10.3390/nursrep12030055>
- Santos, E.J.F., Marcelino, L.M.M.M.S., Abrantes, L.C.B., Marques, C.F.F., Correia, R.M.L., Coutinho, E.C. & Azevedo, I.C.S.C. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171.
- Saraiva, H. & Sousa, A. (2022). Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lidel.
- Serrabulho, M. L.; Matos, M. G. & Raposo, J. F. (2011). As Representações de Saúde e Estilos de Vida dos Adolescentes com Diabetes Tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 6 (2): 55-61.
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester*. [Tese de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<http://hdl.handle.net/10216/19983>

- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Letra Solúvel.
- Sousa, F. A. M. R., Andrade, M. L. M. S. & Oliveira, C. M. G. S. (2023). Transição de pais para cuidadores de um filho com Diabetes Mellitus tipo 1: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76 (1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0201pt>
- Souza, R. R., Marquete, V. F., Vieira, V. C. L., Fischer, M. J. B., Spigolon, D. N. & Marcon, S. S. (2020). Home care for child and adolescent with type 1 diabetes mellitus from the care giver's perspective. *Revista de Enfermagem UERJ*, 28. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.46013>
- Sparapani, V.C. & Nascimento, L.C. (2009). Crianças com diabetes mellitus tipo 1: fortalezas e fragilidades no manejo da doença. *Ciência Cuidado e Saúde*, 8(2), 274-279. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8211
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal, assistência ao recém-nascido de alto risco* (6ª Edição). Guanabara.
- Thoft, D. S.; Nielsen, B. K. & Enggaard, H. (2022). To become an expert within a week: Children's and parents' experiences of the child being diagnosed with type 1 diabetes and receiving diabetes education – A qualitative interview study. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.10.004>
- Uhm, J-Y & Kim, M. S. (2022). Online social support and collective empowerment: Serial mediation effect on self-efficacy among mothers of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 3225–3234. <https://doi.org/10.1111/jan.15242>
- Varajidás, C.A., Machado, M., Mota, M.P., Martins, R., Lisboa, M.C., Soares, I., Sousa, S. & Leitão, J.C. (2017). Psychometric properties of the schedule of growing skills II: Portuguese version. *Psychologica*, 60(1), 7-18. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_1
- Zhao, X., Ai, Z., Chen, Y., Wang, J., Zou, S. & Zheng, S. (2019). The Effectiveness of Parenting Interventions on Psychosocial Adjustment in Parents of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: A Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(6), 462–469. <https://doi.org/10.1111/wvn.12399>