



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Suporte Familiar no Processo de Transição do  
Adolescente com Diabetes *Mellitus*, tipo 1 para a Vida  
Adulta: Contributo Enfermeiro Especialista**

**André Miguel Nabiço Rodrigues**



**Lisboa  
julho 2021**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Suporte Familiar no Processo de Transição do  
Adolescente com Diabetes *Mellitus*, tipo 1 para a Vida  
Adulta: Contributo Enfermeiro Especialista**

---

**André Miguel Nabiço Rodrigues**

---

**Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro**

**Lisboa  
julho 2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”

(Marcel Proust)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao fim de concluir mais um objetivo pessoal e profissional na minha vida, agradeço às pessoas que sem elas, nunca seria possível sequer ter iniciado este caminho.

Aos meus pais, por todo o apoio e amor incondicional, por todos os valores que me transmitiram ao longo da vida, devo-vos tudo.

À minha irmã por compreender o irmão ausente que sou e amar-me incondicionalmente, da mesma forma que a amo, obrigado Patrícia, és o meu orgulho.

À minha noiva Joana, por todo o apoio nesta etapa, por todo o amor, compreensão, carinho, respeito, cumplicidade, persistência, não seria possível concluir sem ti ao meu lado, és o melhor de mim. Amo-te muito!

Aos meus colegas de trabalho pela forma como me ajudaram, incentivando-me constantemente.

À Professora Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro, por ser genuinamente boa pessoa, por toda a compreensão e ajuda neste processo árduo. Devo-lhe muito e levo um bocadinho de si no meu coração, obrigado!

Por fim, a todas as crianças e famílias por simplesmente existirem e poder ter orgulho em poder aprender cada vez mais com cada um, são a minha inspiração.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**ADA** – American Diabetes Association

**CCF** - Cuidados Centrados na Família

**CNT** – Cuidados Não Traumáticos

**DM1** – Diabetes *Mellitus*, Tipo 1

**EC** – Estágio Curricular

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEESIP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**IPFCC** – Institute for Patient and Family Centered Care

**MIF** – Medida de Independência Funcional

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OG** – Objetivos Gerais

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNV** – Plano Nacional de Vacinação

**RCEESIP** – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

**RN** – Recém-Nascido

**SRPD** – Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

**SUP** – Serviço de Urgência Pediátrica

**UCC** – Unidade Cuidados na Comunidade

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UICD** – Unidade de Internamento de Curta Duração

**UP** - Urgência Pediátrica

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do terceiro semestre do X Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, onde se pretende traduzir as aprendizagens pessoais com base numa prática reflexiva baseada na melhor evidência científica, sustentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, na Filosofia de Cuidados em Parceria, nos Cuidados Não Traumáticos (CNT) e nos Cuidados Centrados na Família (CCF), desenvolvendo competências comuns do enfermeiro especialista, assim como as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

O processo de transição do adolescente para a vida adulta por si só, já é complexo pelas particularidades do estágio de desenvolvimento, mais complexo se torna quando existe uma condição crónica como a *Diabetes Mellitus*, tipo 1 (DM1). Esta condição traz consigo uma carga negativa tanto para o adolescente como para a sua família, sendo que quando a família não se adapta a esta nova situação dificulta não só o processo de adaptação à doença (transição de saúde-doença), por parte do adolescente, como também a sua adesão ao regime terapêutico, e por sua vez a transição para a vida adulta.

Este percurso de aprendizagem impulsionou o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, facilitadoras da adaptação da família à condição crónica do adolescente, tornando estes num suporte imprescindível para uma transição saudável do adolescente com DM1 para a sua vida adulta.

**Palavras-Chave:** Adolescente, Diabetes Mellitus tipo 1, Família, Transição, Enfermeiro Especialista.

## **ABSTRACT**

This report appears in the scope of the third semester of the X Master's Degree in Nursing, in the area of specialization in Child Health Nursing and Pediatrics, where it is intended to translate personal learning based on a reflective practice based on the best scientific evidence, supported by Theory of Afaf Meleis Transitions, in the Philosophy of Care in Partnership, in Non-Traumatic Care (CNT) and in Family-Centered Care (CCF), developing common skills of the specialist nurse, as well as the skills of the specialist nurse in child and pediatric health. .

The process of transition from adolescence to adulthood by itself is already complex due to the particularities of the stage of development, more complex when it becomes a chronic condition such as Diabetes Mellitus, type 1 (DM1). This condition brings with it a negative burden both for the adolescent and for his family, and when the family does not adapt to this new situation it hinders not only the process of adapting to the disease (transition from health-illness), on the part of the adolescent, as well as their adherence to the therapeutic regime, and in turn the transition to adulthood.

This learning path has boosted the development of nursing therapies, which facilitate the family's adaptation to the adolescent's chronic condition, making them an indispensable support for a healthy transition of the adolescent with DM1 into his adult life.

**Keywords:** Adolescent, Type 1 Diabetes Mellitus, Family, Transition, Specialist Nurse.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>15</b>
2.1. Diabetes <i>Mellitus</i> , tipo 1 .....	15
2.2. Adolescência com Diabetes <i>Mellitus</i> , tipo 1 .....	16
2.3. Família e a Diabetes <i>Mellitus</i> , tipo 1.....	18
2.4. Uma Intervenção de Enfermagem Centrada na Família.....	21
2.5. Modelos de Transições de Afaf Meleis .....	22
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE GENERALISTA A ESPECIALISTA ..</b>	<b>25</b>
3.1. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) .....	26
3.2. Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD) .....	42
3.3. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) .....	46
3.4. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)/ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) .....	54
3.5. Departamento de Pediatria numa Associação para Pessoas com Diabetes (DPAPD).....	59
<b>4. SUPORTE FAMILIAR: TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA TRANSIÇÃO DO ADOLESCENTE COM DM1 PARA A VIDA ADULTA .....</b>	<b>65</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>71</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE 1. CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS

APÊNDICE 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DOS ESTAGIOS

APÊNDICE 3. FORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE

APÊNDICE 4. FORMAÇÃO SOBRE DIABETES *MELLITUS*, TIPO 1

APÊNDICE 5. *FLYER* EXPLICATIVO DO SISTEMA DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA

APÊNDICE 6. PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING*

## **ÍNDICE DE DIAGRAMAS**

Diagrama 1 - Operacionalização do Modelo Transicional de Meleis et al., (2000) adaptado à condição crónica no adolescente e família.....	22
Diagrama 2 - Operacionalização do Modelo das Transições de Afaf Meleis no Suporte Familiar no Processo de Transição do Adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1 para a Vida Adulta: Contributo do Enfermeiro Especialista .....	59

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do X Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde e Pediatria lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O mesmo tem como finalidade a exposição e reflexão do percurso de aprendizagem realizado ao longo dos vários contextos de estágio, permitindo assim a concretização do projeto de estágio elaborado no semestre transato, bem como pretende ainda, com base numa atitude reflexiva e de análise crítica baseada na evidência explorar as competências desenvolvidas, nomeadamente as específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018) e as comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2019) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e essenciais para a atribuição de grau de mestre.

A problemática deste projeto assenta no tema do mesmo “Suporte Familiar no Processo de Transição do Adolescente com Diabetes *Mellitus*, tipo 1 para a vida adulta: Contributo Enfermeiro Especialista”. A escolha desta temática surge após o autodiagnóstico de competências do Enfermeiro Especialista, assim como numa reflexão contínua de experiências pessoais e do meu percurso profissional enquanto enfermeiro. O impacto do diagnóstico de uma condição crónica como a Diabetes *Mellitus*, tipo 1, traz consigo uma carga negativa tanto para o adolescente como para a sua família. Quando a família não se adapta a esta nova situação isso dificulta não só o processo de adaptação à doença (transição de saúde-doença), por parte do adolescente, como também a sua adesão ao regime terapêutico, e também a transição para a vida adulta.

Profissionalmente, iniciei o meu percurso como enfermeiro no serviço de pediatria há cinco anos. No entanto, e totalizando sete anos de experiência, tive oportunidade de exercer funções também em serviço de urgência geral e pediátrica. Assim sendo, considero que o percurso de desenvolvimento de competências tem sido gradual em diversas áreas: na prestação de cuidados (realizando cuidados com segurança, de forma ética e profissional), na investigação (desenvolvendo projetos no âmbito da melhoria contínua da qualidade); na formação (enquanto formando e formador, nomeadamente na formação de estudantes de enfermagem), contribuindo para a valorização da profissão. Contudo e identificando algumas lacunas no desenvolvimento de competências, iniciei o percurso formativo no Mestrado em

Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, permitindo desta forma, adquirir outras competências a nível profissional, ético e legal, assentes numa prática reflexiva e pensamento crítico sustentado na melhor evidência científica disponível, desenvolvendo competências como: “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; “cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”; “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEESIP), 2018, p.19192-19194)

A diabetes *mellitus*, atualmente, é um dos maiores problemas de saúde do mundo, dado o seu aumento de prevalência ao longo dos anos. Em Portugal, no ano de 2014, foram registados 1444 casos de DM1 dos 14 aos 19 anos de idade e 303 novos casos de crianças com DM1 dos 0 aos 19 anos, demonstrando um aumento da incidência e prevalência desta doença crónica (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015).

McElfresh & Merck (2014), definem doença crónica como

uma condição que interfere com o funcionamento do dia a dia por mais de 3 meses num ano, causa hospitalização por mais de 1 mês num ano, ou (no momento do diagnóstico) tem a probabilidade de causar ambas as situações (p. 898).

A diabetes *mellitus* tipo 1, é uma condição crónica, caracterizada pela progressiva perda de células beta pancreáticas, que culmina com a interrupção de produção de insulina e consequentemente desequilíbrio metabólico grave. A sua etiologia é ainda desconhecida, no entanto, acredita-se que deriva de um processo autoimune (Miculis, Mascarenhas, Boguszewski & Campos, 2010). As principais complicações microvasculares da diabetes, são a nefropatia, a retinopatia e a neuropatia. A doença microvascular desenvolve-se durante os primeiros 30 anos de diabetes, começando nos primeiros 10 a 15 anos após a puberdade, com comprometimento renal. No entanto, nos casos em que o controlo da diabetes é insuficiente, as alterações vasculares podem aparecer 3 anos após o diagnóstico (Record & Ballard, 2014). Desta forma, torna-se importante não só desenvolver terapêuticas de enfermagem que tenham a finalidade de atingir um bom controlo metabólico, como também um crescimento e desenvolvimento psicológico e social adequado com o objetivo de disponibilizar estratégias que permitam lidar com as

atividades de vida diária (OE, 2011), fazendo com que o adolescente com esta doença crónica possa experienciá-la de uma forma saudável e consiga ter uma transição para a vida adulta o mais harmoniosa possível.

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, onde existe um processo complexo ao nível do crescimento biopsicossocial do indivíduo (Azevedo, 2008), considerado por si só, como um período conturbado com a procura da sua identidade e autonomia como um processo normal do desenvolvimento do adolescente no processo de transição para a vida adulta (Silva & Matos, 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011), define adolescência aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos de idade. De uma forma geral, esta etapa do desenvolvimento, é considerada como o período mais saudável do indivíduo, sendo que o índice de morbilidade e mortalidade em relação aos outros grupos etários é menor, traduzindo-se numa reduzida procura de serviços de saúde (Vicário, 2003). No entanto, reconhece-se que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de comportamentos que influenciam a saúde do indivíduo no futuro (Azevedo, 2008).

Esta etapa torna-se ainda mais vulnerável na presença de um diagnóstico de uma condição crónica como a DM1. O adolescente com DM1 passa então a vivenciar dois tipos de transição: aquele que é intrínseco ao seu desenvolvimento e o que está relacionado com a sua condição do processo de Saúde-Doença (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Segundo Meleis (2010), este é um período de vulnerabilidade acrescida em que o adolescente se encontra simultaneamente a vivenciar dois processos de transição. Desta forma, torna-se fundamental que o enfermeiro consiga realizar intervenções que facilitem uma transição não só para a vida adulta, como também para a nova condição clínica. Assim sendo, é evidente a importância do modelo da Teoria das Transições de Afaf Meleis, no suporte e orientação dos cuidados de enfermagem na concretização deste projeto.

É consensual, a importância da família no processo de saúde-doença de cada indivíduo. Tornando assim a família, numa parte fundamental nos processos de desenvolvimento, adaptação e perturbação do indivíduo, na aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis, aceitação do diagnóstico e adaptação à doença crónica e da adesão aos tratamentos. A Família é não só considerada aquela que tem maior potencial para atuar como protetora do stress imposto pela doença e disfunção, mas também aquela que, em casos de doença, é mais afetada pelo stress, pelo

esgotamento de recursos e pela sobrecarga ou alteração dramática das funções de alguns dos seus membros (Barros, 2010).

Desta forma, o aparecimento de uma condição crónica como a diabetes, tem um impacto na família ao nível emocional, psicológico, económico e social, alterando diretamente as rotinas de vida, influenciadas pelo processo de adaptação inerentes à doença e ao seu tratamento (Santos & Enumo, 2003). Em muitos casos, os pais experienciam sentimentos de culpabilização, relativamente ao diagnóstico de DM1, adotando comportamentos de superproteção para com o adolescente, tornando-se demasiado permissivos, sem estabelecerem regras, limites e imposições, que são fundamentais para o adequado crescimento e desenvolvimento do adolescente. Por outro lado, ao dramatizarem a situação na presença do adolescente com DM1, transmitem-lhe ansiedade, medo e sentimento de culpa, fazendo com que este interprete momentos como a administração de insulina e restrições alimentares como um castigo (Mestre, 2006).

Assim, torna-se necessário o estabelecimento de um ambiente favorecedor do relacionamento entre o enfermeiro e a família, de forma a edificar uma prática que ajude esta família a enfrentar os obstáculos com que se depara (Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro, 2011).

Os Cuidados Centrados na Família constituem uma filosofia de cuidados do enfermeiro, fundamental na intervenção com o adolescente com DM1 e sua família, promovendo o desenvolvimento de estratégias para que esta, não só, consiga dar resposta às necessidades do adolescente, como também conseguir lidar com os seus próprios sentimentos relativamente à doença crónica, que a vai tornar emocionalmente segura (Barros, 2003), facilitando o processo de transição saúde-doença e para vida adulta do adolescente.

Deste modo, delinearam-se três objetivos gerais para este projeto:

1. Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento;
2. Desenvolver competências na área da promoção do desenvolvimento e vigilância da saúde infantil e juvenil;

3. Desenvolver competências para prestar cuidados especializados, de grande complexidade e elevado grau de qualidade, às famílias dos adolescentes com DM1 no processo de transição para a vida adulta.

A Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no 1º semestre do 2º ano, decorreu durante dezoito semanas, em contextos previamente selecionados tendo em conta as necessidades de formação e desenvolvimento de competências de EEESIP previamente identificadas no autodiagnóstico realizado e as exigidas para atribuição do título pela OE, nomeadamente: Centro de Saúde; Centro de Desenvolvimento; Serviço Urgência Pediátrica; Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos; e Internamento de Pediatria.

As experiências obtidas através destes contextos, permitiram a realização de atividades acompanhadas de análises reflexivas e críticas sobre a prática desenvolvida, que resultaram no desenvolvimento e aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEESIP.

Por fim, é importante reforçar que este projeto é dividido em três capítulos. Primeiramente, e uma vez que a prática deverá sempre encontrar-se aliada à teoria, é apresentado o enquadramento teórico no qual são evidenciadas várias temáticas pertinentes para este projeto como é o caso da diabetes *mellitus*; a adolescência e a diabetes *mellitus*, tipo 1; a família e a diabetes *mellitus*, tipo 1; cuidados centrados na família; e modelos de transições de Afaf Meleis. De seguida, vou referir os contextos de estágio que tive a oportunidade de realizar ao longo deste tempo, apresentando assim objetivos específicos e atividades que desenvolvi nestes contextos, e, posteriormente, ao longo do documento apresentar as competências que fui adquirindo como EE e EEESIP. Num terceiro e último capítulo apresentarei as considerações finais deste trabalho, bem como perspetivas futuras enquanto enfermeiro especialista.

É ainda importante referir que o presente relatório respeita a Norma APA (6ª edição) na estrutura que apresenta e na referência bibliográfica.

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 2.1. Diabetes *Mellitus*, tipo 1

A palavra diabetes foi utilizada e definida como uma doença pela primeira vez na Grécia Antiga por Apolónio e Menfis em 250 a.C. Esta significa “passar através de”, nome atribuído por antigos gregos, uma vez que uma das sintomatologias mais comuns da diabetes é “caracterizada por sede intensa e quantidade de urina abundante (Marcelino & Carvalho, 2005), mais especificamente polidipsia e poliúria.

A diabetes só adquire a terminologia *mellitus* em I d.C, palavra em latim que significa “mel”, pelo facto da glicosúria que atraía formigas e abelhas (Gama, 2002).

A primeira caracterização da diabetes *mellitus* com o subtipo 1, surge na década de 1950, onde após a observação do pâncreas de jovens com DM1, notou-se que estes tinham 40-50% menos insulina do que os jovens saudáveis (Nery et al., 2008, citado por Wrenshall et al., 1952). Anos mais tarde, mais especificamente nos anos 70, Cudworth (1976), deu um passo importante no que toca à classificação etiológica da diabetes, reintroduzindo os termos tipo 1 (onde existe uma deficiência da insulina) e tipo 2 (onde existe uma resistência à insulina). Este, afirmou ainda, que embora este diagnóstico ocorresse maioritariamente nos jovens, poderia surgir em qualquer idade e caracterizava-se por um início abrupto de dependência insulínica.

DM1 é uma condição crónica, caracterizada pela progressiva perda de células beta pancreáticas, que culmina com a interrupção de produção de insulina e consequentemente desequilíbrio metabólico grave (Alarcão, 2000). A sua etiologia é ainda desconhecida, no entanto, acredita-se que deriva de um processo autoimune (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2014). Aproximadamente cerca de 3% das pessoas diagnosticadas com Diabetes, têm DM1 (Barros, 2003). É o diagnóstico mais frequente de diabetes na criança/adolescente (Mayer-Davies et al., 2017).

Esta doença, constitui um dos mais sérios problemas de saúde na atualidade, tanto em relação ao número de pessoas afetadas e incapacitações desencadeadas, quanto ao que concerne aos custos envolvidos para o controlo e tratamento das complicações (American Diabetes Association (ADA), 2019). Nos países em desenvolvimento, existe uma tendência de aumento na frequência do diagnóstico de DM1 em todas as faixas etárias, especialmente nos mais jovens, cujo impacto

negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença aos sistemas de saúde é relevante. (Sartorelli & Franco, 2003).

Desta forma, o estilo de vida saudável adotado pela criança ou jovem com DM1 e pela sua família, torna-se fundamental para um controlo glicémico. O tratamento da DM1 interfere não só no estilo de vida, como é um processo complicado e doloroso, que depende da autodisciplina (Góes, Vieira & Júnior, 2007). A participação da família torna-se fundamental para a adoção de um estilo de vida saudável e na adesão a regimes terapêuticos (Brito, Guedes, Victor & Medeiros, 2006).

Desta forma, são as condições crónicas, aquelas que mais afetam a qualidade de vida do individuo, uma vez que interferem, de forma permanente o seu estilo de vida, limitando a sua capacidade produtiva e a sua visão do mundo. Assim sendo, o diagnóstico de DM1 requer uma mudança radical no estilo de vida do individuo e da sua família, pela necessidade de manter o controlo metabólico nos parâmetros ideais. Para tal acontecer, necessita de fazer ajustes à sua dieta, atividade física, e aderir a um regime terapêutico que envolve injeções de insulina e múltiplas avaliações da glicemia diárias, bem como consultas de endocrinologia (Crystal et al., 2015). Mudanças e adaptações que podem causar tristeza, ansiedade e frustração (Queiroz, Pace & Santos, 2009).

## **2.2. Adolescência com Diabetes *Mellitus*, tipo 1**

A definição do conceito de adolescência é complexa e deste modo, existe uma falta de consenso entre os diversos autores. Só a partir do século XIX é que a adolescência foi considerada uma etapa distinta do desenvolvimento, até então, esteve sempre associada a uma fase de conflito e tensão para o adolescente e todos os que o rodeavam (Ribeiro, 2011).

Segundo Cavalcante, Alves & Barroso (2008), caracterizar a adolescência apenas como uma faixa etária, seria uma forma redutora de analisá-la, dado que esta implica uma transição do jovem para a idade adulta, não apenas do ponto de vista biológico, mas também ao nível social e, principalmente, psicológico. Desta forma, para o mesmo autor, “a adolescência é um período crítico na vida de cada indivíduo, pois é nesta fase que o adolescente vivencia descobertas significativas e afirma a personalidade e a individualidade” (p. 556), procurando pertencer a um grupo no qual este se identifique, adotando atitudes e comportamentos que provem a sua aceitação.

O grupo de amigos atinge assim, uma importância social principal fazendo com que os conflitos familiares atinjam o seu pico, com os pais a perder um pouco do seu poder de controlo sobre os filhos.

Segundo Santos & Enumo (2003), saber conviver com uma condição crónica depende das características inerentes de cada ser humano, da forma como este aceita a doença e das expectativas criadas ao longo da vida, uma vez que esta doença vai ameaçar a estabilidade e o meio ambiente de qualquer pessoa, associando-se a um processo individual de adaptação que se vai repercutir no meio familiar, profissional e social.

Nos adolescentes, a adaptação a esta doença, torna-se mais difícil, dadas as características inerentes da etapa de desenvolvimento em que se encontram. O adolescente com DM1 percebe a doença como repressora e discriminadora perante os seus pares. Para este, a aceitação da doença é difícil, uma vez que isso implica ser diferente dos seus amigos, num momento em que ser igual ao grupo é crucial, e torna-o mais vulnerável e socialmente mais desvalorizado (Freitas & Sabóia, 2007). Os impactos associados à doença, começam a ser evidentes imediatamente após o seu diagnóstico, interferindo no ambiente familiar, social e afetivo. Esta doença, à semelhança de outra condição crónica, implica tanto para a criança ou jovem com DM1 como para a sua família, uma carga emotiva significativa e que pode ser experienciada de diferentes formas, consoante alguns fatores (Mestre, 2006).

Pelo facto do adolescente se sentir diferente dos seus pares, dada a necessidade de cuidados específicos inerentes à diabetes, pode dar origem a dificuldades escolares, sociais e baixa autoestima (Alencar & Alencar, 2009). A relação do adolescente com os seus amigos torna-se mais importante, sendo usual que estes sintam um maior apoio emocional e social no grupo, e por outro lado, que sintam um maior apoio no tratamento propriamente dito por parte dos familiares (Correia, 2011).

É neste período que a adesão ao tratamento e o controlo metabólico piora (Iannotti et al., 2006). Para além disso, os padrões de comportamentos presentes no final da adolescência tendem a permanecer pelo resto da vida do indivíduo (Kelly, Kratz, Bielski & Rhinehart, 2002). Assim sendo, torna-se fundamental intervenções nesta fase de vida, com o objetivo de manter o melhor controlo da doença, causando um impacto mais eficiente e duradouro na vida do adolescente com DM1.

A constante vigilância sobre a alimentação é muito importante nesta fase de vida do indivíduo e precisa de ser transformada numa reeducação alimentar, implementada na rotina do adolescente. É necessário que este aprenda a adaptar as suas atividades sociais (escola, festas, etc.) às rotinas médicas com maior autonomia (Minanni, Ferreira, Sant' Anna & Coates, 2010). Desta forma, as responsabilidades do adolescente passam a ser maiores e a consciência da gravidade e das limitações da sua doença, precisam de estar bem consolidadas (Soares & Dell'Aglio, 2016).

Mestre (2006) reforça a ideia de que o equilíbrio físico e emocional do indivíduo, assim como a própria evolução da doença, são influenciados pelo modo como esta é percebida e integrada na dinâmica familiar, sendo a família aquela que tem um papel primordial na forma como o adolescente reage à diabetes.

### **2.3. Família e a Diabetes *Mellitus*, tipo 1**

Phipps (1995) citado por Santos & Enumo (2003), define família como um grupo de pessoas que se relacionam entre si, fazendo com que qualquer alteração num determinado membro afete todos os outros elementos. Segundo Borges (2003), é indispensável a participação da família quando um dos seus membros adoece, uma vez que este facto vai interferir no equilíbrio do próprio sistema familiar. Ainda segundo o mesmo autor, as mudanças contínuas no seio familiar, levam a um *stress* constante dos indivíduos dessa família. Esses fatores de *stress* podem ser diversos, sendo os mais comuns: o aumento de custos do tratamento; a insegurança relativamente à doença e possíveis complicações; a culpabilidade, entre outras.

Sabe-se que a família tem uma influência direta no controlo da doença do indivíduo portador de diabetes, ao nível do seguimento e do tratamento inerente, seja nas alterações alimentares, ou nas alterações da rotina diárias (Marcelino & Carvalho, 2005). A família torna-se então numa parte fundamental na promoção da saúde, uma vez que tem como função base o apoio, a segurança e a proteção (Nunes & Ferreira, 2007).

Ter um filho com uma condição crónica tem efeitos significativos no funcionamento da própria família. Situação que coloca à família tarefas adicionais, responsabilidades e preocupações, tais como as necessidades de cuidados adicionais à criança, identificação e acesso a serviços médicos e educacionais, pagamento de serviços, incerteza quanto ao futuro, luto emocional, reações de estigmatização por

parte da comunidade, isolamento social e perda de oportunidades (McElfresh & Merck, 2014). Uma condição crónica como a diabetes, tem um impacto ao nível emocional, psicológico, económico, e essencialmente, social que afetam o dia-a-dia do doente e de toda a sua família. Quando este diagnóstico surge num indivíduo, verifica-se um conjunto de alterações na vida da pessoa, influenciando a adaptação que terá de ser feita no campo familiar, profissional e social (Santos & Ferreira, 2003).

Desta forma, os pais podem desenvolver sentimentos de culpa, consciente ou inconscientemente, aquando aparecimento de uma doença crónica, agravado ainda se esta tiver uma predisposição hereditária. Esse sentimento pode ser lidado de duas formas distintas:-serem superprotetores ou negligentes.

No que respeita aos pais que adotam uma postura superprotetora, estes apresentam sentimentos de culpa e medo do desconhecido, sendo esta superproteção um mecanismo para alterar as respostas de culpa e justificar as próprias necessidades dos pais. Contudo, devido a essa postura podem tornar-se pais sufocantes, que dificultam o crescimento, o desenvolvimento e a maturação da criança. Por outro lado, os pais que adotam uma postura negligente, assumem um mecanismo de defesa para bloquear sentimentos que lhe provocam dor, aliviando os sentimentos de culpabilização, transportando as responsabilidades para a criança, mesmo antes desta ser capaz de se adaptar e lidar com a doença (Record & Ballard, 2014).

Ainda segundo o mesmo autor, o sentimento de ameaça pode levar os pais a encarar a doença como uma forma de manter o filho vinculado, ou seja, se este aprende a ser independente, como é expectável ao longo dos anos, os pais podem sentir-se ameaçados e colocam obstáculos ao desenvolvimento dos mesmos. Estes pais podem ainda sentir medos resultantes de experiências anteriores com a doença, em situações de crise, o que vai fazer com que estes sintam uma maior necessidade de manter um melhor controlo da doença.

Este tipo de problemas nas diferentes respostas dos pais, é uma das grandes áreas de intervenção do enfermeiro, devendo o mesmo acompanhar e aconselhá-los, desmistificando e explicando que o aparecimento de uma doença crónica como a DM1, em nada poderiam ter feito para a prevenir, desculpabilizando-os. No entanto em situações mais graves o enfermeiro deve encaminhá-los para outro profissional capaz de dar resposta às necessidades. Embora os adolescentes mais maduros possam ser observados sem a presença dos pais, estes não podem ser excluídos,

sendo necessário um atendimento aos mesmos. Os pais devem ser incluídos em sessões especiais de forma a que se mantenham ao corrente da gestão terapêutica do adolescente, sejam ajudados, de modo a continuarem a participar nos cuidados e ainda, que lhes seja proporcionada a oportunidade de expressarem os sentimentos relativamente à sua adaptação e do filho à condição. Toda esta intervenção deve ter como objetivo final que, estes pais apoiem os seus filhos, comuniquem mais eficazmente com eles e os ajudem a alcançar um potencial máximo de desenvolvimento (Record & Ballard, 2014), facilitando a sua transição para a vida adulta.

Assim, os ensinamentos às famílias incidem-se na explicação da diabetes; no planeamento das refeições; na administração da insulina; na monitorização de hábitos de higiene gerais; na promoção do exercício; na manutenção de registos e observação de complicações (Record & Ballard, 2014), para além da comunicação expressiva de sentimentos. Os mesmos autores afirmam que é necessário capacitar os pais no que se refere ao desenvolvimento de competências parentais, uma vez que estes sentem comprometida a sua função parental ao se depararem com as dificuldades inerentes à condição de saúde de seu filho. Desse modo, essas adversidades com que os pais se deparam ao longo do tempo requerem o desenvolvimento de habilidades e competências para se tornarem capazes e se sentirem confiantes no cuidado ao filho. A atuação dos profissionais de saúde junto da família é fundamental, para contribuir positivamente na definição de novos papéis parentais, o que é corroborado por Martins et al., (2013) e Corrêa, Franco, Demário & Santos (2012).

Posto isto, e de acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (OE, 2011), os pais da criança portadora de DM1 sofrem bastante com o diagnóstico clínico da criança/jovem, sendo que estes passam por duas fases distintas:

- 1) Vivem o impacto, negação, experiência de uma constante mudança de sentimentos (Lowes, 2000, citado por OE, 2011).
- 2) Utilizam estratégias de *coping* para resolver a crise, em que se dá início à adaptação às mudanças efetuadas. É do ponto de vista emocional que existe um sofrimento maior experienciado pelos pais nesta segunda fase, porém de uma forma mais atenuada do que na primeira. (Brown, 1985, citado por OE, 2011).

Acredita-se que, a partir do momento em que a família começa a conviver com a criança/jovem com DM1 e após o momento em que se envolve com os cuidados diários, os sentimentos de medo, negação e/ou desespero acabam por ser atenuados e que podem revelar estarem num processo de adaptação (Zanetti & Mendes, 2002). O que, no entanto, volta a intensificar-se aquando aparecimento de uma nova crise (Mestre, 2006). Após esta fase, é importante que os pais possam promover a independência conferindo ao adolescente um papel mais relevante no seu regime terapêutico, encorajando-o a desenvolver uma relação com os profissionais de saúde que não seja mediada pelos pais, promovendo a normalização do seu dia-a-dia, dentro do possível (McElfresh & Merck, 2014)

Deste modo, compreender e avaliar o processo de adaptação do adolescente e sua família a uma doença como a diabetes, é fundamental para se estabelecer um plano de cuidados, que fundamentará as suas intervenções (Damião & Angelo, 2001).

## **2.4. Uma Intervenção de Enfermagem Centrada na Família**

. Os Cuidados Centrados na Família (CCF) como filosofia dos cuidados ao cliente pediátrico, pressupõe que a abordagem é desenvolvida no sentido do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados, nos quais se sustentam em parcerias estabelecidas entre criança/jovem, pais/cuidadores e enfermeiros (Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC), 2010), respeitando as necessidades e os valores individuais das famílias (Davidson et al., 2017). Deste modo, os CCF reconhecem o papel primordial das famílias na promoção de saúde e bem-estar das crianças/jovens. Esta filosofia de cuidados reconhece ainda, que o apoio emocional e social, no desenvolvimento das crianças/jovens e suas famílias, são parte integrante dos cuidados de saúde (IPFCC, 2010).

Deste modo, é importante referir que os CCF assentam em quatro grandes pilares: i) respeito e dignidade (os conhecimentos, valores e crenças, bem como as perspetivas familiares são incluídas no planeamento e prestação de cuidados, sendo respeitadas as suas opiniões), ii) partilha de informações (a comunicação e partilha é oportuna, clara e concisa proporcionando uma efetiva participação da criança, do jovem e de sua família), iii) participação (a criança, o jovem e sua família são incentivados e apoiados, seja na tomada de decisão, como também nos cuidados propriamente ditos, devendo estes escolher o seu nível de participação) e iv) cola-

boração (a criança, o jovem e sua família são incluídos na prestação de cuidados em todo o seu processo de planejamento, execução, avaliação e reestruturação, se necessário) (IPFCC, 2010).

O enfermeiro tem um papel primordial na intervenção e apoio à família ao longo do ciclo das suas vidas, podendo ajuda-las a mobilizar os seus próprios recursos e fortalecerem-se nos momentos de crise, gerando momentos de crescimento e recompensa familiar (Barbieri-Figueiredo, 2015).

Desta forma, os CCF surgem, como uma evolução de vários modelos de cuidados, que incluem os pais e a família nos cuidados à criança como o modelo da parceria de cuidados de Casey (1995) onde é descrito que os melhores cuidados a uma criança são melhor prestados pela sua família, com o apoio e orientação do enfermeiro, devendo este ter uma atitude flexível e individualizada, atendendo às necessidades específicas de cada criança, jovem e sua família, baseando-se num processo de comunicação efetiva, negociação e respeito.

Assim sendo, os CCF potenciam o envolvimento da criança e da família nas questões de saúde, levando a um maior compromisso familiar que potencia a sua crescente responsabilização em termos pessoais e familiares (Pinto et al., 2011).

A OE (2018), no Regulamento de Competências do EESIP, refere que a filosofia de cuidados da Enfermagem pediátrica evidencia os CCF, com intervenções na procura e negociação da participação da criança, do jovem e família em todo o processo do cuidar, com o objetivo da sua independência e bem-estar. Desta forma, segundo a filosofia dos CCF, o enfermeiro deve reconhecer o papel fundamental da família como parte integrante nos cuidados, realizando terapêuticas de enfermagem que visem o suporte emocional, social e desenvolvimental da mesma.

## **2.5. Modelos de Transições de Afaf Meleis**

Meleis et al., (2000), afirma que mudanças na saúde e na doença dos indivíduos, criam um processo de transição. Assim, os doentes em situação de transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde.

Sendo que, o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo 1 constitui como uma alteração ao estado de saúde da criança, do jovem e da sua família podemos considerar que estamos perante um processo de transição. Schumacher e Meleis (1994) citados por Meleis et al., (2000), afirma que transição é um conceito central

para a enfermagem. Desta forma, os enfermeiros preparam “(...) os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença” (Meleis, et al., 2000, p.13).

A estrutura da teoria de médio alcance proposta por Afaf Meleis, permite compreender as respostas das crianças e das famílias às transições. As transições relacionadas com os eventos de saúde-doença referem-se aos processos de transição em que um indivíduo transita de um estado de bem-estar, para um estado de doença, nomeadamente, a vivência de uma aguda ou doença crónica de agravamento progressivo. Assim, a vivência da transição pelo doente e família, revela-se de grande complexidade e ambiguidade, pautada por incerteza, que provoca mudanças no ciclo de vida familiar.

As transições são complexas e multidimensionais, no entanto existem diversas propriedades essenciais que são comuns. Segundo Meleis et al., (2000), a relação entre as diferentes propriedades é um processo complexo. As propriedades das transições definidas pelos referidos autores são: a consciência da transição, o envolvimento com a transição, a mudança e a diferença, a temporalidade, os eventos e os pontos críticos.

De acordo com o mesmo autor acima citado, foram identificados quatro tipos de transições: desenvolvimental (associadas a mudanças do ciclo vital), situacional (relacionadas com acontecimentos que originam mudança de papéis), saúde-doença (mudança do seu estado de saúde) e organizacional (mudança na estrutura e dinâmica da organização). Estas possuem propriedades, condições, padrões de resposta e intervenção. No que concerne às propriedades das transições enumera-se: intervalo de tempo (início do evento de transição), processo (o evento de transição é dinâmico), desconexão (durante a transição pode existir sensação de desconexão com o real), consciência (perceção e reconhecimento da transição) e pontos críticos (pontos de viragem para as transições). As condições das transições estão associadas às influências pessoais, familiares, da sociedade e da comunidade. Mediante as propriedades e condições inerentes às transições, surgem os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) que sustentam a intervenção de enfermagem. Meleis et al., (2000), define que o desafio para o enfermeiro no âmbito das transições, assenta na compreensão do processo de transição (tipo,

propriedades, condições que influenciam), planejando intervenções de enfermagem que visem a estabilidade, qualidade e de vida e o bem-estar.

Para existir um processo de transição saudável, é essencial compreender e implementar terapêuticas que vão ao encontro das necessidades de cada indivíduo (Meleis et al., 2000). A mesma autora refere que para compreender o processo de transição, é necessário perceber os efeitos e significados das mudanças que o mesmo envolve. Na mesma linha de pensamento, a vivência das transições associadas a uma condição crônica como a DM1, que implica alterações de rotinas, controlo metabólico, reeducação alimentar, aumento da responsabilidade e uma adesão ao tratamento, acrescenta vulnerabilidade tanto ao adolescente como à sua família. Estes acontecimentos são processos de transição sequenciais e em simultâneo, sendo que nenhum dos eventos se torna isolado (Meleis et al., 2000). São situações múltiplas, geradoras de conflito que prejudicam, no quotidiano, o bem-estar do adolescente e família, condicionando significativamente o processo transicional. A implementação de terapêuticas de enfermagem que visam dar resposta às necessidades tanto do adolescente, como da sua família irá facilitar o processo de transição.

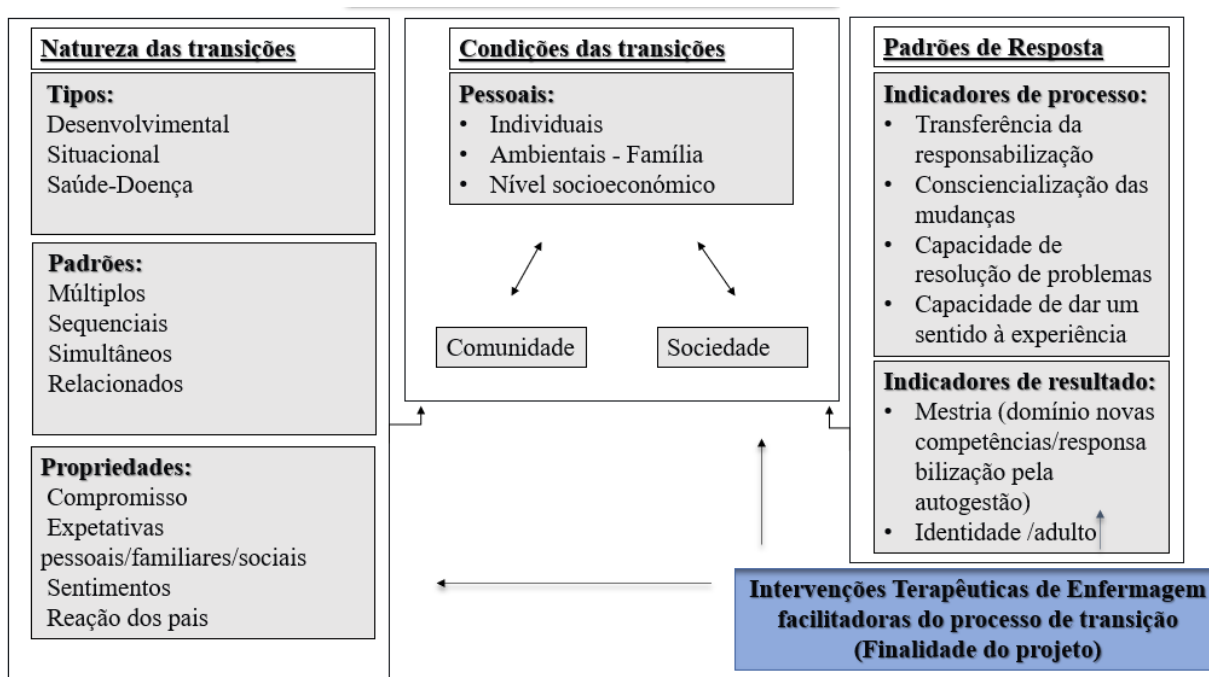


Diagrama 1 - Operacionalização do Modelo Transicional de Meleis et al., (2000) adaptado à condição crónica no adolescente e família

### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

Após elaborado o enquadramento teórico que, permite um melhor conhecimento sobre a temática assente no presente relatório, torna-se fundamental que a pesquisa teórica deste tema esteja aliada com a prática, uma vez que a relação entre os conhecimentos teóricos e a experiência permitem o desenvolvimento de competências. Assim “o enfermeiro não constrói conhecimentos somente por meio de estudos [académicos], mas também o reconstrói no dia-a-dia, a partir dos desafios da realidade. Ao transformar o saber teórico em prática assistencial, está [a construir um] novo conhecimento” (Assad & Viana, 2003, p. 44).

Assim, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas em Diário da República, Série II, nº26 de 06 de fevereiro de 2019

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Deste modo, neste capítulo do relatório pretende-se analisar e refletir criticamente sobre as atividades realizadas em contexto de estágio e assim comprovar de que modo foi possível atingir os objetivos propostos para a aquisição de competências comuns de EE e específicas do EEESIP. Para esse efeito, foram então selecionados cinco contextos para a realização de estágio (Cronograma em Apêndice 1). A sua escolha foi baseada nas necessidades de aprendizagem levantadas após a realização de um autodiagnóstico, onde foram identificadas as competências do EEESIP a desenvolver, bem como, em consonância com a temática selecionada: “Suporte Familiar no Processo de Transição do Adolescente com Diabetes *Mellitus*, tipo 1 para a Vida Adulta”.

Posto isto, os objetivos gerais propostos são:

- 1) Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento;
- 2) Desenvolver competências na área da promoção do desenvolvimento e vigilância da saúde infantil e juvenil;
- 3) Desenvolver competências para prestar cuidados especializados, de grande complexidade e elevado grau de qualidade, às famílias dos adolescentes com DM1 no processo de transição para a vida adulta.

Foram ainda estabelecidos objetivos específicos para cada campo de estágio, disponíveis no Apêndice 2.

Pretende-se espelhar ao longo deste capítulo todo este percurso sustentado num referencial teórico de enfermagem (Teoria das Transições), assim bem como em modelos e filosofias que sustentam o cuidar na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (CCF e CNT). Estarão ainda presentes referências ao desenvolvimento das competências comuns de EE e competências específicas de EEESIP. Nos diferentes contextos, procurou-se discutir o projeto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe, recorrendo à entrevista exploratória com os mesmos, com foco na congruência entre os seus projetos e nos objetivos a desenvolver; Observação da Intervenção dos enfermeiros e da metodologia de trabalho; Consulta de guias e protocolos, assim como, documentos relevantes para os objetivos definidos no projeto.

### **3.1. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)**

O primeiro estágio curricular (EC), foi dividido entre dois contextos: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (três semanas) e Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) (uma semana), ambos inseridos no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa, por um período compreendido entre 23 de setembro e 20 de outubro de 2019.

De acordo o artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 publicado em Diário da República a 22 de fevereiro, UCC define-se como uma unidade que

presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (p. 1184).

Relativamente à área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica esta UCC integra vários projetos, nomeadamente:

- Equipa de cuidados continuados integrados;
- Preparação para a Parentalidade;
- Programa de Intervenção Integrada na área da Criança/Jovem com Necessidades Especiais;
- Saúde Escolar;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

É de salientar que a UCC é uma unidade funcional, que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida. Esta rege-se pelos princípios da solidariedade e trabalho em equipa, em articulação com outras unidades funcionais do ACES, como também com parcerias com estruturas da comunidade local, tais como Autarquias, Segurança Social, Associações, entre outras, que visam a articulação e qualidade dos cuidados e a relação entre todos os profissionais, promotores de saúde.

A escolha deste local de estágio prendeu-se com a sua área de abrangência, articulação com os locais de estágio futuros, bem como pelo facto de tratar-se de uma Unidade que poderia permitir desenvolver os objetivos previamente definidos em termos da implementação do projeto de estágio, nomeadamente com Adolescentes.

De forma a dar resposta aos objetivos previamente definidos para o meu percurso formativo (apêndice 2), e por reconhecer a necessidade de adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem, foram desenvolvidas atividades em contexto Cuidados de Saúde Primários – UCC.

Durante o meu Estágio na UCC, tive a oportunidade de conhecer o modo como é organizado o percurso do adolescente e família no contexto e nos recursos comunitários de rede, ou seja, como é feita a articulação com outras unidades/serviços e instituições de saúde. No percurso de apropriação deste conhecimento, e pela reflexão contínua com a Enfermeira Orientadora sobre o contributo do EESIP neste contexto, considero que me permitiu a identificação das necessidades e dificuldades do adolescente e família no âmbito do desenvolvimento infantil, saúde escolar e/ou fatores contribuintes ao processo de transição saúde-doença.

Assim, tendo em conta as dificuldades identificadas, foi planeada e desenvolvida uma sessão de Educação para a saúde intitulada “A Sexualidade”, dirigida a adolescentes que frequentam um centro de apoio da região.

Tendo a reflexão sempre presente no meu percurso formativo, ressalvo a importância que atribuo ao facto de ter assistido e participado em Reuniões Escolares com uma equipa multidisciplinar, constituída pelo diretor da própria escola, a enfermeira responsável pela saúde escolar, a enfermeira chefe da UCC, e uma higienista oral. Estas reuniões tinham como objetivo o planeamento do programa de saúde escolar, identificando e priorizando as maiores necessidades da escola/alunos, assim como a sinalização de casos de crianças com necessidades de saúde especiais.

Segundo Fialho, Dias, Nascimento, Motta & Pereira (2011), em crianças e jovens, a vivência de uma doença crónica, como a diabetes, torna-se ainda mais problemática, uma vez que a criança/adolescente passa a ter o seu quotidiano modificado, podendo ser frequentemente submetida a hospitalizações, para exames e tratamentos, além de enfrentar limitações, principalmente físicas e alimentares.

Numa destas reuniões escolares, foi discutido um caso de uma criança de seis anos, diagnosticada com Diabetes *Mellitus*, tipo 1 - portadora de sistema de perfusão subcutânea contínua de insulina no qual a equipa tem conhecimento da ansiedade que a condição gerou na mãe da criança, nos professores e outros profissionais da comunidade escolar. Deste modo, identificou-se com essencial o apoio da equipa de enfermagem na formação dos profissionais da escola, da mãe e respetiva criança. Nesta reunião foi possível conhecer o esquema terapêutico.

Após a reunião escolar, e em conversa com a criança, foi possível detetar alguns erros na alimentação, nomeadamente no pequeno-almoço e no lanche, onde esta ingeria doces como “*bollycao*” ou “*croissants*” com creme e, por isso, ao almoço

acabava por não ter fome, não ingerindo a totalidade dos alimentos no prato, nomeadamente os hidratos de carbono. Contudo, os profissionais da escola, corrigiam a glicémia de forma sistemática e não regrada, como se a criança, tivesse ingerido a totalidade dos hidratos de carbono necessários. Em certas ocasiões, os profissionais reconheciam até que a máquina de glicemia apresentava o sinal “LO” duas horas depois, mas que não reconheciam o que significava. A deteção precoce deste problema, permitiu-me o desenvolvimento da competência específica do EEESIP - “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”.

Posteriormente a esta intervenção, foi agendada uma reunião com a mãe e os profissionais da escola que estão diariamente em contacto com a criança. Ao falar com a mãe esta demonstrou-se preocupada com a situação, embora tenha percebido a necessidade de alterar os hábitos alimentares da filha, descartou um pouco essa responsabilidade, colocando-a na escola afirmando que “é a escola que deve ensinar tudo sobre a diabetes à minha filha, não sou eu que nem o 9º tenho, estão à espera do quê?” SIC. Ao perceber estes sentimentos da mãe face à doença da filha, quando a reunião acabou, senti que era uma oportunidade importante para trabalhar com a família e com a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Segundo Silva et al., (2017), o diagnóstico de diabetes leva a uma reestruturação familiar, representando um marco na vida dos pais com uma enorme carga negativa, sendo os sentimentos mais manifestados o de medo, insegurança, preocupação, tristeza/angústia, culpabilização e negação. Em relação às principais dificuldades da família em lidar com a DM1, a literatura aponta alimentação, e respetivas restrições como uma das dificuldades com maior impacto (Goés et al., 2007; Soares, Sassa, Marcon, Molina & Valsechi, 2006).

Desta forma, o papel do EEESIP é de extrema importância no desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que intervenham na promoção do desenvolvimento de competências parentais de modo a existir um reajustamento do papel parental, favorecendo a vinculação e a “aceitação” à condição de saúde do filho. De acordo com Ferreira (2013), cuidar de uma criança com doença crónica, exige a aquisição de inúmeras competências, nomeadamente, cognitivas relacionadas com o conhecimento da doença, dos sinais e sintomas específicos da patologia. Segundo a

mesma autora, a família deve ser entendida e reconhecida como membro integrante da equipa multidisciplinar.

Segundo Jorge (2004) é fundamental a disponibilidade do enfermeiro para ouvir os pais e as crianças, para que as questões possam ser reformuladas e a família se restructure à nova situação/contexto. À intervenção do EESIP, destaca-se a colaboração, orientação e reestruturação do processo de adaptação de vivência de doença da criança e família, sendo primordial identificar os recursos existentes na família (alargada) e comunidade que, de algum modo, possam ser facilitadores deste processo de transição.

Deste modo, enquanto futuro EESIP, a minha intervenção foi primordial a escuta ativa da mãe, e partindo da sua perspetiva, identificar qual o impacto na família e na criança deste processo de transição saúde-doença, no qual referiu estar a ser “muito complicado porque vive sozinha e não tem apoio de mais ninguém” SIC. Posto isto, e partindo da sua vivência, procurou-se identificar quais as suas preocupações e referir que, embora, inicialmente este processo seja conturbado, dado que envolve mudanças situacionais na própria estrutura familiar (mudança de papel parental de cuidador de uma criança sem DM1 para cuidador de uma criança com DM1), tem tendência para apaziguar este sentimento de dificuldade perante a doença e perante as próprias mudanças inerentes à mesma, tornando-se mais tarde parte integrante da vida familiar.

Foram identificados e destacados alguns recursos na comunidade potencialmente facilitadores neste processo de transição: equipas de referência no hospital e centro de saúde, assim como a associação de suporte aos doentes com diabetes. Tendo em conta a necessidade de intervenção e a continuidade de cuidados nesta família, foram fornecidas informações importantes quanto à associação, bem como, a orientação e acompanhamento presencial ao preenchimento do formulário de inscrição no site da respetiva associação pela mãe. Desta forma, é permitido facilitar a articulação dos cuidados com base na capacitação da própria família que procura conhecimento e informação, proporcionando um acompanhamento contínuo e dirigido tanto à criança como à sua mãe. Procurei assim motivar a mãe nesta fase do processo de transição, negociando a sua participação no processo de cuidar, através da capacitação do papel parental.

Nesta doença crónica de grande impacto, é necessário o envolvimento de vários intervenientes no processo educativo do doente e da família, como médicos,

enfermeiros, (...) que devem estar capacitados para desenvolverem programas de educação que assegurem a indispensável qualidade ao cumprimento do primeiro objetivo da educação terapêutica.

A educação terapêutica na diabetes tem como grande objetivo a habilitação progressiva da pessoa com diabetes e da sua família na tomada quotidiana de decisões em relação à sua doença, tornando-os o mais independentes possível dos serviços e dos profissionais de saúde, os quais passam, progressivamente, a desempenhar um papel de consultores (DGS, 2000, p. 2).

Leite et al., (2008) realçam que o processo de educação deve encorajar os pais e a criança a ter um papel ativo na gestão desta doença e conseqüentemente na sua adesão terapêutica, diminuindo assim, a ansiedade, o medo e o stress presentes, associados ao impacto da mesma.

Quanto à relação entre os fatores facilitadores da transição e o processo de educação da criança, destaco uma situação particular experienciada em contexto de estágio no qual, foi a cozinheira da escola que se prontificou a receber formação da equipa de enfermagem do centro de saúde, sendo identificada como elo de referência para colaborar com a criança na gestão da DM1 em período escolar (alimentação e terapêutica). Ao longo da continuidade de cuidados, a equipa de enfermagem monitorizou a interação entre as intervenientes, identificando as necessidades e correspondendo às mesmas através da personalização da formação e treino necessários.

Embora não tenha tido oportunidade de dar continuidade ao acompanhamento da criança ao longo do tempo, considero importante refletir sobre a mesma de forma a projetar a minha intervenção em situações similares futuras, enumerando fatores essenciais : i) qual está a ser o impacto da DM1 e como está a decorrer o seu processo de transição saúde-doença; ii) em que fase do processo de adaptação se encontra; iii) quais as características e tipo de transição que está a passar e quais os fatores que a influenciam Esta situação permitiu-me o desenvolvimento da competência de EESIP – “Promove a adaptação da criança e família à doença crónica”.

Um mês após a conclusão do estágio através da EESIP da UCC responsável pela saúde escolar, foi-nos dado o feedback desta intervenção na escola: os funcionários da escola verbalizaram sentir-se agora mais capacitados para responder às necessidades especiais de saúde da criança, conseguindo identificar

atempadamente situações de risco (como a hipoglicémia) e atuando com eficácia. Quanto à mãe, mantém alguns erros no regime alimentar da criança, sendo que já foi reportada à nutricionista da UCC que ficou de desenvolver intervenções com a própria.

Continuando a explicitação do meu percurso na UCC, tive também a oportunidade de assistir a uma reunião com a equipa que integra um projeto social da Santa Casa da Misericórdia, projeto esse que surgiu da necessidade de uma intervenção de cariz social e comunitário.

Na adolescência, ocorrem transformações corporais e mudanças psicológicas, necessárias à maturação sexual e aquisição de comportamentos sociais. A vida social dos adolescentes altera-se através da progressiva libertação da tutela parental e do fortalecimento da relação com os grupos de pares. É caracterizada por um forte empenho dos adolescentes em se tornarem independentes e autónomos relativamente aos seus progenitores, serem capazes de tomar decisões, desenvolver a autoconfiança e identidade sexual. (Costa, 2008)

Segundo a OMS (2015), a Saúde Sexual é definida como o bem-estar físico, emocional, mental e social em relação com a sexualidade. Esta abrange aspetos como a capacidade do controlo da fertilidade, através da anticonceção e a interrupção voluntária da gravidez, a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, o tratamento de disfunções sexuais e das sequelas da violência sexual ou da mutilação genital feminina.

Num estudo realizado por Candel, Collado, García & Jaramillo (2015), os resultados revelam que os adolescentes apresentam défice de conhecimento acerca da sexualidade, nomeadamente na área da prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. Embora os conhecimentos sobre a sexualidade sejam percebidos como insuficientes, os adolescentes afirmaram serem sexualmente ativos, elevando o risco de gravidez não desejada (Gómez, Álvarez, Rivero, Ibarra & Rodriguez, 2015).

No decorrer de uma reunião com os monitores, os mesmos revelam que recorreram previamente à realização de questionários aos adolescentes de forma a identificar os seus pareceres sobre: i) a discriminação que cada vez mais sofrem os adolescentes homossexuais do bairro e ii) a elevada incidência de gravidezes não desejadas numa faixa etária cada vez mais jovem. Assim, e partindo da perspetiva dos adolescentes, foi-lhes permitido identificar a necessidade prioritária de abordagem à Sexualidade na adolescência. Desta forma, tornou-se pertinente a intervenção na

educação para a saúde sob a realização de uma sessão de formação com o tema da Sexualidade.

Para esta sessão de educação para saúde foi utilizado o método expositivo com recurso a técnicas participativas dos adolescentes, tendo em conta os recursos do centro de apoio. Segundo Vilaça (2019), o método expositivo pode ter um lugar importante num programa de formação ativo se enriquecido com técnicas participativas para construir o interesse dos participantes; maximizar a compreensão e retenção da informação; envolver os participantes durante a exposição e, quando a exposição estiver completa, reforçá-la.

Esta intervenção permitiu-me desenvolver a unidade de competência comum de Enfermeiro Especialista - “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” e – “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho”; – “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros”, bem como segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “O ensino, a instrução e o treino para a tomada de decisão responsável.”

Dada a inexistência de uma consulta de enfermagem de Vigilância da Saúde Infantil e Juvenil na UCC, emerge a necessidade de complementar este estágio numa UCSP e integrar a equipa de enfermagem da consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Pediátrica que também envolve o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Segundo o artigo 10 do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, a UCSP tem uma estrutura idêntica à prevista para as Unidades de Saúde Familiar e presta cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.

Nesta UCSP a consulta de enfermagem surge previamente à consulta médica programada. Tratando-se assim de uma abordagem multidimensional e abrangente que inclui: i) os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, ii) a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção, referenciando para equipas ou técnicos especializados.

Esta consulta encontra-se organizada por idades-chave, sendo flexíveis e coincidentes com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), de forma a minimizar o

número de idas aos serviços de saúde. No entanto, existe a possibilidade de agendamento para administração de vacinas sem consulta de enfermagem, sendo a vacina da BCG a única exceção, uma vez que esta tem dias específicos, previamente agendados com os pais das respectivas crianças abrangentes (pertencentes a grupos de risco para a tuberculose).

As atividades Desenvolvidas em contexto de Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) encontra-se explanadas em Apêndice 2.1.

Relativamente à vigilância de saúde aos recém-nascidos, a avaliação antropométrica, nomeadamente a monitorização do peso corporal, foi verbalizada pelos pais como uma das mais importantes, uma vez que desta forma têm uma apreciação e avaliação da eficácia do padrão alimentar do recém-nascido/criança. A alimentação durante a infância contribui em grande escala para um bom estado de saúde e, conseqüentemente para um desenvolvimento adequado prevenindo doenças no futuro. Desta forma, a dieta deve ser equilibrada em termos quantitativos e qualitativos, bem como adequada às necessidades nutricionais e idade da criança (OE, 2010).

Segundo Gianni e Mosca (2017) o leite materno traz benefícios para o bebé, fornecendo-lhe os nutrientes de forma segura e que este necessita para um crescimento e desenvolvimento saudável. É benéfico ainda para o desenvolvimento da visão, das mandíbulas e dos dentes, reduzindo a propensão a cáries dentárias e tem uma digestão facilitada, assim bem como o funcionamento do intestino (OMS, 2015). Lechner e Vohr (2017) afirma que o leite materno, tem mostrado benefícios ao nível do desenvolvimento cognitivo, traduzindo-se mais tarde na adolescência.

Para a mãe, o aleitamento materno é prático, dado que não existe necessidade de preparação nem desinfeção do material, sendo que o leite se encontra disponível sempre na temperatura ideal. Traz benefícios diretos para mãe, uma vez que contribui para uma involução uterina mais precoce, reduz o risco de complicações pós-parto (como a hemorragia), ajudando na sua recuperação rápida e aumentando a sua confiança, a satisfação e a sensação de bem-estar (Levy & Bértolo, 2012 e Victora et al., 2016).

Concomitantemente a família beneficia com o aleitamento materno, nomeadamente ao nível dos custos familiares, não sendo necessário despendir dinheiro na compra de fórmulas de leite artificial, assim como nos materiais acessórios implícitos nos mesmos (Gianni & Mosca, 2017).

O aleitamento materno possibilita ainda uma interação entre mãe e filho, durante a mamada, promovendo a relação, existindo a oportunidade de contacto físico e visual entre ambos Levy e Bértolo (2012).

Apesar desta experiência ter sido curta (totalizando três turnos na UCSP), a promoção do aleitamento materno (AM) e a introdução de novos alimentos foram as temáticas que mais se destacaram. A diversificação alimentar, seja aos quatro meses ou mais tarde (dependendo da exclusividade do AM), pela introdução de novos alimentos e por consequente a atenção a possíveis alergias, leva a um momento de grande atenção e absorção dos ensinamentos por parte dos pais.

Contudo, considero pertinente salientar que o AM não é só uma forma de alimentação, mas também o estabelecimento de vínculos de afeto, de cumplicidade entre mãe e filho, sendo que deve ser proporcionado num ambiente relaxado e harmonioso. O incentivo ao AM deve ser constante, mantendo sempre o respeito pelas decisões dos pais, tendo o EESIP o papel de validar informações, esclarecer dúvidas e fazer educação para a saúde. As mães devem sentir-se seguras, confiantes e plenas na sua escolha pela amamentação, não sendo imposta pelo enfermeiro. (Levy e Bertolo, 2012).

Em duas consultas de Enfermagem, tive a oportunidade de observar o momento de amamentação, tendo sido um elemento facilitador na execução de uma pega correta. Como fatores facilitadores, considero que a minha experiência profissional num Hospital certificado como “Hospital Amigo dos Bebés” e o Curso de Conselheiros em Aleitamento Materno que detenho, me permitiram uma intervenção mais diferenciada no que refere à promoção do aleitamento materno, com impacto significativo na saúde tanto da mãe como do bebé. Através destas intervenções posso referir que desenvolvi a Competência Geral D2 do EE – “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” e “Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos”, como também a Competências de EESIP. - “promove a amamentação” e “envolve os pais na prestação de cuidados ao Recém-Nascido (RN)”; – “Avalia o desenvolvimento da parentalidade”,

Outro tema abordado nas consultas no qual tive oportunidade de fazer educação para a saúde, foi a segurança e prevenção de acidentes, nomeadamente no que respeita a quedas de fraldários ou bancadas, mas também ensinamentos relativos ao transporte em segurança ou durante a permanência em alcofas ou no berço. Este

tema é de extrema importância, na sensibilização dos pais e ensinamentos aos mesmos acerca dos cuidados com o nível da segurança e prevenção de acidentes com os seus filhos. Sendo que são os pais quem passam a maior parte do tempo com as crianças, o seu comportamento interfere diretamente na prevenção de acidentes domésticos e de lazer, o que implica uma especial atenção para as que se encontram na faixa etária dos zero aos seis anos, cujo desenvolvimento é rápido e influenciado pelo ambiente que as rodeia.

Segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2014), na Europa, todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos na sequência de uma queda, na sua maioria em acidentes domésticos e de lazer.

Baruque et al., (2012) afirmam que os tipos de acidentes na infância relacionam-se diretamente com a faixa etária e com as fases do desenvolvimento. O mesmo autor refere que as crianças aprendem através da imitação e são suscetíveis de aprender algo que lhe é perigoso da mesma forma que aprendem aquilo que é benéfico. Assim sendo, é importante educar os pais relativamente a certos tipos de comportamentos que devem ser evitados à frente dos seus filhos, nomeadamente: tomar medicamentos, fumar, etc (Gielen, McDonald & Shields, 2015).

O papel do enfermeiro neste processo de educação para a saúde é fulcral, tendo como intervenções: identificar as necessidades de aprendizagem, os indivíduos pretendem saber e aprender, diagnosticar a motivação das pessoas e a sua aptidão para a aprendizagem, incentivar a sua participação no processo de aprendizagem e auxiliá-las no estabelecimento de prioridades das aprendizagens (Gonçalves, 2011).

Sendo os acidentes domésticos e de lazer, na sua maioria, originados por fatores reversíveis e suscetíveis de prevenção, cabe ao enfermeiro trabalhar com programas educacionais que envolvam os pais e crianças (quando adequado) na sensibilização sobre a necessidade de prevenir acidentes (desenvolvendo intervenções individualizadas) e também acerca dos cuidados a ter quando estes acidentes acontecem (Novais, Guimarães, Fagundes, Ferreira & Macedo, 2012).

Foi-me permitido desenvolver com esta temática as seguintes competências como EESIP: E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.2. 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; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e

segurança na criança/jovem e família; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

O sono foi também um tema debatido, nomeadamente as estratégias para dormir, tendo sido sempre informado a importância de um sono tranquilo, dado que “é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação” (OE, 2010, p. 84). Assim sendo, foi aconselhado o estabelecimento de rotinas, gradualmente adaptadas à idade da criança, podendo utilizar estratégias relaxantes como o banho ao final do dia.

Sendo o sono, uma necessidade fisiológica, cabe aos pais proporcionar à criança um ambiente adequado e favorável, que facilite e permita a regulação de um sono tranquilo (Cordeiro, 2015). O sono torna-se essencial no desenvolvimento e aprendizagem das crianças. Segundo Blunden (2011) os problemas de sono desenvolvidos durante a infância poderão tornar-se um problema persistente, que podem perdurar até à idade adulta.

É importante evidenciar que existem crianças com mais necessidade de sono que outras, mesmo dentro da mesma faixa etária, sendo importante a sensibilização dos pais e educadores que respeitem o ritmo de sono de cada criança de forma individual (Cordeiro, 2015).

Desta forma, é possível perceber que o sono para além do impacto na aprendizagem, este poderá afetar outros problemas a nível cognitivo, físico, emocional e comportamental, sendo que se estas alterações do sono não forem precocemente identificadas e por sua vez encaminhadas, poderá ter um impacto negativo para a sua vida futura.

Em suma, a temática do sono é uma excelente área para educar e consciencializar os pais, no esclarecimento de dúvidas, na prevenção, na identificação e gestão dos problemas de sono das crianças (Honaker & Meltzer, 2016).

Pude desenvolver terapêuticas de enfermagem junto dos pais, nos ensinamentos relativamente a estratégias para aumentar a qualidade do sono dos seus filhos, nomeadamente na criação de hábitos de sono e rotinas dos seus filhos, aconselhando algumas intervenções, como: proporcionar-lhes um ambiente do quarto adequado, escuro e limpo, calmo e tranquilo, arejado e com temperatura amena; dispor de uma cama apropriada à idade da criança e com pouca roupa; estabelecer um horário de

sono e assegurar a regularidade de acordar e deitar, de modo a que a criança crie o seu próprio ritmo (Chambel, 2013 e Cordeiro, 2015 citados por Silva, Simões, Macedo, Duarte & Silva, 2018). É então importante que os pais estabeleçam uma rotina de sono e evitem quebrar as regras, como por exemplo, tomar banho, jantar, lavar os dentes, a última ida à casa de banho ou a história para adormecer (Monteiro, 2014).

A realização de sestas é importante para o crescimento e desenvolvimento das crianças, que deve ter como duração entre vinte minutos a três horas (Cordeiro, 2015). Brazelton (1995) afirma que sestas à tarde (que devem terminar antes das três horas) podem aumentar a capacidade da criança de se acalmar e de conseguir gerir o controlo do seu estado, durante a tarde e início da noite.

Estas intervenções terapêuticas de enfermagem permitiram-me desenvolver a unidade de competência do EEESIP - “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.”; - “procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde”.

Na UCSP onde realizei o estágio são realizadas consultas de enfermagem, no entanto a avaliação de desenvolvimento não é realizada através da utilização da Escala de Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, mas sim pela avaliação da própria experiência da enfermeira, sem recorrer a escalas ou protocolos. Esta não utilização, foi justificada pela equipa pela pouca disponibilidade dos enfermeiros para a realização da avaliação de desenvolvimento da criança nas suas consultas. Foi um dos aspetos que pretendia desenvolver se tivesse tido um estágio com maior duração, podendo adquirir os objetos necessários e colocar em prática a escala na consulta. Dado a não realização desta escala, foi referido que é tido em conta a observação da criança, desde o momento da entrada na sala de enfermagem, valorizando também aquilo que é dito pelos pais, especialmente em situações referidas pelos próprios como preocupantes.

Desenvolvimento, em pediatria, define-se como um processo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos, cada vez mais complexos, que advém de influências exteriores, potencializando-a, sendo a criança vista como parceira e modelador ativa do seu meio social e cultural, e não apenas como recetora passiva de socialização (Vale, 2008).

Berger (2017), refere que o desenvolvimento do ciclo vital é complexo, sendo este Multidirecional (existindo multiplas mudanças em todas as direções durante o

ciclo vital, não sendo algo estagnado, independentemente da idade); Multicontextual (depende de contextos: físicos, como o clima, barulho, densidade populacional; familiares e comunidade; Socioeconómico; Multicultural, sendo que todos estes contextos afectam-se uns aos outros. A criança é um ser vulnerável e esta característica inerente não deve impedir a compreensão da sua vontade, merecendo o respeito à medida de todas as suas competências, sendo necessariamente a preocupação major do desenvolvimento da criança, que seja feliz, conforme o defendido em cada artigo da Carta dos Direitos da Criança. Assim sendo, a gestão do bem-estar da criança, assim como a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil deve ser o foco de todos os enfermeiros de saúde infantil, nomeadamente do EEESIP, realizando terapêuticas de enfermagem junto das famílias, para que estas fiquem dotadas de competências para interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial. A importância da utilização de uma escala adequada para a avaliação do desenvolvimento infantil justifica-se, por proporcionar uma base objetiva de informação sobre a criança, que serve de orientação na identificação dos cuidados adequados à estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança. Por outro lado, é a forma mais eficaz de detetar precocemente alterações no desenvolvimento e assim poder intervir o mais precocemente possível, quer nas funções afetadas quer nos fatores de risco, aumentando as probabilidades de sucesso dessas terapêuticas.

Meleis et al., (2000) refere que os enfermeiros são os cuidadores principais dos clientes e suas famílias por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas preparando-as para lidarem melhor com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências, referindo este papel do enfermeiro como, papel de suplementação.

Um dos exemplos de escalas de avaliação do desenvolvimento é a escala de avaliação Mary Sheridan (0-5 nos de idade), integrada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, permite a avaliação de 4 grandes áreas (motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem, comportamento e adaptação social (Sheridan, 1993).

A avaliação do desempenho infantil é realizada, sobretudo, de forma informal e os testes padronizados para a avaliação são poucos utilizados (DGS, 2013). Segundo a mesma, os instrumentos de rastreio preconizados conseguem detetar

cerca de 70 a 90% de alterações do desenvolvimento, enquanto a avaliação clínica isolada apenas identifica 30% dos casos.

Desta forma, a intervenção do EEESIP é fulcral, desenvolvendo a sua prática baseada na evidência, compreendendo a vulnerabilidade da criança que se encontra em permanente crescimento e desenvolvimento e, como tal, atravessa processos de transição, integrando a família para atingir o potencial máximo de desenvolvimento da criança.

Particpei ainda no gabinete de vacinação, tendo tido um papel direto numa motivação e promoção da vacinação no sentido de prevenir doenças e manter a imunidade de grupo, protegendo as crianças mais vulneráveis que por questões de saúde não podem ser vacinadas.

Segundo a DGS (2020) o objetivo do programa nacional de vacinação é proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz através da vacinação. A nível individual pretende-se que a pessoa vacinada fique imune à doença ou, nos casos em que isso não é possível, que tenha uma forma mais ligeira da doença quando contactar com o agente infeccioso que a causa.

Torna-se fundamental o papel do EEESIP como dinamizador e motivador nas consultas de saúde infantil no cumprimento do PNV na obtenção de ganhos em saúde tanto para as crianças vacinadas, quer para com aquelas que por alguma razão não poderão ser vacinadas.

Esta intervenção permitiu-me desenvolver a competência de EESIP - “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”. De acordo com as orientações da DGS (2017) é competência do profissional de saúde divulgar o PNV, assim bem como na motivação e esclarecimento de dúvidas, obtendo o seu consentimento.

As crianças sujeitas a procedimentos dolorosos evidenciam uma resposta global de stress, com um aumento de libertação de hormonas que levam à mobilização de substratos energéticos e ao catabolismo (Batalha, 2010).

Schechter et al., (2007), refere que a preparação da criança/jovem para um procedimento doloroso é fundamental, com o objetivo de diminuir o *stress* sentido pelo próprio, não só em contexto hospitalar, como em todas as práticas realizadas, nomeadamente na vacinação.

Cerca de 46% das crianças hospitalizadas são submetidas a pelo menos uma injeção, além de que na sua grande maioria é submetida a colheitas de sangue para exames laboratoriais (Santos & Escobar, 2015). No entanto, em crianças saudáveis, grande parte dos procedimentos com agulha estão relacionados diretamente com o cumprimento do PNV. Segundo o PNV de 2020 (DGS, 2020) uma criança até aos 10 anos de idade, será submetida entre 12 a 14 injeções, traduzindo-se numa das principais causas de dor na criança saudável, sendo no primeiro ano de vida administradas a maioria das vacinas.

Independentemente dos benefícios da vacinação, esta é encarada pelas crianças e pelos seus pais como um procedimento doloroso e gerador de stress e ansiedade. Estas sucessivas experiências negativas com estímulos dolorosos, podem levar a um medo de agulhas, que se vai perpetuar até à vida adulta, estando também associado a uma má adesão do comportamento de procura de saúde, incluindo o incumprimento do PNV na fase adulta (Chan, Pielak, McIntyre, Deeter & Taddio, 2013; Taddio et al., 2013).

Durante o processo de vacinação, procurei envolver os pais na prestação de cuidados, diminuindo o impacto negativo na criança, uma vez que são os pais a quem a criança reconhece como familiar e seguro. No entanto, a presença dos pais não deve ser imposta, mas sim voluntária e negociada, dado que muitos referem sentir medo e aumento da ansiedade no momento do procedimento.

Também foram utilizadas outras intervenções terapêuticas de enfermagem sustentadas na filosofia dos cuidados não traumáticos, como a distração e a sucção não nutritiva, sendo estas mais adequadas no primeiro ano de vida, onde a grande maioria usa “chucha” e a curiosidade por novos objetos prevalece (Linhares & Doca, 2010; OE, 2013).

O Estágio realizado na UCSP, embora curto, foi de extrema importância para o meu desenvolvimento como EEESIP, na valorização e transmissão de cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e prevenção de doença, capacitando os pais de conhecimentos, promovendo uma parentalidade positiva. Esta capacitação, pressupõe disponibilizar aos pais meios facilitadores para uma parentalidade que suporte as transições entre as diferentes etapas de desenvolvimento dos seus filhos, promovendo e protegendo os direitos destes.

### **3.2. Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD)**

No que respeita ao segundo estágio, este decorreu no âmbito do Centro de Desenvolvimento Infantil num serviço de Reabilitação Pediátrica na região de Lisboa. Tendo a duração total de duas semanas (entre 21 de outubro e 3 de novembro).

O SRPD recebe crianças entre os três meses e os vinte e um anos de idade, com patologias do foro neurológico, osteoarticulares e medulares e tem como objetivos: i) Promover a máxima funcionalidade do utente e apoiando-o no (re)fazer do seu projeto de vida; ii) Valorizar e potenciar as capacidades de cada indivíduo; iii) Contribuir para formação de profissionais e para a investigação científica; iv) Prestar cuidados em medicina física e reabilitação com elevado grau de humanização e qualidade em tempo útil.

O foco da intervenção terapêutica de enfermagem, segundo Paterson (2012), é a capacitação da criança/jovem e da sua respetiva família, de modo a maximizar a sua autonomia e funcionalidade através de estratégias, equipamentos e recursos, dando continuidade aos cuidados no domicílio, assegurando uma transição saudável e segura para casa. Todas estas intervenções são acompanhadas de um apoio psicológico rigoroso, tanto para a família como para a criança/jovem. Quando por alguma razão uma criança necessita de reabilitação, o principal objetivo a dar resposta é atingir o seu melhor nível de independência nas atividades de vida diária, adaptando-se às suas limitações.

Tendo em conta os objetivos previamente definidos para o meu percurso formativo nesta instituição (apêndice 2.2), embora tenha estado apenas duas semanas, uma das atividades que tive oportunidade de observar foi um conjunto de reuniões interdisciplinares periódicas com vista à realização de um plano de cuidados tendo em conta as necessidades da criança, do jovem, assim como as da sua família. Neste processo de reabilitação, está envolvida uma equipa interdisciplinar (na colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas), sendo composta por: enfermeiro, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo, assistente social, educadora de infância, dietista e orto protésico, que trabalham em sintonia de modo a potencializar os recursos da criança/jovem, com a família a ser envolvida no plano de cuidados.

Assim sendo, sabe-se que, segundo Amorim (2010), as situações mais frequentes que resultam em incapacidades na criança são de duas ordens: ordem congénita (paralisia cerebral, espinha bífida, doenças neuromusculares, síndromes genéticas, entre outras) ou adquiridas (traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, traumatismo vertebro-medular, infeções e patologia do sistema nervoso central), podendo estas originar limitações funcionais ao nível cognitivo, sensorial, motor e da linguagem, repercutindo diretamente nas atividades do autocuidado da criança e no seu grau de independência e autonomia. Nas últimas décadas em Portugal, as anomalias congénitas representaram uma das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil (Braz et al., 2015).

Malheiro (2011), refere que o aumento da incidência da morbilidade infantil levou a alterações nos fatores determinantes de saúde das crianças e jovens e a uma nova perspetiva de Necessidades Especiais de Saúde e Educação, com foco na promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e inserção dos jovens com incapacidade e/ou doença crónica na sociedade.

A incapacidade, bem como a doença crónica, levam a experiências negativas como: múltiplos internamentos, dor, separação da família e limitam ou impedem as atividades próprias da idade pediátrica, como são exemplo as atividades lúdicas que permitem a interação entre os pares, sendo dessa forma atividades promotoras do desenvolvimento infantil (Barros, 2003).

Assim, tive a oportunidade de observar que cada criança, para além de um plano de cuidados individualizado, tinha também produtos de apoio e dispositivos moldados ao seu dia a dia em casa. O treino do uso desses materiais começou no centro de desenvolvimento, tornando esta criança e família cada vez mais funcional e autónoma. Desse modo, a reabilitação funcional deve focar-se na aprendizagem e/ou maximização de capacidades motoras previamente identificadas e consideradas importantes pela criança e família (Ketelaar et al., 2001).

Esta participação que falo, dos pais no plano de cuidados do filho, leva que estes se sintam parte integrante da equipa multidisciplinar cujo principal objetivo é capacitar a criança e pais a serem cada vez mais autónomos no autocuidado. Dada a imaturidade a nível físico, psicológico e psicossocial da criança, a presença dos pais é de extrema importância no planeamento dos cuidados, formando assim o conceito de cuidado dependente (Orem, 2001).

Um dos procedimentos que tive a oportunidade de observar foi o da administração de toxina botulínica. Esta é utilizada em crianças com paralisia cerebral que apresentam espasticidade ao nível dos membros, sendo que a toxina diminui a hipertonia associada aumentando assim a funcionalidade, melhorando a dor e consequentemente melhora a qualidade de vida destas crianças.

É importante enfatizar que todo este procedimento tem início em casa da criança, sendo assim feita uma prévia indicação médica na administração de analgesia profilática e anti-histamínico pelo seu efeito sedativo. À chegada ao serviço, é colocado o creme EMLA (anestésico local) nos locais de administração, sendo que, de seguida, é levada para a sala de procedimentos.

Desta forma, para uma implementação eficaz dos cuidados não traumáticos, os enfermeiros devem controlar os fatores internos e externos que possam comprometer o propósito de minimizar o *stress* físico e psicológico, envolvidos nos procedimentos de cuidados a prestar às crianças/famílias. Esta orientação para a prática de cuidados assenta em três princípios fundamentais: i) evitar a separação da criança e da família; ii) promover a sensação de controlo; iii) minimizar as intervenções invasivas e dor (Jacob, 2014).

Assim, não podemos esquecer, que muitas destas crianças submetidas a este procedimento, têm experiências anteriores associadas a procedimentos dolorosos, que tornam este procedimento uma fonte de grande *stress* tanto para a criança como para a família. Dado isto, tentei adotar uma postura calma e carinhosa com a criança e pais, demonstrando disponibilidade, favorecendo a expressão de emoções, com base no reforço positivo e também promovendo a distração. Segundo Diogo (2015), é fundamental existir ações de gestão das emoções reativas, envolvendo a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, colocar-se ao lado dos mesmos, fazer pausas, fomentar a esperança, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção e encorajar.

Por esse motivo, durante o procedimento, levei comigo brinquedos de forma a distrair a criança da dor. A distração consiste em direcionar a atenção da criança/adolescente para situações não relacionadas com o procedimento doloroso aquando a sua realização, sendo frequentemente utilizada em procedimentos de curta duração (OE, 2013). Assim, o Brincar assume-se como uma atividade essencial no desenvolvimento da criança, tendo potencial de estruturar processos mentais e lidar com situações adversas. Durante a hospitalização, o brincar, promove o bem-estar

físico e emocional da criança, contribuindo diretamente na sua recuperação. O brincar serve ainda como forma de comunicação e autoexpressão, que dá a possibilidade das crianças comunicarem, podendo ser auxiliadas no processamento de uma série de emoções (Koukouta & Papathanasiou, 2014).

Para ser possível realizar uma avaliação da dor da criança utilizei a escala FLACC-R, durante todo o procedimento. Esta escala evidenciou o valor de 3, sendo considerada uma dor ligeira, conseguindo assim constatar que as intervenções terapêuticas de enfermagem realizadas surtiram efeito, corroboradas ainda pela mãe da criança que verbalizou que “no último tratamento ela esteve mais agitada” SIC.

Posto isto, foi-me possível desenvolver várias competências de EEESIP, sendo estas:

- E.1.1 “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de inserção social da criança/jovem”;
- E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
- E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
- E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde;
- E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- E.1.2 “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;
- E.1.2.8 “Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. “Presta cuidados específicos em

resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”

É importante referir que ao longo da experiência na SRPD a principal dificuldade que senti foi a especificidade de um serviço de reabilitação pediátrico, algo que nunca tinha tido contacto. Essa dificuldade surgiu devido à diversificação de material de apoio existente para ser utilizado de forma individualizada de acordo com cada necessidade da criança/jovem. Isto foi algo que me fascinou destacando ainda mais a importância do enfermeiro neste contexto e da sua diferença no futuro da vida daquelas crianças/jovens, da sua respetiva família. Deste modo, tentei aprofundar conhecimentos acerca da realização do plano de cuidados da criança, começando com a utilização de escalas como: a Medida de Independência Funcional (MIF) utilizada acima dos 6 anos de idade, que avalia como o nome indica a independência funcional da criança; a escala de Lower que avalia a força muscular; e a escala de Ashworth que avalia o tónus muscular. Estas escalas permitiram-me identificar as dificuldades/limitações da criança e focalizar nas capacidades que a mesma apresenta e compreender quais as suas potencialidades de forma a poder planear uma intervenção que vise aumentar a funcionalidade da criança e assim maximizar o seu potencial de desenvolvimento.

### **3.3. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)**

O terceiro contexto de estágio desenrolou-se no SUP de um Centro Hospitalar de Lisboa, compreendido entre dia 4 de novembro e 8 de dezembro de 2019, perfazendo um total de 5 semanas.

A procura por um serviço de urgência ocorre quando os pais experienciam alterações ao saudável crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, maioritariamente associados a situações agudas de doença. Trata-se do primeiro contacto da criança/jovem e família ao fator hospitalização. Desta forma, este EC torna-se fundamental, permitindo conhecer o percurso inicial da criança/jovem e família, assim bem como situações críticas de saúde e vulneráveis para a criança/jovem e família.

A escolha deste local de estágio foi não só por ser um serviço de urgência que dá resposta a uma área de elevado número populacional, bem como nas

características relacionadas com a diversidade cultural, tornando-se um desafio para o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem. É desta forma fundamental que o EESIP seja dotado de conhecimentos, competências e habilidades que permitem prestar cuidados que respeitem as crenças e práticas culturais da criança/jovem e família. A competência cultural implica que o enfermeiro desenvolva uma consciência plena da sua cultura, padrões e valores culturais, assim bem como informações sobre outras culturas, demonstrando interesse e aceitando as diferenças culturais de outros (Abreu, 2011).

Desta forma, é perante o conhecimento sobre a cultura e hábitos de vida, assim como as relações sociais e familiares, que permitem ao enfermeiro envolver a família no plano de cuidados à criança/jovem, respeitando as suas crenças e valores. Assim sendo, é possível desenvolverem-se terapêuticas de enfermagem culturalmente competentes, tendo por base os cuidados centrados na família.

No que respeita ao SUP, este divide-se em quatro sectores: Triagem; Sala de Tratamentos; Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e Sala de Reanimação.

Neste SUP, é utilizado o sistema de Triagem de Manchester. A Triagem de Manchester permite ao enfermeiro “uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce do doente e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades” (DGS, 2015, p. 13). Pelo tempo reduzido de triagem (realizado tanto por enfermeiros generalistas como EESIP) e os poucos recursos existentes, é primordial a liderança como papel do EESIP na gestão de cuidados e recursos humanos, apoio no julgamento clínico, tomada de decisão em articulação na equipa multidisciplinar; otimizar a intervenção da equipa de enfermagem na resposta às necessidades da criança/jovem e família. Por esta razão, os chefes de equipa de enfermagem são EESIP e com vários anos de experiência em SUP. O momento de triagem, assume um papel de destaque, onde se realiza o primeiro contacto da criança/jovem e família com o enfermeiro, permitindo desenvolver competências nas áreas da: comunicação verbal e não verbal (adequação da linguagem, informação, reconhecimento da existência de um tradutor; tecnologia); Identificação de necessidades; Gestão da segurança; Gestão de conflitos; Gestão de percurso da criança/jovem e família. Sendo estas segundo a OE: Competências: A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; E1.2. 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; E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Durante o meu estágio foi-me possível observar e colaborar com o enfermeiro orientador no papel do enfermeiro chefe de equipa num SUP, desenvolvendo as seguintes competências: C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Um acolhimento eficaz por parte do EESIP à criança/jovem e família, vai fomentar o sentimento de confiança nos pais, criando o sentimento neles próprios de envolvimento no processo de hospitalização do seu filho, levando a que se adaptem com maior facilidade (Jorge, 2004).

A hospitalização é sinónimo de *stress* para a vida de uma criança, tendo sido identificado por Burns-Nader & Hernandez-Reif (2016) os principais *stressores* da hospitalização para a criança/jovem como: a separação dos pais; os sons; o local e as pessoas desconhecidas; a perda de controlo e autonomia; o medo da dor, dos procedimentos e da morte. As suas respostas a estes *stressores*, dependem de fatores como: a idade da criança; experiências anteriores de doença; separação e hospitalização; os seus próprios mecanismos de defesa; gravidade do diagnóstico e o sistema de apoio familiar (Sanders, 2014). Deste modo, podemos considerar que a hospitalização é um evento traumático para a criança, tornando-se numa ameaça à integridade física e emocional. O EESIP tem um papel fundamental em compreender as necessidades específicas de cada criança e desenvolvendo terapêuticas de enfermagem que visam minimizar este impacto.

Posto isto, dado o meu foco ser direcionado para a fase da adolescência, foi importante conhecer qual o impacto da hospitalização nos adolescentes, desenvolvendo terapêuticas de enfermagem que facilitem a transição saúde-doença.

Segundo Meleis et al. (2000) o adolescente hospitalizado vivência três tipos de transição: Desenvolvimental, típica desta faixa etária; Saúde-doença; e Situacional, devido à necessidade de internamento e afastamento do seu ambiente. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes podem agravar ainda mais o seu estado de saúde. Deste modo, torna-se fundamental o papel do EESIP

na compreensão do processo de transição, realizando terapêuticas de enfermagem que ajudem a evitar os riscos inerentes à hospitalização do adolescente.

O EEESIP deve conhecer e compreender o significado do evento hospitalização para o adolescente para lhe proporcionar um cuidado especializado e individualizado, de acordo com as suas necessidades, ajudando-o a adaptar-se à situação, aproveitando o potencial de desenvolvimento subjacente aos eventos de crise. A hospitalização do adolescente afeta toda a dinâmica e interações familiares.

Existem várias dificuldades na abordagem ao adolescente, sendo a de maior relevância a carência de formação profissional na área da adolescência (Almeida, Rodrigues & Simões, 2007). A equipa de enfermagem deve possuir um vasto conhecimento científico assim como capacidade técnica e competência profissional, valorizando a escuta ativa, capacidade de decisão e a autonomia dos adolescentes (Azevedo, 2012).

É ainda fundamental que o EEESIP reconheça e valorize a importância da família, respeitando o conhecimento que a mesma possui acerca do adolescente, na sua experiência do cuidar e a sua influência no processo de adesão do adolescente ao regime terapêutico. O envolvimento dos pais nos cuidados ajuda a manter o elo de ligação do adolescente com a família, com o seu ambiente e rotinas usuais. Uma participação em pleno só é possível quando ocorre a negociação entre todos os intervenientes (Carneiro, 2010).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey foi desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família e realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo-os como parceiros da equipa de saúde (Lopes, 2012). De acordo com este modelo, os pais são reconhecidos como os melhores prestadores de cuidados à criança/adolescente, uma vez que para preservar o seu crescimento e desenvolvimento, os cuidados devem ser prestados e percecionados como uma forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspetiva ninguém melhor que os pais para os executarem.

A participação dos adolescentes e dos pais nos cuidados promove a independência dos adolescentes, assumindo assim a chave do sucesso na adaptação à situação (Byczkowski, Kollar & Britto, 2010).

O processo de hospitalização pode ser negativo e/ou positivo, proporcionando um momento de aprendizagem e desenvolvimento (Barros, 2003). Por vezes os adolescentes apresentam comportamentos agressivos e de profunda revolta, pelo que

é importante que o enfermeiro contextualize estas reações à experiência de hospitalização o que muitas vezes é reflexo de um sofrimento psíquico profundo e não um acesso de rebeldia típico dos adolescentes (Almeida et al., 2007).

Segundo Almeida, Rodrigues & Simões (2005) a adolescência apesar de ser descrita como um grupo importante, que necessita de cuidados em unidades específicas, estas ainda não existem, dado que poucas são as instituições hospitalares que possuem estruturas físicas para o internamento de um adolescente, sendo que, habitualmente, são internados em serviços de pediatria ou de adulto, o que leva a uma dificuldade de adaptação. Segundo Cordeiro (2009) quando se questiona os adolescentes sobre onde gostariam de estar internados, fica-se com a sensação de que desejariam um espaço só para eles, sendo também esta a opinião dos profissionais da área.

Existindo muito poucas unidades de internamento, exclusivamente para adolescentes, como já referido acima, o EEESIP deve desenvolver terapêuticas de enfermagem que visem minimizar o impacto da hospitalização nesta faixa etária, devendo assim, na perspectiva de Sanders (2014): Privilegiar a privacidade e confidencialidade; Compreender que o adolescente sente algumas dificuldades inerentes à faixa etária traduzidas em rebeldia e não cooperação; Incentivar as relações/socialização com os pares; Estimular o cuidado com a imagem/corpo; Ouvir as preocupações do adolescente; Desmistificar a doença e o futuro; Incentivar a adoção de estratégias de adaptação.

No entanto e, como já foi referido anteriormente, não são apenas as crianças/jovens que reagem a uma situação de crise, sendo que os pais das mesmas, são, também, alvos de *stress* e ansiedade, partilhando sentimentos como: o medo; a culpa; e a frustração. (Jorge, 2004; Sanders, 2014).

O EEESIP procura assim manter um ambiente de segurança, respeitando os princípios dos CNT e CCF. Este é um grande desafio para os enfermeiros, dado os constrangimentos de tempo e recursos humanos disponíveis no SUP, associados a uma grande afluência de crianças/jovens e famílias ao serviço. Um dos exemplos dos constrangimentos de tempo neste serviço, que leva a um descuro dos CNT, é o facto de todas as crianças a partir dos quatro anos, que necessitem de análises laboratoriais (por exemplo hemoculturas, gasimetria venosa) e/ou colocação de cateter venoso periférico, têm que dirigir-se ao laboratório, não lhes sendo proporcionadas estratégias farmacológicas ou não farmacológicas de alívio da dor. No entanto, tive a

oportunidade de colaborar nas intervenções no controlo da dor, em crianças/jovens que necessitem de procedimentos invasivos (excluindo os referidos anteriormente), como a sedação e analgesia em procedimentos: maioritariamente em procedimentos que envolvam a sutura de feridas. A utilização de Midazolam e Cetamina neste tipo de procedimentos, foi para mim uma novidade nunca observada e que tem imensos benefícios no controlo da dor na criança/jovem, não o sedando totalmente, mas colocando o jovem num “estado anestésico”. Este tipo de procedimento requer a presença contínua de um médico, dado as possíveis complicações emergentes, como a depressão do sistema respiratório e a sua necessidade de manipular a via aérea.

Outras terapêuticas utilizadas em procedimentos realizados, são por exemplo:

- EMLA (anestésico tópico) – Início ação entre 30 minutos a 1 hora.
- Administração de sacarose oral
- Administração da Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto (MEOPA): indicada na prevenção e controlo da dor de intensidade ligeira a moderada em crianças com idade superior a 3 anos. Embora conheça o MEOPA através da literatura, nunca tinha tido a oportunidade de observar a sua administração e os seus efeitos imediatos. É realmente um procedimento adjuvante muito importante no controlo da dor nos procedimentos invasivos, sendo a sua administração por via inalatória, com um início de ação cerca de 3 minutos após a inalação e o efeito é reversível após 5 minutos de se cessar a inalação. Este tipo de procedimento, utilizado em simultâneo com terapêuticas não farmacológicas (cognitivas, com informação previa adequada; suporte emocional, pela presença dos pais; estratégias cognitivo-comportamentais (exemplo: imaginação guiada); tornam o MEOPA eficaz na prevenção e controlo da dor, através do seu efeito de sedação consciente e analgesia.

Antes de qualquer procedimento, o EEESIP deve realizar a história de dor daquela criança/jovem e perceber quais as suas experiências anteriores, assim como quais os métodos que utilizou e foram eficazes no alívio da dor. Estas terapêuticas de enfermagem levam a que se reduza a ansiedade da criança/jovem e da própria família. Estas experiências corroboraram no desenvolvimento de aptidões enquadradas nas competências de EEESIP: 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; E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

A admissão num SUP por parte da criança/jovem e sua família, é gerador de *stressores*, sendo muitas das vezes uma experiência traumática. Quando a criança/jovem é admitida em situação crítica, dada a sua situação clínica emergente, o EEESIP muitas vezes não tem possibilidade de implementar terapêuticas de enfermagem que visam o alívio da dor, o que leva a um aumento do medo e da dor na criança/jovem, que ainda é agravado pelo facto de esta se encontrar num ambiente estranho, com inúmeros profissionais ao seu redor e ser submetido a diversas intervenções adversas.

A permanência dos pais junto da criança e a participação nos cuidados, mesmo em situações mais complexas e de maior instabilidade, promovem nos pais os sentimentos de segurança, confiança e controlo da situação (Andrade et al., 2015). Segundo um estudo de Maxton (2008), este refere que foi verbalizado pelos pais que a sua presença deu a oportunidade de melhorar a relação com a equipa multidisciplinar, facilitando a compreensão dos cuidados prestados, assim bem como da situação, diminuindo a ansiedade, outros referem ainda que tiveram a oportunidade de se despedir dos seus filhos, não retendo praticamente nenhuma memória sobre os momentos da reanimação.

No SUP onde realizei o estágio, existe uma equipa formada para não só ter fisicamente os pais na sala de reanimação com o seu filho, como a presença de um EEESIP designado, para acompanhar continuamente estes pais, esclarecendo dúvidas, medos, mitos e apoiando psicologicamente os mesmos. São os pais que escolhem se querem acompanhar ou não os seus filhos, sendo que o EEESIP informa e explica as vantagens do seu acompanhamento, respeitando genuinamente qualquer decisão.

Embora não tenha tido a oportunidade de observar uma reanimação, fiquei muito satisfeito com o facto de a presença dos pais em situações críticas da criança/jovem, como a reanimação, ser uma realidade no serviço, estando sempre um enfermeiro designado a prestar apoio unicamente a estes pais. Estas intervenções dão resposta às competências de EESIP: - “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; - “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em

saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”; - “Suporta a prática clínica em evidência científica”.

Durante o meu estágio, após entrevista exploratória com a enfermeira orientadora, no sentido de identificar as necessidades de formação da equipa que pudesse de algum modo dar resposta, conclui-se que seria importante realizar uma ação de formação acerca da DM1 a toda a equipa de enfermagem. Embora o serviço não receba muitas crianças com DM1, quando recebe a equipa sente-se pouco confortável e insegura para lidar situações de episódios inaugurais de DM1 assim como com situações de descompensação da própria doença como as hiper e hipoglicémias. Desta forma, foram planeadas e realizadas várias sessões de formação que envolveram a grande parte dos enfermeiros do serviço (realizar a sessão de formação no momento da passagem de turno cerca de 30 minutos). Dada a impossibilidade de reunir um grande número de enfermeiros numa só sessão formal, considerou-se o timing escolhido (passagem de turno) como a altura “ideal” para realizar estas sessões de formação, pois é um momento acessível a duas equipas em simultâneo.

Nesta sessão de formação (Apêndice 4), sustentado nas necessidades da equipa, procurou-se abordar temas como: a definição/ diagnóstico da DM1; Insulinoterapia; Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina; e cetoacidose diabética; assim como terapêuticas de enfermagem no suporte familiar do adolescente com cetoacidose diabética.

Para complementar esta informação foi desenvolvido um folheto de fácil acesso destinado aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica (Apêndice 5), onde estão explicitados os cuidados a ter com o sistema de perfusão subcutânea contínua de insulina, assim como medidas de intervenção em casos de falha do sistema e/ou hipoglicémias.

### **3.4. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)/ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)**

O quarto contexto de estágio, decorreu numa UCIP/UCIN, num Centro Hospitalar de Lisboa, no período de 2 semanas.

A escolha deste local de estágio deveu-se ao facto da vivência de doença crítica ser um processo súbito, e a admissão numa UCIP, criar caos, preocupação e *stress* na criança e família permitindo-lhes pouco ou nenhum tempo de adaptação, reduzindo consequentemente a sua capacidade de lidar com a situação, tornando-se num desafio para os CCF.

Tanto a doença como a hospitalização são fatores de *stress* para a criança e família, para além de afetar o desenvolvimento normal da criança, também têm um impacto nefasto nas relações sociais dentro do próprio sistema familiar (Jorge, 2004). Também a depressão dos pais é referida na literatura, relacionada com sentimentos de exaustão (física e mental), encargos financeiros, preocupação com os outros filhos e com o futuro da criança hospitalizada e suas possíveis sequelas (Sanders, 2014).

Estudos desenvolvidos por Schneider & Medeiros (2011), demonstram que as doenças/hospitalizações podem ter consequências emocionais e físicas tanto para os pais como para a criança, sendo que os sintomas podem ser diversos, tais como, dor, sofrimento, cansaço, angústia, culpa e mudanças nas rotinas do seio familiar.

Assim, o impacto é intenso, supondo uma situação de crise vital e provocando mudanças no ciclo de vida familiar pautadas pela transição saúde-doença. Não existe certeza se o resultado da vivência de situação crítica será sobrevivência, incapacidade ou morte. (Mendes, 2018).

Perante uma situação de hospitalização de um filho numa UCIP, a família é confrontada com novas exigências, alterações de rotinas e readaptações das suas relações sociais, suscetíveis de desencadear um maior ou menor número de *stress* familiar, necessitando esta de ajuda externa para se reorganizar e adaptar-se a uma mudança que não foi planeada.

Desta forma, o enfermeiro tem um papel vital no desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que visam preparar e acompanhar a família na experiência de ter o seu filho numa UCIP, através de relações afetivas que inspirem a confiança dos pais.

Durante este EC, tive a oportunidade de realizar o acolhimento à criança e família, constatando diretamente com o medo e ansiedade transmitido pelos pais dada a instabilidade do seu filho. Instabilidade esta, acentuada com a presença de um elevado número de profissionais ao redor do seu filho, num ambiente desconhecido e intimidante, com vários sons de monitores e um aparato tecnológico aterrorizador. Procurou –se desenvolver intervenções terapêuticas de enfermagem como a adoção uma postura calma retirando os pais daquele cenário, facilitando a comunicação expressiva de emoções e respondendo a todas as questões colocadas, aproveitando o momento para desmistificar mitos e tranquilizar os mesmos.

Perante situações graves e ameaçadoras, pode haver o sentimento de incerteza quanto ao futuro, prevalecendo o medo e o receio relativamente ao presente e futuro com possíveis sequelas. Os pais esperam que os profissionais de saúde se aproximem, exista uma comunicação eficaz e que a equipa compreenda a situação pela qual a família está a vivenciar (Rodrigues et al., 2013). O mesmo autor refere que os pais são excelentes observadores dos filhos e o seu conhecimento pode levar a um melhor entendimento dos enfermeiros sobre a criança, identificando as suas necessidades.

Segundo Jorge (2004), é fundamental conhecer os medos e anseios demonstrados pelos pais, para se poder atuar de forma a minimizá-los. Fornecer informações é uma das intervenções de enfermagem mais importantes e contribui para reduzir a ansiedade (Sanders, 2011).

Desta forma, o cuidar não deve estar centrado apenas na ciência e tecnologia e enfoque curativo, dado que pode conduzir a uma desumanização dos cuidados. sendo opinião corroborada por Hesbeen (2000), quanto mais técnico se torna o ambiente, mais o ser humano tem a necessidade de uma dimensão relacional.

Segundo a OE (2018), o EESIP, deve ser detentor de conhecimentos que permitem antecipar e responder às situações de emergência, mas também, avaliar e responder às necessidades da família, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Este contexto revelou-se uma mais-valia no desenvolvimento de competências específicas de EEESIP, como o cuidar “da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p. 19192), destacando-se ainda a utilização de estratégias de comunicação com a díade criança/jovem e família em situação crítica.

A comunicação é um dos instrumentos básicos da enfermagem, está implícita na humanização dos cuidados e considerada essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança, sendo uma dimensão da qualidade dos cuidados prestados. A relação de ajuda possuiu um caráter terapêutico, não se tratando apenas de um cuidado prestado com boa vontade, mas de uma intervenção que visa o reconforto afetivo, a satisfação das necessidades superiores de evolução pessoal ou a resolução de um problema existencial da pessoa ajudada, indo além da satisfação das necessidades básicas (Phaneuf, 2005). As relações com as pessoas com quem interagimos são de diversas naturezas, “o que as distingue, são a distância entre os locutores, as informações transmitidas e o sentido no qual as trocas circulam” (Phaneuf, 2005, p. 112).

No entanto, a grande maioria das crianças/jovens internados na UCIP necessitam, em grande parte, de suporte ventilatório, seja ele invasivo ou não invasivo, comprometendo a comunicação. Kline-Tilford, Sorce, Levin & Anas (2013), refere que crianças que experienciam a incapacidade de comunicar eficazmente, podem desenvolver sentimentos como: frustração, raiva e depressão.

Estando a comunicação verbal comprometida, cabe ao EEESIP desenvolver terapêuticas de enfermagem que desenvolvam a comunicação não verbal, diminuindo assim o stress, a ansiedade e o medo da criança/jovem. Martinez, Tocantins & Souza (2013) refere sete formas de comunicação: a fala, o toque/contato físico, o olhar, os gestos, o lúdico, a atitude do enfermeiro e as ações de cuidar. A comunicação com a criança implica conhecer o seu desenvolvimento emocional e espiritual, desenvolvendo intervenções terapêuticas de enfermagem, como o uso da comunicação verbal, não verbal e simbólica (jogos), brincar e o toque (Costa, 2014).

Desta forma, existiu a oportunidade de comunicar com a criança/jovem em alguns casos através da escrita e outros com recurso a pictogramas como por exemplo “comida”, “tristeza”, “pais”, dando oportunidade à criança/jovem de exprimir as suas necessidades. O brincar foi também uma das formas de comunicação desenvolvidas neste contexto, desenvolvendo uma relação de ajuda e confiança entre o enfermeiro e a criança. As brincadeiras proporcionam a espontaneidade, a desinibição, a liberdade, a integração, a coordenação, ajudam nas relações interpessoais, auxiliam no desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal e na aquisição de valores (Lira & Rubio, 2014).

É importante realçar que pelo facto das crianças/jovens que se encontram internadas em UCIP estarem em estado considerado crítico, leva a que o foco seja direccionado para a estabilização fisiológica e biomédica, sendo negligenciado por vezes o controlo da dor e outras necessidades que não colocam em risco a sua vida. Dado esta situação, cabe ao EEESIP fazer cumprir e respeitar um cuidado centrado na família e nos CNT, estando estes sempre interligados com todas as suas intervenções terapêuticas de enfermagem.

O estágio realizado na UCIN embora tenha sido muito curto em termos de duração, acabou por se tornar bastante importante no desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente no que respeita aos cuidados de enfermagem à criança/jovem “nas situações de especial complexidade” (OE, 2018).

Dada a complexidade inerente numa UCIN e nos cuidados de saúde ao recém-nascido prematuro, este estágio foi exigente ao nível dos conhecimentos, uma vez que a minha experiência profissional com recém-nascidos prematuros é muito reduzida, apenas com situações pontuais.

O recém-nascido (RN) pode ser classificado segundo a sua idade gestacional (IG) e o peso, considera-se um RN prematuro se IG <37 semanas; de termo se IG entre 37 e 41 semanas + 6 dias; e pós termo se IG >42 semanas ou mais. Em relação ao peso, a classificação divide-se entre baixo peso (peso ao nascer  $\leq$ 2500g), muito baixo peso (peso ao nascer  $\leq$ 1500g), extremo baixo peso (peso ao nascer  $\leq$ 1000g) ou macrossómico (peso ao nascer  $\geq$ 4000g). Podem ainda ser definidos pela relação peso/IG: leves para IG, adequados para IG ou grandes para a IG (Wheeler, 2014). Os recém-nascidos pré-termo são considerados crianças de alto risco, o que exige um cuidado diferenciado e, portanto, uma avaliação e intervenção atempada por parte do enfermeiro (Askin & Wilson, 2014). Os mesmos autores consideram recém-nascido de alto risco todo aquele que apresente uma maior mortalidade e morbidade que a média dos RN, independentemente da sua IG ou peso, quer pelas alterações associadas ao nascimento, quer pela adaptação a vida extrauterina.

A IG irá ditar maiores ou menores consequências da prematuridade, sendo tanto mais graves quanto menor a IG, mas também, maior e a batalha que o RN irá travar no sentido da sua sobrevivência (Askin & Wilson, 2014).

A imaturidade dos recém-nascidos de pré-termo, dada a sua prematuridade, leva um risco acrescido de diversos problemas fisiológicos que podem provocar alterações ao nível do seu desenvolvimento, nomeadamente: respiratório;

neurológico; termorregulador; digestivo; endócrino. Dada a imaturidade do seu sistema nervoso, ambientes com demasiados estímulos como uma UCIN podem influenciar o seu desenvolvimento (Tamez, 2013). Desta forma, torna-se fundamental a prestação de cuidados especializados por parte do enfermeiro, promovendo um equilíbrio hemodinâmico no recém-nascido, através do controlo, regulação e manutenção da temperatura corporal; do aporte hidroeletrólítico e nutricional adequado; de um suporte respiratório (com ventilação mecânica invasiva ou não invasiva); e cardiovascular mantendo uma perfusão tecidual adequada (Tamez, 2013).

Tendo em vista aquisição de competências e dado o curto espaço de tempo numa UCIN, dei especial atenção nos cuidados de enfermagem ao RN, sujeito a procedimentos invasivo; ventilação mecânica invasiva; assim como o impacto da hospitalização em UCIN para o RN e para os seus pais. A pesquisa bibliográfica realizada associada à prática de cuidados, bem como a partilha de saberes com o enfermeiro orientador, permitiu-me adquirir conhecimentos neste âmbito.

Desde o nascimento, o recém-nascido prematuro, pela sua imaturidade e necessidade constante de cuidados é sujeito a diversos estímulos, desde a procedimentos invasivos, a ruídos e luzes intensas que contribuem para a sua instabilidade hemodinâmica (Tamez, 2013).

Estes permanecem internados na UCIN até adquirirem uma estabilidade hemodinâmica e de maturação que lhes possibilite desenvolver junto da sua família. Este internamento é descrito como assustador, repletos de monitores, ruídos e alarmes, onde se encontram recém-nascidos prematuros frágeis, imaturos e indefesos, rodeados de fios e aparelhos essenciais à sua sobrevivência (Gomes, 2013). Dada as características específicas da UCIN, os pais podem experienciar o medo, ansiedade e impotência, mas, acima de tudo e, dependendo da situação clínica da criança, pode haver impossibilidade de tocar, sentir e acarinhar o seu filho (Gomes, 2013).

Estas dificuldades e emoções sentidas pelos pais numa UCIN, levam a dificuldades na transição para a parentalidade. Desta forma, procurei desenvolver uma componente relacional não só com o RN, como também com os seus respetivos pais, nomeadamente: a partilha de informação clara e oportuna acerca dos cuidados, com vista a promover uma participação parental nos cuidados; promovendo a vinculação entre pais-filho, envolvendo-os na prestação de cuidados sempre que

possível, fazendo sempre reforço positivo acerca dos seus recursos, competências e potencialidades demonstradas. É fundamental que o EEESIP desenvolva a sua prestação de cuidados em parceria com os pais, recorrendo a características pessoais e experiências anteriores dos mesmos, mas também fornecendo feedback positivo acerca dos comportamentos e cuidados parentais prestados no sentido de desenvolverem uma parentalidade positiva com enfoque na promoção do crescimento e desenvolvimento do seu filho (Pender et al., 2006).

Tive a oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados neuroprotetores, respeitando sempre os ciclos de sono do recém-nascido, manipulando-o apenas o estritamente necessário, promovendo o conforto, através de uma gestão da luminosidade, do ruído, da otimização do posicionamento (promovendo não só o conforto, como a proteção da pele e no desenvolvimento neuro motor da estabilidade hemodinâmica e segurança), assim como da gestão de procedimentos invasivos, reduzindo-os sempre que possível. Um posicionamento em flexão, contenção e promotor de um alinhamento a linha média do RN (semelhante à posição fetal) proporciona uma capacidade de auto-organização importante para minimizar o stress e promotor da estabilidade fisiológica (Vasconcellos, 2012 & Tamez, 2013).

Permitiu-me adquirir competências ao nível: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

### **3.5. Departamento de Pediatria numa Associação para Pessoas com Diabetes (DPAPD)**

Esta Associação que tem como principal objetivo a educação da pessoa com diabetes, sendo atualmente considerada uma referência nos cuidados aos utentes com esta condição. Atualmente a associação desempenha um importante papel em três vertentes: educacional; assistencial e social.

O processo de transição saúde-doença para uma criança/jovem com uma condição crónica é complexo, podendo contribuir para um comprometimento do seu próprio desenvolvimento e crescimento. Para a sua família, representa uma situação

de crise em que ambos precisam de se adaptar a esta nova realidade. Cabe assim ao EESIP conhecer todas as dimensões da criança/jovem e sua família; compreender se estão adaptados à nova situação; ter conhecimento dos recursos externos e internos que estes possuem, assim bem como das estratégias de *coping* que desenvolvem.

Este estágio, que teve a duração de 5 semanas, permitiu-me um crescimento pessoal e profissional significativo, tendo pela primeira vez observado consultas em contexto não-hospitalar, percebendo que é o caminho que procuro percorrer enquanto futuro EEESIP, desenvolvendo no futuro, no hospital onde trabalho uma consulta de enfermagem à criança/jovem com DM1. O facto de existir uma consulta específica de enfermagem, onde a equipa ultrapassa os constrangimentos relacionados com o tempo disponível, procurando responder às necessidades das crianças/jovens com DM1 e suas famílias, sendo os principais objetivos da sua intervenção: i) Perceber a adaptação da criança/jovem e sua família a esta condição; ii) identificar problemas; iii) Prevenir complicações; iv) Promover o autocuidado; v) Promover a comunicação expressiva de sentimentos . Isto tudo, sustentado numa relação de confiança e interajuda que se estabeleceu entre o enfermeiro e estas famílias.

A complexidade da intervenção do EEESIP, a crianças/jovens e sua família, com condição crónica, centra-se essencialmente na educação para a saúde, sendo necessário mobilizar conhecimentos adaptando-os às diferentes realidades e necessidades de cada um, tornando-se em terapêuticas de enfermagem personalizadas, tanto para a criança/jovem como para a sua família. A responsabilização e a negociação é outra das estratégias terapêuticas de enfermagem adotadas pelo EESIP nesta consulta. Com foco na gestão da condição e promoção da mestria é fundamental a maximização do potencial da criança/jovem e sua família, procurando potencializar os recursos e habilidades existentes sejam eles na família (alargada) como na comunidade (escola, grupos de pares com a mesma condição, grupos de pais de crianças/jovens com DM1, entre outros).

Constatei nestas consultas que a prestação de cuidados é sustentada nos pressupostos dos CCF, em que o EESIP fomenta e constrói uma relação de confiança com a criança/jovem com DM1 e sua família, tornando-se numa verdadeira parceria de cuidados.

Destaca-se a comunicação como competência fundamental por parte do EESIP, a adequação da sua linguagem a cada indivíduo, com base no seu estágio de

desenvolvimento, criando uma relação empática e enquadrando-os no plano de cuidados.

Com a reflexão contínua e conjunta, nas diversas consultas de enfermagem em que tive a oportunidade de colaborar e participar, constatando que a fase da adolescência é um dos estádios do desenvolvimento mais complicados para a promoção do autocuidado e educação para a autogestão da DM1.

Muitos destes adolescentes são portadores desta condição há muitos anos, e utilizam estratégias para contornar, enviesar e/ou omitir informações aos pais sobre a sua gestão terapêutica. Sendo que, muitas das vezes o EESIP deve validar a informação que o adolescente refere, com o seu gráfico de glicémia/sistema de perfusão subcutânea contínua de insulina e os valores da HgA1C. Muitas destas consultas, são realizadas sem a presença dos pais do adolescente para que haja privacidade constituindo assim um incentivo à sua responsabilização pela gestão da condição crónica.

A consulta é o principal meio utilizado pelos profissionais de saúde para realizar educação para saúde; fornecer e/ou atualizar ensinamentos acerca da diabetes; rever o progresso clínico; tomar decisões acerca do plano terapêutico, ajustando-o sempre que necessário; apoiar e motivar para o autocontrolo da diabetes (Lawton et al., 2015).

Couper et al., (2018), afirma que é desejável uma transição gradual da responsabilidade parental para a colaboração com o adolescente. O apoio dos pais deve ser idealmente equilibrado com a necessidade crescente do adolescente de privacidade e confidencialidade. Isso deve-se refletir na forma como ambos comunicam com os profissionais de saúde.

Relativamente às interações entre os pais e o profissional de saúde em consulta da diabetes, um estudo realizado por Lawton et al., (2015) revelou que a maioria dos pais verbalizou sentirem-se ansiosos no momento da consulta e preocupados em vir a ser repreendidos pelos profissionais de saúde caso o controlo glicémico do filho não melhorasse. Como consequência, muitos destacaram problemas de concentração e assimilação das informações durante as consultas. Em casos extremos, a preocupação com a repreensão levou os pais a omitir informações ao discutir o tratamento do filho ou até mesmo ao cancelamento de consultas. Ainda sobre o mesmo estudo, os pais descreveram benefícios em realizar consultas com profissionais de saúde que sejam familiarizados com as suas circunstâncias familiares e em oposição não gostam de frequentar clínicas movimentadas e de ver diferentes

profissionais de saúde em cada ocasião. Os pais também destacaram os benefícios de receber as informações chaves da consulta por escrito. O desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes e a colaboração com profissionais de saúde é uma parte fundamental do processo de transição (Rawdon et al., 2019).

São estabelecidas por parte do enfermeiro terapêuticas de enfermagem adequadas à situação e realizada a negociação entre enfermeiro-adolescente com base em estratégias psicopedagógicas e de reforço de autoeficácia.

A autoeficácia é um conceito amplamente estudado como uma variável de extrema importância na adequação de comportamentos relacionados com a saúde (Pereira & Almeida, 2004). Ainda segundo os mesmos autores, as crenças de autoeficácia percebidas pelos indivíduos influenciam diretamente o seu comportamento perante as adversidades.

Segundo Vancouver et al., (2002) altos níveis de eficácia podem funcionar como motivadores para sucessos individuais de alto nível. Pajares e Urban (2006) referem que a autoeficácia promove a iniciação, adoção e manutenção de comportamentos promotores de saúde, sendo que Correia (2004) afirma que por sua vez, baixos níveis de percepção de autoeficácia determinam uma fraca adesão terapêutica.

Segundo teoria da autoeficácia de Bandura (1997), para um individuo se manter motivado, é necessário que tenha dois tipos diferentes de expectativas: a expectativa de eficácia (crença que o individuo tem em conseguir realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir um resultado) e a expectativa de resultado (avaliação que o individuo faz de que um determinado comportamento irá produzir um determinado resultado). Ainda segundo o mesmo autor, o comportamento do individuo não deve ser analisado de uma forma estanque, isto é, deve-se ter em conta a interação deste com o meio envolvente, os seus pensamentos e as suas ações/decisões.

A educação para a autogestão complementa a intervenção do cliente com condição crónica, permitindo aumentar a sua confiança e autoeficácia na capacidade de fazer mudanças, melhorando os resultados clínicos (Bodenheimer et al., 2002).

Bruzzese et al., (2008) e Marks, Allegrante, & Lorig (2005) citados por Malheiro (2015, p. 40), destacam algumas terapêuticas com o objetivo de melhorar a autoeficácia e os resultados dos programas de promoção da autogestão, sendo estas:

criar oportunidades para a partilha de preocupações com pares em situação semelhante, proporcionar um processo interativo aos vários níveis (resolução de problemas, negociação e utilização de estratégias de motivação) e a utilização de modelos de referência nos programas de educação para a autogestão da doença crónica.

Estas consultas de enfermagem visam facilitar a transição da responsabilização pela gestão da DM1 dos pais para o adolescente, tornando a transição para a vida adulta o mais harmoniosa e saudável possível. É importante que o enfermeiro tenha em conta que é necessário um equilíbrio, evitando por um lado a superproteção dos pais (não deixando que o adolescente tenha controlo sobre a sua condição crónica), como o oposto, onde se verifica o abandono completo das responsabilidades parentais.

A associação promove um campo de férias para adolescentes com DM1; Atividades desportivas planeadas pelo Núcleo Jovem; Reuniões de Grupo periódicas, onde é fundamentada a troca de experiências e o esclarecimento de dúvidas entre os adolescentes. Esta equipa para além de desenvolver estas atividades, realiza formações tanto a profissionais de saúde, como a crianças/jovens e sua família com DM1 e a docentes e assistentes operacionais de escolas. Foi possível participar em duas formações distintas: uma dirigida a professores de uma escola sobre a gestão da DM1, promovendo a inclusão da criança/jovem na vida escolar de forma segura; e outra na formação a pais na gestão da DM1 sob sistema de perfusão subcutânea continua de insulina, com o objetivo de formar e posteriormente identificar se os pais estão capacitados a que o seu filho tenha um sistema de perfusão subcutânea de insulina sob a responsabilidade dos mesmos.

Os objetivos dos campos de férias são de: Partilhar experiências e desenvolver o espírito de interajuda; Promover a autonomia responsável na autogestão da sua condição crónica; Promover o convívio e a amizade entre os participantes; Desmistificar a rotina dos tratamentos; Promover a prática de atividades físicas diversas; Proporcionar uma alimentação equilibrada, promovendo hábitos alimentares saudáveis; Melhorar a compensação da DM1 com a aquisição de competências de autogestão, com base na aceitação e promovendo comportamentos saudáveis. O facto de a equipa de saúde que acompanha estes jovens estar presente no campo de férias juntamente com eles, promove positivamente uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o jovem, facilitando futuramente as consultas.

Costa & Serrabulho (2009) realizaram um estudo qualitativo com os adolescentes, acerca de sessões em grupo, nos quais estes referiram que gostam muito, principalmente pela troca de experiências com jovens da mesma idade, com problemas similares e as mesmas dificuldades, assim como também pelo convívio proporcionado e pela aprendizagem dos aspetos relacionados com a gestão da sua condição crónica, recebendo apoio do grupo (pares e profissionais de saúde).

Vários estudos referem os benefícios das atividades de grupo pois permitem partilhar vivências e experiências, desenvolver a autoconfiança, a autoestima, a aceitação da diabetes e as competências de autogestão da diabetes, proporcionando estratégias inovadoras para ajudar os jovens a compreender melhor a diabetes e a ser mais autónomos no tratamento ao mesmo tempo que se divertem (Garvey, et al., 2012; Peyrot, 2008; Serrabulho, 2008; Serrabulho et al., 2008). Com base na revisão da literatura podemos verificar que as opiniões referidas pelos jovens relativamente às consultas de grupo e campos de férias, se baseiam na Teoria da Aprendizagem Social, pois enfatizam as influências dos outros jovens no autocuidado da diabetes e nas barreiras aos comportamentos de adesão, de modo a melhorar a autoeficácia, ultrapassando as dificuldades (Glanz, 1999; Howells, 2002; Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993).

Este EC, permitiu-me desenvolver competências Comuns do EE, nomeadamente no desenvolvimento de práticas de qualidade, criando um ambiente terapêutico e seguro, garantido práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE 2018). Nas competências do EESIP: 1- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; 2- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2019).

#### **4. SUPORTE FAMILIAR: TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA TRANSIÇÃO DO ADOLESCENTE COM DM1 PARA A VIDA ADULTA**

No decorrer dos EC em diversos serviços e valências, foi-me permitido desenvolver terapêuticas de enfermagem que visam dar resposta às necessidades da família do adolescente com condição crónica, promovendo uma transição saudável do mesmo para a vida adulta.

O EEESIP é portador de competências que promovem a adaptação do adolescente e sua família ao processo de condição crónica, identificados no regulamento de competências do EESIP (OE, 2018), sejam estas no diagnóstico de necessidades especiais nos adolescentes; na capacitação e adaptação dos adolescentes e famílias para a adoção de estratégias de *coping*; na promoção de uma relação dinâmica com adolescentes e sua família, sendo promotor de esperança e referenciando para instituições de suporte cuidados especializados.

É necessário que o papel do EEESIP seja o de facilitador no processo de transição do adolescente para a vida adulta, conhecendo os fatores que influenciam o processo de autogestão de forma a planear terapêuticas de enfermagem adequadas e efetivas na promoção da mestria (Figueiredo, Malheiro, Paixão & Sousa, 2017). Os pais devem ser incluídos neste processo de transição, sendo que a sua supervisão é fundamental para o sucesso destas terapêuticas, no entanto, deve ser tido em conta que os extremos como a superproteção ou a desresponsabilização completa pelos pais, são dois obstáculos à eficácia destas terapêuticas (Figueiredo, 2018). Para que exista uma autogestão eficaz na DM1, pressupõe uma serie de comportamentos de saúde que permitem dar resposta às necessidades de saúde inerentes desta condição, sendo estas: a avaliação da glicémia capilar de forma sistemática, o tratamento correto de hiper e hipoglicémias, a contagem de hidratos de carbono e a administração de insulina.

Uma gestão inadequada da DM1, a curto prazo, pode acarretar consequências graves e até ameaçadores de vida do adolescente, sendo exemplos a hipoglicémia e a cetoacidose diabética, sendo esta última a principal causa de hospitalização e morte das crianças/jovens com DM1 (Ferran & Paiva (2017). O risco é aumentado nas crianças/jovens que omitem o tratamento insulínico, infeções, transgressões alimentares, desidratação, problemas sociais ou familiares (Cengiz et al., 2013).

As consequências a longo prazo de uma gestão ineficaz da DM1, originam lesões dos órgãos alvo devido à glicotoxicidade microvascular (retinopatia, nefropatia, hipertensão arterial (American Diabetes Association, 2019), levando a mais internamentos, intervenções médicas invasivas que podem contribuir para a diminuição de qualidade de vida.

Assim, torna-se fundamental o desenvolvimento de competências funcionais e de autogestão para facilitar a transição do adolescente com condição crónica para a vida adulta, consequentemente melhorando a qualidade de vida relacionada com a saúde e bem-estar dos mesmos e suas respectivas famílias (Malheiro, 2015).

Malheiro, Barros e Gaspar (2019), desenvolveram um “Programa de Educação para a Autogestão em Jovens com Spina Bífida”, que teve como base o modelo de intervenção *Expert Patients Program* de Kate Lorig, apresentando resultados positivos, nomeadamente nas mudanças comportamentais, destacando: um comportamento do jovem mais responsável no cumprimento das tarefas relacionadas com as suas necessidades especiais de saúde; um aumento da autoeficácia no jovem; na aquisição de competências e maior independência na realização das atividades de vida diária. Estes resultados tiveram como base estratégias psicoeducativas como a modelagem, persuasão social, técnica de resolução de problemas, *roleplaying* e os planos de ação.

O enfermeiro torna-se fundamental como elo na transferência de responsabilidades pela gestão da condição crónica dos pais para o adolescente, encorajando-o e ajudando-o na sua autogestão, capacitando-o na gestão do seu regime terapêutico, autocuidado e preparando-o para assumir os papéis inerentes à vida adulta (Meleis et al., 2000). Uma transição saudável, pressupõe a aquisição de comportamentos e sentimentos sobreponíveis ao idealizado pelo indivíduo e pessoas significativas para o seu novo papel, sendo que se esta transição, se saudável, resultará na conquista da autonomia e independência do adolescente para a sua vida adulta.

Desta forma, as terapêuticas de enfermagem devem ser individualizadas, tendo em conta as necessidades de cada adolescente e família, sendo necessário fazer um levantamento dos recursos disponíveis, potencializando-os.

As terapêuticas de enfermagem ao adolescente devem centrar-se na responsabilização e na promoção da autonomia, não se focando apenas nas suas capacidades de execução de determinado autocuidado. Estes procuram para o seu

tratamento, terapêuticas com enfoque no respeito e troca de conhecimentos. Envolver a família no plano de cuidados, sendo mediadores da responsabilização do adolescente é fundamental para a mudança de comportamentos e no cumprimento do tratamento. Estudos mostram que os adolescentes apresentam dificuldade na manutenção do controlo metabólico quando os pais os levam a assumirem toda a responsabilidade pelo autocuidado na diabetes (Figueiredo, Malheiro, Paixão & Sousa, 2017; Zanetti & Mendes, 2001).

Um jovem com uma DM1 controlada e que aprenda a gerir a sua alimentação, terapêutica e atividade física, torna-se num adulto potencialmente saudável, diminuindo o número de internamentos e intervenções invasivas a que possa vir ser submetido (OE, 2011).

Com base na evidência científica, bem como na experiência e competências adquiridas ao longo de todos os EC, foi-me possível realizar a operacionalização do Modelo das Transições de Afaf Meleis no Suporte Familiar no Processo de Transição do Adolescente com Diabetes Mellitus, tipo 1 para a Vida Adulta (Figura 2)

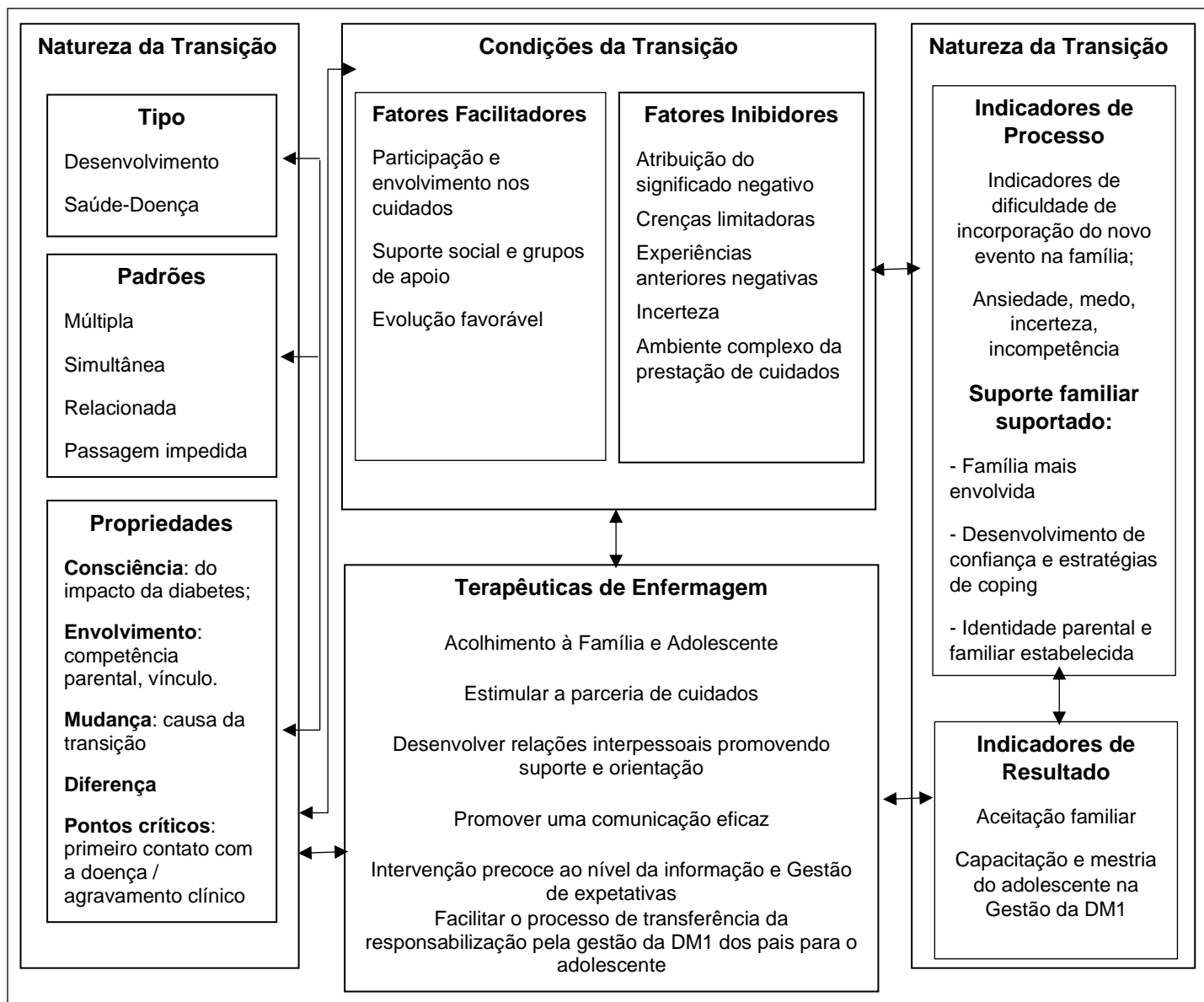


Diagrama 2 - Operacionalização do Modelo das Transições de Afaf Meleis no Suporte Familiar no Processo de Transição do Adolescente com Diabetes *Mellitus* tipo 1 para a Vida Adulta: Contributo do Enfermeiro Especialista

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

Este percurso formativo foi de extrema importância para o meu desenvolvimento como enfermeiro, adquirindo competências como EE e EEESIP. Sendo dotado de mais recursos para uma tomada de decisão numa perspetiva de enfermagem avançada. Foi um caminho árduo, mas de grande aprendizagem pessoal e profissional, mudando a minha prática de cuidados promovendo a melhoria da qualidade de vida da criança/jovem com condição crónica e sua respetiva família.

A elaboração deste Relatório de Estágio teve como objetivo espelhar o meu percurso formativo, assim como a aquisição de competências desenvolvidas ao longo dos cinco estágios realizados. Os estágios, contribuíram bastante para a aquisição das competências de EE e EEESIP, no sentido em que existe oportunidade para mobilizar os conhecimentos teóricos para prática e a articulação dos conhecimentos e de experiências refletidas. Para Benner (2001), o domínio de um conjunto especializado de aspetos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como perito. Sendo necessário que o enfermeiro desenvolva e adquira conhecimentos e competências para desta forma, contribuir para o desenvolvimento da própria prática.

A passagem pelos diversos locais de estágio, deram-me oportunidade de conhecer e cuidar da criança/jovem e sua família tanto num hospital como na comunidade, em diferentes estádios de desenvolvimento.

O EEESIP tem como filosofia de cuidados: os cuidados não traumáticos, os cuidados centrados na família e os cuidados neuro protetores, que se traduzem nas áreas de intervenção da promoção da vinculação, o crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis, a gestão diferenciada da dor, minimização do trauma e *stress*, e a promoção da parentalidade e da relação afetiva e interativa da família com a criança ao longo do ciclo de vida (OE, 2017). É também o elemento dinamizador destas filosofias de cuidados e áreas de intervenção na ótica de programas de melhoria contínua da qualidade e é responsável por poder garantir que sejam cumpridas no serviço em que exerça funções.

Durante este percurso formativo, tive a oportunidade de assumir cargo de segundo elemento na chefia do meu serviço atual (Urgência Adultos e Pediatria), tendo um papel preponderante no desenvolvimento essencialmente da Pediatria, visando a garantia da qualidade dos cuidados prestados e da segurança da

criança/jovem e sua família, na gestão do serviço; na liderança e a gestão dos recursos às situações, otimizando a qualidade dos cuidados; assim como a gestão de cuidados. Otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar. Para exercer as minhas funções atuais, este percurso formativo foi de extrema importância na aquisição de todas as competências de EE, dando ênfase no que diz respeito: A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.; A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.; B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.; B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.; B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.; C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.; C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.; D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. (OE, 2019).

Enquanto futuro EEESIP, pretendo desenvolver-me na área da gestão de enfermagem, assim como na aquisição de competências ao nível de *team leading* e *coaching*, tendo como objetivo final a chefia do serviço de enfermagem de uma Urgência de Pediatria totalmente separada da Urgência de Adultos na minha instituição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* (2ª edição). Coimbra: Formasau.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. (1ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Alencar, D., & Alencar, A. (2009). O papel da família na adaptação do adolescente diabético. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 10 (1), 19-28. [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12679/1/2009\\_art\\_dcalencar.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12679/1/2009_art_dcalencar.pdf)
- Almeida, I., Rodrigues, B. & Simões, S. (2005). Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(2), 147-151. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200003&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Almeida, I., Rodrigues, B., & Simões, S. (2005). Artigo de reflexão: Hospitalização do Adolescente. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 7(1), 33-39.
- Almeida, I., Rodrigues, B., & Simões, S. (2005). Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem*. 58(2), 147-151.
- American Diabetes Association (2019). Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 42 (1), 148-164. [https://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement\\_1/S126](https://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement_1/S126)
- American Diabetes Association. (2019). Microvascular complications and footcare: Standards of MedicalCare in Diabetes. *Diabetes Care*. 42(1). 124-138.
- Andrade, R., Marques, A., Leite, A., Martimiano, R., Santos, B., Pan, R ... & Nascimento, L. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado. *Revista de Enfermagem*. 17(2), 379-394.
- Assad, L. & Viana, L. (2003). Saberes práticos na formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 56(1), 44-47. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a09v56n1.pdf>
- Associação para a promoção da Segurança Infantil (2014). Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo. [http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013\\_Resumo.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf)
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2014). *Viver com a Diabetes*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

- Azevedo, A. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: Como facilitar a transição?. *Revista Adolescência e Saúde*. 9(3), 21-28.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. USA: W.H. Freeman
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2010). Família, saúde e doença: intervenção dirigida aos pais. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa*. 3(3), 207-221.
- Baruque, M., González, E., Costa, M., Alonso, J., Rodrigo, E., & Cembellín, B. (2012). Incidencia, características epidemiológicas y tipos de accidentes domésticos y de ocio. Red sentinela sanitaria de Castilla y León. *Atención Primaria*. 44(5), 250-256. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002526>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Quarteto, Ed.) (2a edição). Coimbra.
- Blake, F. (1954). *The child, his parents, and the nurse*. Philadelphia. J.B: Lippincott.
- Blunden, S. (2011). Behavioural Sleep Disorders across the Developmental Age Span: An Overview of Causes, Consequences and Treatment Modalities. *Psychology*. 3(3), 249-256.
- Brazelton, T. (1995). *O Grande Livro da Criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brito, D., Guedes, T., Victor, J., & Medeiros, A. (2006). O Cuidado de Enfermagem em uma Criança com Diabetes Mellitus Tipo 1. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 7(1), 98-102. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027953013.pdf>
- Burns-Nader, S., Hernandez-Reif, M. (2016). Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care*. 45(1), 1–21
- Byczkowsky, T., Kollar, L., & Britto, M. (2010). Family Experiences with outpatient care: Do Adolescents and Parents have the same perceptions?. *Journal of Adolescent Health*. 47(1), 92-98.

- Candel, M., Collado, J., García, E., & Jaramillo, P. (2015). Sexualidad saludable en nuestros jóvenes. Un programa de intervención escolar. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 17(65), 33-37. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322015000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000100008)
- Carneiro, S. (2010). As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de Enfermagem nos serviços de pediatria. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26868/2/Dissertao.pdf>
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22(6), 1058-1062.
- Cavalcante, M., Alves, M., & Barroso, M. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Revista de Enfermagem*. 12(3). 555-559. <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24.pdf>
- Cengiz, E., Xing, D., Wong, J, Wolfsdorf, J, Haymond, M., Rewers., ... & Beck, R. (2013). Severe hypoglycemia and diabetic ketoacidosis among youth with type 1 diabetes in the T1D Exchange clinic registry. *Pediatric Diabetes*. 14(6), 447-454.
- Chan, S., Pielak, K., McIntyre, C., Deeter, B., & Taddio, A. (2013). Implementation of a new clinical practice guideline regarding pain management during childhood vaccine injections. *Paediatrics & Child Health*. 18(7). 367-372.
- Cordeiro, M. (2009). O Grande livro do Adolescente. Lisboa: A esfera dos livros.
- Cordeiro, M. (2015). Dormir tranquilo. Lisboa: A esfera dos livros.
- Corrêa, A., Franco, S., Demário, R., & Santos, E. (2012). Diabetes mellitus tipo 1: vivência dos pais em relação à alimentação de seu filho. *Alimentos e Nutrição Araraquara*. 23(4), 631-637. <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/631/1853>
- Correia, A. (2011). *Stress parental, perturbação emocional e estratégias de confronto em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4855/1/ulfpie039632\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4855/1/ulfpie039632_tm.pdf)
- Costa, A., & Serrabulho, L. (2009). Benefícios das actividades de educação em grupo para jovens com diabetes e experiência da APDP. *Diabetes – Viver em equilíbrio*, 51.

- Costa, T. (2014). Cuidar da criança em fim de vida: a comunicação. (Dissertação de Mestrado). *Repositório da Universidade Católica Portuguesa*. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16395/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Cuidar%20da%20Crian%C3%A7a%20em%20Fim%20de%20Vida%20%20-%20A%20Co.pdf>
- Crystal, C., Albanese-O'Neill, A., Butler, K., Chiang, J., Deeb, L., Hathaway, J. ... Siminerio, M. (2015). Diabetes Care in the School Setting: A Position Statement of the American. *Diabetes Association*. 38(10), 1958-1963. <https://care.diabetesjournals.org/content/38/10/1958>
- Cudworth. A. G. (1976). The aetiology of diabetes mellitus. *British Journal of Hospital Medicine*. 16(3), 207-216
- Damião, E., & Angelo, M. (2001). A experiência da família ao conviver com a doença crónica da criança. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 35(1), 66-71. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342001000100011&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100011&lng=pt&tlng=pt)
- Decreto de Lei nº28/2008. (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República, I Série* (Nº 38 de 22-02-2008). 2242-2257. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
- Decreto de Lei nº74/2006. (2006). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, I Série* (Nº 60 de 24-03-2006). 2242-2257. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/671387>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª edição.). Loures: Lusociência.
- Dionísio, R. Escobar, E. (2002). Importância da presença e participação dos pais durante a hospitalização da criança. *Revista de Enfermagem UNISA*. 3, 23-26.
- Direção Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2000). Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus. Circular Normativa Nº: 14/DGCG [Em linha]. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a->

diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/circular-normativa-n-14dgcg-de-12122000-pdf.aspx

- Direção Geral de Saúde. (2015). Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. *Circular Normativa* Nº 002 [Em linha]. [http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS\\_circular\\_normativa\\_15\\_2015\\_\\_triagem\\_e\\_referenciacao\\_interna\\_no\\_SU.pdf](http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS_circular_normativa_15_2015__triagem_e_referenciacao_interna_no_SU.pdf)
- Ferreira, P. (2013). Doença crónica na criança: Importância do núcleo familiar. Monografia apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Braga. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0324.pdf>
- Ferran, K., & Paiva, I. (2017). Abordagem da cetoacidose diabética na infância e adolescência. *Revista de Pediatria*. 17(1), 45-55.
- Fialho FA, Dias IMVA, Nascimento L, Motta PN, Pereira SG. (2011). Crianças e adolescentes com diabetes mellitus: cuidadosimplicacoes para a enfermagem. *Rev Baiana Enferm*, 25(2):145-154.
- Figueiredo, I., Malheiro, M., Paixão, M. & Sousa, M. (2017). Fatores que Influenciam a Autogestão nos Adolescentes com Diabetes Tipo 1: Uma Revisão Scoping. *Revista Pensar Enfermagem*. 20(2), 51-68. <http://pensarenfermagem.esel.pt/>
- Figueiredo, I. (2018). Capacitação para a Autogestão do Adolescente com Diabetes tipo 1: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24657/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20%20In%C3%AAs%20Carnal%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2015). Cuidados centrados na família: do discurso à prática. *Acta Paul Enferm*. 28(6), 3-4. [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-28-06-iii/1982-0194-ape-28-06-iii.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-28-06-iii/1982-0194-ape-28-06-iii.pdf)
- Freitas, F., & Sabóia, V. (2007). Vivências de adolescentes diabéticos e contribuições da prática educativa da enfermeira. *Revista de Enfermagem UERJ*. 15 (4), 569-573.
- Gama, M. (2002). Do milagre canadense do século XX às esperanças de cura do século XXI. *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental*. 2(2), 3-5.

- Garvey, K.C., Markowitz, J.T., & Laffel, L.M.B. (2012). Transition to adult care for youth with type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*. 12, 533-541. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11892-012-0311-6>
- Gianni, M., & Mosca, F. (2017). Human milk: Composition and health benefits. *La Pediatria medica e chirurgica: Medical and surgical pediatrics*. 39(2), 155.
- Gielen, A., McDonald, E. & Schields, W. (2015). Unintentional home injuries across the life span: problems and solutions. *Annu Rev Public Health*. 36, 231-253. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581150/>
- Góes, A., Viera, M., Júnior, R. (2007). Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Revista Paulista de Pediatria*. 25 (2), 124-128. <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n2/a05v25n2.pdf>
- Gómez, R. Álvarez, M., Rivero, E., Ibarra, K. & Rodríguez, R. (2015). Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública* (41)1, 57-66. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100006)
- Gonçalves, A. (2011). Promoção da segurança Infantil. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9355>
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edicao). Loures: Lusociência.
- Honaker, S. & Meltzer, L. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*. 25, 31-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26163054/>
- Honaker, S. & Meltzer, L. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*. 25, 31-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26163054/>
- <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/768/1/Fam%c3%adlia%2c%20sa%c3%bade%20e%20doen%c3%a7a.pdf>

- Iannotti R., Schneider S., Nansel T., Haynie D., Plotnick L., Clark L. ... & Bruce, E. (2006). Self-efficacy, outcome expectations, and diabetes self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 27(2), 98-105.
- IPFCC (2010). Patient - and family - centered care. *Institute for Family-Centered Care Defined*. <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>
- Jorge, A. (2004). Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusodidata.
- Kaplan, R.M., Sallis, Jr. J.F., & Patterson, T.L. (1993). Health and human behavior. USA: McGraw-Hill, Inc.
- Kelly, A., Kratz, B., Bielski, M., & Rhinehart, P. (2002). Implementing transitions for youth with complex chronic conditions using the medical home model. *Pediatrics*. 110(6), p. 1322-1327.  
[https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/110/Supplement\\_3/1322.full.pdf](https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/110/Supplement_3/1322.full.pdf)
- Kline-Tilford, A., Sorce, L., Levin, D., & Anas, N., (2013). Pulmonary Disorders. In M. F. Hazinsky (Ed.), *Nursing Care of the Critically Ill Child* (3ª edição). Missouri: Elsevier.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Comunicação na prática de enfermagem. *Mater Sociomed*. 26(1), 65-67.
- Lechner B., & Vohr, B. (2017). Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Infants Fed Human Milk: A Systematic Review. *Clinics in perinatology*. 44(1), 69-83.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.  
<https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Linhares, M., & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18(2), 307-325.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2010000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200006)

- Lira, N., & Rubio, J. (2014). A Importância do Brincar na Educação Infantil. *Revista Eletrônica Saberes da Educação*. 5(1), 1-22. [http://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes\\_pdf/educacao/v5\\_n1\\_2014/Natali.pdf](http://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes_pdf/educacao/v5_n1_2014/Natali.pdf)
- Lopes, N. (2012). Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>
- Malheiro, I. (2011). Efeito dos Campos Terapêuticos na Funcionalidade Independente, Autoestima, Autoconceito e Autoeficácia da Criança e do Adolescente com Incapacidade e/ou Doença Crônica: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Pensar Enfermagem*. 15(2), 26-40.
- Malheiro, I., Barros, L. & Gaspar, F. (2019). Programa Promotor da Autogestão em Adolescentes com Spina Bífida: O que dizem os Jovens e Cuidadores. *Revista Cogitare Enfermagem*. 24. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/62222/pdf>
- Malheiro, M. (2015). Efeitos de um programa de educação para a autogestão em jovens com spina bífida: desafios para a enfermagem. (Dissertação de Doutoramento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20479/1/ulsd071551\\_td\\_Maria\\_Malheiro.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20479/1/ulsd071551_td_Maria_Malheiro.pdf)
- Marcelino, D., & Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e crítica*. 18(1), 72-77. <https://www.scielo.br/j/prc/a/ZdsTW5hTzFqFyytgZmb7kvL/?lang=pt>
- Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013) Comunicação e assistência de enfermagem a criança. *Revista Gaucha Enfermagem*. 34(1), 37-44. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000100005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100005)
- Maxton, F. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 17(23), 3168-3176.
- Mayer-Davis, E., Lawrence, J., Dabelea, D., Divers, J., Isom, S. ... & Wagenknecht, L. (2017). Incidence Trends of type 1 and type 2 Diabetes among Youths. *National Library of Medicine*.

- McElfresh, P., & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crônica ou Incapacidade. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9a ed). Loures: Lusociência.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (A. I. Meleis, Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. 23(1), 12-28.
- Mestre, M. (2006). *A auto-eficácia em adolescentes diabéticos* (Dissertação de Mestrado). Repositório do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/697/1/DM%20MEST-M1.pdf>
- Miculis, C., Mascarenhas, L., Boguszewski, M., & Campos, W. (2010). Atividade física na criança com diabetes tipo 1. *Jornal de Pediatria*. 86(4), 271-278. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400005)
- Miculis, C., Mascarenhas, L., Boguszewski, M., & Campos, W. (2010). Atividade física na criança com diabetes tipo 1. *Jornal de Pediatria*. 86(4), 271-278. <http://www.jped.com.br/conteudo/10-86-04-271/port.pdf>
- Minanni, C., Ferreira, A., Sant'Anna, M., & Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência & Saúde*. 7(1), 45-52.
- Monteiro, M. (2014). *A importância do sono nas crianças*. Lisboa: Chiado Editora.
- Novais, G., Guimarães, F., Fagundes., Ferreira, R., & Macedo, D. (2012). Educação em saúde na prevenção de acidentes domésticos infantis: Relato de experiência. In: Seminário Internacional de Pesquisa e Educação em Enfermagem. Salvador: Anais
- Nunes, M., & Ferreira, N. (2007). Diabetes na infância e adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 9(1), 119-130.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume II. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. 1(3), 5-134.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. 1(6), 5-75. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontroloadorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroloadorcrianca.pdf)

Papalia, D. E.; Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8a ed.). Amadora: McGraw-Hill.

Peyrot, M. (2008). How is diabetes perceived? The results of the DAWN Youth Survey. *Diabetes Voice – DAWN in young people*, 53, Special Issue 9-13.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinto, J., Ribeiro, C., Pettengill, M., & Balieiro, M. (2011). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(1), 132-135. <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019595022.pdf>

Queiroz, F., Pace, A., & Santos, C. (2009). Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes: Versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 – Fase1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17(5), 708-715. <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421911018.pdf>

Record E., & Ballard, L. (2014). The Child with Endocrine Dysfunction. In: Hockenberry M., Wilson, D. Ed. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. (9<sup>th</sup> ed). Missouri: Mosby.

Regulamento n.º 122/2011. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República, II Série* (Nº 35 de 18-02-2011), 8648-8653. ELI: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº133 de 12-07-2018). 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

- Ribeiro, S. (2011). *Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes*. (Dissertação de Mestrado). Repositório da Universidade de Lisboa. [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4856/1/ulfpie039628\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4856/1/ulfpie039628_tm.pdf)
- Sanders, J. (2011). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Wong (Ed.). *Fundamentos da enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Santos J., & Enumo S. (2003). Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica* Porto. 16(2), 441-425. <https://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a21v16n2>
- Santos, K., & Escobar, E. (2015). O manejo clínico da dor em pediatria: Considerações sob a ótica dos cuidados em enfermagem. *Revista de Enfermagem*. 18(1), 101-120.
- Santos, M. & Ferreira, I. (2003). O Lúdico como recurso alternativo na terapêutica hospitalar. *Revista da rede de Enfermagem do Nordeste*. 4(2), 38-45. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5694/4083>
- Sartorelli, D., & Franco, L. (2003). Tendências do diabetes mellitus no Brasil: papel da transição nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*. 19(1), 529-536. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2003000700004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2003000700004&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Schechter, N., Zempsky, W., Cohen, L., McGrath, P., McMurtry, C. M., & Bright, N. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*. 119 (5), 1184 - 1198.
- Schneider, C., & Medeiros, L. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unuoesc & Ciência*. 2(2), 140-154. <https://core.ac.uk/download/pdf/235124703.pdf>
- Serrabulho, L. (coord). (2008). Campos de férias para adolescentes com diabetes tipo 1: 1998-2008 - 10 anos de experiências inesquecíveis. Lisboa: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.
- Serrabulho, L., Raposo, J., Gonçalves, F., Afonso, M.J., Covinhas, A., Andrade, C., .... Amaral, M. (2008). Campos de férias para adolescentes com diabetes tipo 1: 10 anos de experiência da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 3, 148-153

- Sheridan, M. (1993). *Childrens Developmental Progress*. Oxford: NFER- Nelson Publishing Company.
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Rev. Enfermagem*. 4(17), 63-72. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn17/serlVn17a07.pdf>
- Soares, J., & Dell'Aglio, D. (2016). Relações entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 1 na adolescência. *Contextos clínicos*. 9(2). 159-167. [https://www.researchgate.net/profile/Contextos\\_Clinicos/publication/325767257\\_Relacoes\\_entre\\_qualidade\\_de\\_vida\\_e\\_diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_1\\_na\\_adolescencia/links/5b22c3890f7e9b0e3745b424/Relacoes-entre-qualidade-de-vida-e-diabetes-mellitus-tipo-1-na-adolescencia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Contextos_Clinicos/publication/325767257_Relacoes_entre_qualidade_de_vida_e_diabetes_mellitus_tipo_1_na_adolescencia/links/5b22c3890f7e9b0e3745b424/Relacoes-entre-qualidade-de-vida-e-diabetes-mellitus-tipo-1-na-adolescencia.pdf)
- Soares, N., Sassa, A., Marcon, S., Molina, R., Valsechi, E. (2006). O reflexo socioeconomico no cuidado a crianças/adolescentes portadoras de diabetes mellitus tipo 1. *Arquivo Mudi paraná*. 10(1), 250-262.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*, 1-64.
- Taddio, A., Shah, V., Leung, E., Wang, J., Parikh, C., Smart, S., ... & Franck, L. (2013). Knowledge translation of the HelpinKinds clinical practice guideline for managing childhood vaccination pain: usability and knowledge uptake of educational material directed to new parents. *BMC pediatrics*. 13(23). <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-23>
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na Uti neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Vasconcellos, T. (2012). *Enfermagem em neonatologia. Cuidados para o desenvolvimento*. In C. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. HSFx, Neonatologia Manual Prático. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Vicario M. & Barca, G. (2003) – *Entrevista con adolescentes. Cómo afrontar con seguridad la entrevista clínica con adolescentes?*. (1ª Edição). Curso de Actualización Pediatría. Madrid. (261-267).

- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., H, Horton, S., ... & Walker, N. (2016). Breastfeeding in the 21<sup>st</sup> century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 387(10017). 475-490
- World Health Organization (2015). 10 facts on breastfeeding. <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>
- World Health Organization (2015). Sexual health, human rights and the law. (1-44). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984\\_eng.pdf;jsessionid=57951C827B88282E36DD381A27CAA632?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf;jsessionid=57951C827B88282E36DD381A27CAA632?sequence=1)
- Zanetti M., & Mendes I. (2002). Dificuldades apresentadas por mães de crianças e de adolescentes diabéticos tipo 1, antes do estabelecimento do diagnóstico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 15, 17-23.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1. CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS

ANO	2019														2020									
MÊS	SET.	OUTUBRO					NOVEMBRO					DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				
DIAS	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	1	
SEMANAS	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	23ª	
Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)	█	█	█	█											PAUSA LETIVA									
Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD)					█	█																		
Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)							█	█	█	█	█													
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)												█	█											
Departamento de Pediatria numa Associação para Pessoas com Diabetes (DPAPD)																	█	█	█	█	█			
Relatório de Estágio	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	

Tabela 1. Cronograma dos estágios.

## APÊNDICE 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES PLANEADAS PARA OS ESTAGIOS

### 2.1 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Primária (UCSP)

OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DATA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1 e 2	<p>1) Conhecer a intervenção do EEESIP na dinâmica organizacional e funcional da UCC e UCSP;</p> <p>2) Conhecer o contributo do EEESIP na consulta de saúde infantil, na vacinação; e em saúde escolar;</p> <p>3) Conhecer o contributo do EEESIP como enfermeiro de família no acompanhamento à criança e família;</p> <p>4) Desenvolver competências no âmbito do desenvolvimento infantil e saúde escolar;</p> <p>5) Conhecer o contributo do EEESIP como papel ativo no processo de transição;</p>	23 de setembro a 1 de outubro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Consulta de documentação relacionada com a organização dos cuidados nos contextos;</li> <li>- Discussão do projeto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe</li> <li>- Entrevista com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe dos contextos de estágio com foco nos objetivos a desenvolver</li> <li>- Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho</li> <li>- Observação participante nos cuidados;</li> <li>- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;</li> <li>- Reflexão contínua com o enfermeiro orientador sobre o contributo do EEESIP nos contextos</li> <li>- Consulta de evidência científica sobre avaliação e promoção do desenvolvimento infantil em crianças e família com risco grave de atraso de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas;</li> </ul>

1 e 2	<p>6) Identificar a intervenção do enfermeiro no suporte familiar em contexto da comunidade (com foco nas crianças e jovens com doença crónica);</p> <p>7) Desenvolver competências na gestão e controlo da dor na vacinação.</p>	2 de outubro a 20 de outubro de 2019	<p>desenvolvimento e/ou com alterações nas funções ou estruturas do corpo, ou atraso de desenvolvimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de modelos, intervenções, estratégias e instrumentos na promoção do desenvolvimento infantil no serviço;</li> <li>- Identificação das dificuldades e/ou necessidades da família, no âmbito do desenvolvimento infantil, saúde escolar e/ou processo de transição saúde-doença;</li> <li>- Realização de consultas de saúde infantil consoante o preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil com vista à avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, sob supervisão do enfermeiro orientador;</li> <li>- Administração de vacina com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor.</li> </ul>	<p>- Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas;</p>
-------	---	--------------------------------------	---	---

**Tabela 2.** *Objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Primária (UCSP).*

## 2.2 Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD)

OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DATA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1 e 2	1) Conhecer a intervenção do EEESIP na dinâmica organizacional e funcional do serviço	21 a 27 de outubro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Consulta de documentação relacionada com a organização dos cuidados nos contextos;</li> <li>- Discussão do projeto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe;</li> <li>- Entrevista com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe dos contextos de estágio com foco nos objetivos a desenvolver;</li> <li>- Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho;</li> <li>- Observação participante nos cuidados;</li> <li>- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;</li> <li>-Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o contributo do EEESIP neste contexto.</li> </ul>	Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas

1 e 2	<p>2) Intervir para a promoção do bem-estar no processo de transição saúde-doença da criança/jovem e família</p> <p>3) Conhecer o contributo do EEESIP como papel ativo no processo de transição</p> <p>4) Identificar a intervenção do enfermeiro no suporte familiar</p>	26 de outubro a 6 de novembro de 2019	<p>- Leitura de evidência científica sobre reabilitação psico-motora em pediatria;</p> <p>-Identificação das dificuldades e/ou necessidades da família, no âmbito do desenvolvimento infantil/reabilitação, infantil.</p> <p>Suporte à família no processo de adaptação à condição crónica do filho e no seu processo de reabilitação...</p>	
-------	--	---------------------------------------	--	--

**Tabela 3.** *Objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRDP).*

## 2.3 Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DATA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1 e 2 e 3	<p>1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria da qualidade dos cuidados no serviço de urgência pediátrica;</p> <p>2) Compreender a intervenção do EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade com vista à majoração dos ganhos em saúde;</p>	4 de novembro a 10 de novembro de 2019	<p>-Pesquisa bibliográfica;</p> <p>-Consulta de documentação relacionada com a organização dos cuidados nos contextos;</p> <p>-Discussão do projeto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe</p> <p>-Entrevista com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe dos contextos de estágio com foco nos objetivos a desenvolver</p> <p>-Identificação do método de triagem e sua aplicabilidade</p> <p>-Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho</p> <p>-Observação participante nos cuidados</p> <p>-Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;</p> <p>-Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o contributo do EEESIP neste contexto.</p> <p>-Leitura de evidência científica sobre suporte avançado de vida pediátrico; cetoacidose diabética</p>	<p>-Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas</p>

1 e 2	<p>3) Prestar cuidados à criança/jovem e família em transição doença aguda e situações urgente/emergente com vista à identificação e intervenção de focos de instabilidade;</p> <p>4) Conhecer o contributo do EEESIP como papel ativo no processo de transição;</p> <p>5) Identificar a intervenção do enfermeiro no suporte familiar em contexto de urgência pediátrica.</p>	11 de novembro a 8 de dezembro de 2019	<p>-Identificação das dificuldades e/ou necessidades da família, no âmbito de crises desenvolvidas por doenças crónicas, ou inaugurais em doenças agudas.</p> <p>-Utilização de estratégias e técnicas de comunicação tranquilizadoras, apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, dirigidas à criança/jovem e família.</p> <p>-Identificar o circuito de referenciação de crianças/jovens com DM1 para instituições de suporte.</p> <p>-Elaboração de sessão formação sobre Diabetes <i>Mellitus</i>, tipo 1, dirigido à equipa de enfermagem.</p> <p>-Elaboração de um <i>flyer</i> sobre cuidados a ter com SPSCI e modo de atuação em caso de hipoglicemia</p>	-Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas
-------	--	--	---	--

**Tabela 4.** *Objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)*

## 2.4 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos / Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DATA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1 e 2	1) Conhecer a intervenção do EEESIP na dinâmica organizacional e funcional do serviço;	9 de dezembro a 15 de dezembro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Consulta de documentação relacionada com a organização dos cuidados nos contextos;</li> <li>- Discussão do projeto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe;</li> <li>- Entrevista com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe dos contextos de estágio com foco nos objetivos a desenvolver;</li> <li>- Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho;</li> <li>- Observação participante nos cuidados;</li> <li>- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;</li> <li>- Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o contributo do EEESIP neste contexto.</li> </ul>	- Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas

1 e 2	<p>2) Colaborar nos cuidados ao RN doente ou prematuro e família com necessidade de cuidados neonatais</p> <p>3) Conhecer o contributo do EEESIP como papel ativo no processo de transição saúde-doença da família e criança/jovem.</p> <p>4) Identificar a intervenção do enfermeiro no suporte familiar em contexto de unidade cuidados intensivos neonatais</p>	16 de dezembro o a 22 de dezembro o de 2019	<p>- Leitura de evidência científica sobre reabilitação psico-motora em pediatria;</p> <p>-Identificação de fatores de <i>stress</i> provenientes da hospitalização para a criança/jovem e família</p> <p>- Utilização de estratégias e técnicas de comunicação tranquilizadoras, apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, dirigidas à criança/jovem e família.</p>	-Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas
-------	--	---	--	--

**Tabela 5.** *Objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)*

## 2.5 Departamento de Pediatria numa Associação para Pessoas com Diabetes (DPAPD)

OG	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DATA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1 e 2 e 3	<p>1) Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão e melhoria da qualidade dos cuidados no serviço</p> <p>2) Identificar a intervenção do enfermeiro no suporte familiar em contexto de unidade cuidados intensivos neonatais</p> <p>3) Conhecer o contributo do EEESIP como papel ativo no processo de transição saúde-doença da família e criança/jovem.</p>	6 de janeiro a 12 de novembro de 2020	<p>-Pesquisa bibliográfica;</p> <p>- Consulta de documentação relacionada com a organização dos cuidados nos contextos;</p> <p>- Discussão do projeto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe;</p> <p>- Entrevista com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe dos contextos de estágio com foco nos objetivos a desenvolver;</p> <p>- Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho;</p> <p>- Observação participante nos cuidados;</p> <p>- Conhecimento da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;</p> <p>-Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o contributo do EEESIP neste contexto.</p>	- Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas

1 e 2	4) Planear e desenvolver um projeto de intervenção no âmbito do suporte familiar na promoção da transição do adolescente com DM1 para a vida adulta.	13 de janeiro a 9 de fevereiro de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitura de evidência científica sobre suporte avançado de vida pediátrico; cetoacidose diabética;</li> <li>- Identificação das dificuldades e/ou necessidades da família, no âmbito da diabetes <i>mellitus</i>, tipo 1.</li> <li>- Identificação do significado da doença para o adolescente com DM1;</li> <li>- Descrição as dificuldades e necessidades encontradas em contexto de estágio nas crianças/jovens e famílias referentes ao diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i>, tipo 1.</li> <li>- Elaboração de um diagrama norteador de identificação das necessidades da criança/jovem e família.</li> <li>- Implementação de terapêuticas de enfermagem que visam dar suporte à família do adolescente com DM1, promovendo uma transição saudável para a vida adulta.</li> </ul>	- Reflexão crítica fundamentada da experiência e das competências desenvolvidas
-------	--	--	---	---

**Tabela 6.** *Objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação no DPAPD.*

# APÊNDICE 3. SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – TEMA SEXUALIDADE ADOLESCÊNCIA

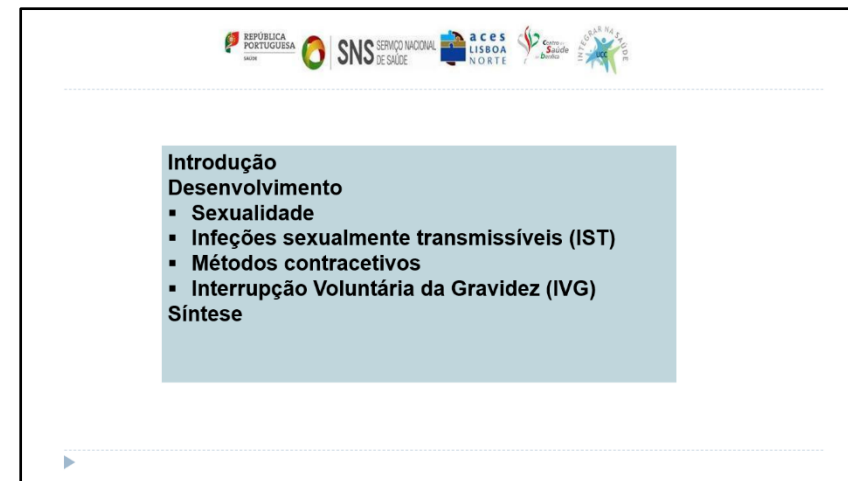


REPUBLICA PORTUGUESA  
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
ACES LISBOA NORTE  
Comissão Saúde Bem-estar  
INTEGRAR NA SAÚDE

## SEXUALIDADE

Enf.ª André Rodrigues & Enf.ª Maria João Saraiva

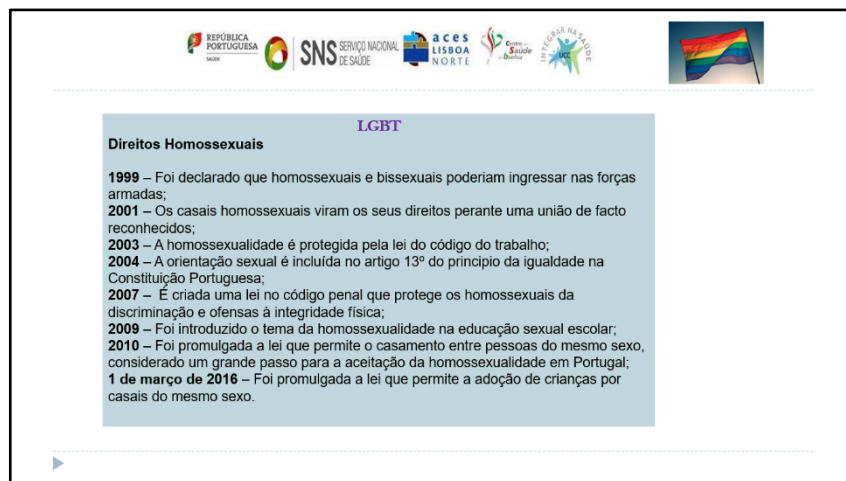
Imagem 1. Diapositivo 1



REPUBLICA PORTUGUESA  
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
ACES LISBOA NORTE  
Comissão Saúde Bem-estar  
INTEGRAR NA SAÚDE

- Introdução
- Desenvolvimento
  - Sexualidade
  - Infeções sexualmente transmissíveis (IST)
  - Métodos contraceptivos
  - Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)
- Síntese

Imagem 2. Diapositivo 2



REPUBLICA PORTUGUESA  
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
ACES LISBOA NORTE  
Comissão Saúde Bem-estar  
INTEGRAR NA SAÚDE

### LGBT

#### Direitos Homossexuais

**1999** – Foi declarado que homossexuais e bissexuais poderiam ingressar nas forças armadas;  
**2001** – Os casais homossexuais viram os seus direitos perante uma união de facto reconhecidos;  
**2003** – A homossexualidade é protegida pela lei do código do trabalho;  
**2004** – A orientação sexual é incluída no artigo 13º do princípio da igualdade na Constituição Portuguesa;  
**2007** – É criada uma lei no código penal que protege os homossexuais da discriminação e ofensas à integridade física;  
**2009** – Foi introduzido o tema da homossexualidade na educação sexual escolar;  
**2010** – Foi promulgada a lei que permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo, considerado um grande passo para a aceitação da homossexualidade em Portugal;  
**1 de março de 2016** – Foi promulgada a lei que permite a adoção de crianças por casais do mesmo sexo.

Imagem 3. Diapositivo 3



REPUBLICA PORTUGUESA  
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
ACES LISBOA NORTE  
Comissão Saúde Bem-estar  
INTEGRAR NA SAÚDE

### Associações LGBT

- AMPLOS (Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual)** - é a primeira associação portuguesa que visa mobilizar as famílias de pessoas com uma orientação sexual diferente a lutar pelos seus direitos.
- ILGA Portugal (Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero)** - é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, e a mais reconhecida associação LGBT em Portugal, que desde 1995 que luta pelos direitos homossexuais.
- Opus Gay** – A Associação Opus Gay é uma organização de carácter social cujo objetivo é promover a solidariedade entre todos os membros da comunidade LGBT portuguesa.
- Rede Ex Aequo** - é uma associação LGBT portuguesa formada por jovens com idades que variam entre os 16 e os 30 anos. O seu objetivo é apoiar e auxiliar a comunidade lésbica, gay, bissexual ou transgénero e informar relativamente a questões relacionadas com a orientação sexual ou identidade de género. O destaque desta associação vai para o fórum que o site disponibiliza. Este fórum é o mais concorrido de toda a temática LGBT.

Imagem 4. Diapositivo 4

## INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)



Imagem 5. Diapositivo 5

### INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

- ▶ São infeções altamente contagiosas;
- ▶ Via de transmissão mais frequente: via sexual.



Imagem 6. Diapositivo 6

### Transmissão IST

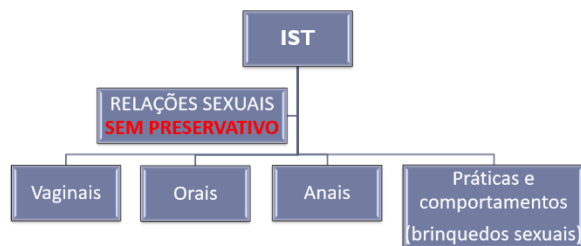


Imagem 7. Diapositivo 7

### SINAIS E SINTOMAS IST

- ▶ **corrimento vaginal anormal** (mau cheiro);
- ▶ **presença de vermelhidão, manchas brancas, bolhas, verrugas ou vesículas** nos órgãos genitais ou à sua volta, no ânus ou na boca;
- ▶ **dor ou sensação de queimadura** ao urinar;
- ▶ **dores** difusas no **baixo ventre**;
- ▶ **sensação de dor ou queimadura** aquando das **relações sexuais**;
- ▶ **febre**.



Imagem 8. Diapositivo 8

## SINAIS E SINTOMAS IST



Imagem 9. Diapositivo 9

## IST – PREVENÇÃO E DETEÇÃO PRECOCE

- ▶ **PRESERVATIVO** - é o método contraceptivo mais eficaz;
- ▶ **Consciência dos riscos** – alteração de comportamentos;
- ▶ **Comunicação entre o casal** (desconfortos, sinais ou sintomas);
- ▶ **Vigilância de Saúde regular** – Exames Periódicos;
- ▶ **Consultar Profissional de Saúde:** alterações.



Imagem 10. Diapositivo 10



## TIPOS DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

## INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

- ▶ VIH/SIDA
- ▶ Vírus do Papiloma Humano – HPV
- ▶ Clamídia
- ▶ Gonorreia
- ▶ Hepatite B
- ▶ Sífilis
- ▶ Herpes genital
- ▶ Tricomoníase

Imagem 11. Diapositivo 11

Imagem 12. Diapositivo 12

## VIH/SIDA

- ▶ **Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)** destrói as células do sistema imunitário do indivíduo infetado, tornando o organismo vulnerável a infeções (oportunistas);
- ▶ **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)** adquirida após infeção pelo vírus VIH;



## VIH/SIDA

### SINAIS E SINTOMAS

Febre, dores de garganta;  
Musculares e articulares;  
Cansaço

### PREVENÇÃO

Uso de Preservativo  
Não partilhar objetos  
(contato com fluidos)

### PREVENÇÃO

Respeitar esquema  
terapêutico;  
**Grávida: NÃO  
AMAMENTAR**

### DIAGNÓSTICO

Teste de deteção VIH  
(30min)  
Após contato: 3-10  
semanas;

### TRATAMENTO

**NÃO EXISTE CURA,**  
Terapêutica controla e  
diminui risco de contágio

Imagem 13. Diapositivo 13

Imagem 14. Diapositivo 14

## O VIH TRANSMITE-SE ATRAVÉS DE:

Relações Sexuais **SEM**  
preservativo



Seringas, agulhas ou  
material cortante com  
sangue infetado



Mãe/Filho durante a  
gravidez, parto ou  
aleitamento



## O VIH NÃO se transmite através de:

Aperto de mão,  
abraço e beijos



Partilha de  
pratos, talheres  
ou copos



Tosse ou  
espirros



Conversas ou  
contactos  
sociais



Roupa



Uso de Casas  
de banho



Picada de  
Insetos



Imagem 15. Diapositivo 15


Imagem 16. Diapositivo 16

## VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO - HPV

<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Estadio inicial: silencioso Estadio Avançado: Perda de sangue ou corrimento vaginal anormal	<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Dificuldade ou dor ao urinar; Dor durante relação sexual; Dor pélvica	<b>PREVENÇÃO</b> Vacinação (PNV): adolescentes 10 anos [2 doses 6M]; Preservativo	
<b>DIAGNÓSTICO</b> Rastreio -> citologia Programa RCCU gratuito	<b>VIA DE TRANSMISSÃO</b> Relações Sexuais desprotegidas		

Imagem 17. Diapositivo 17

## CLAMÍDIA

<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Dor Pélvica; Hemorragia; Ardor e dor ao urinar; Dor (relação sexual); corrimento purulento	<b>AFETA</b> Vagina; olhos; garganta; ânus; colo do útero	<b>VIA DE TRANSMISSÃO</b> Via sexual (com pessoa infetada) Parto (mãe -> filho)	
<b>TRATAMENTO</b> Antibióticos	<b>COMPLICAÇÕES</b> Doença Inflamatória Pélvica: INFERTILIDADE	<b>COMPLICAÇÕES</b> Gravidez Ectópica RN problemas oculares e pulmonares	

■ É uma infecção do tipo bacteriano;  
 ■ É a IST mais comum;

Imagem 18. Diapositivo 18

## GONORREIA



<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Dor Pélvica; Hemorragia; Ardor e dor ao urinar; Dor (relação sexual); Inflamação vulva; corrimento purulento	<b>AFETA</b> Vagina; olhos; garganta; ânus; colo do útero	<b>VIA DE TRANSMISSÃO</b> Via sexual (com pessoa infetada) Parto (mãe -> filho)	
<b>TRATAMENTO</b> Antibióticos	<b>COMPLICAÇÕES</b> Doença Inflamatória Pélvica: INFERTILIDADE	<b>SE GONORREIA + Despiste de outras IST</b>	

Imagem 19. Diapositivo 19

## HEPATITE B

<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Febre; cansaço; náuseas; vômitos; dor abdominal; erupções na pele	<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Dores articulares; pele e olhos amarelados; urina escura e fezes claras	<b>VIA DE TRANSMISSÃO</b> Fluidos genitais (via sexual); corporais (sangue, urina e saliva); Leite materno	
<b>TRATAMENTO</b> Tratar sintomas e complicações	<b>COMPLICAÇÕES</b> Fígado (cirrose e/ou cancro)	<b>PREVENÇÃO</b> Vacina Hepatite B	

■ É uma infecção viral que ataca o **fígado** e pode causar doença aguda ou crónica

Imagem 20. Diapositivo 20

## SÍFILIS

<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Até 3 Semanas (ferida órgãos genitais)	<b>SINAIS E SINTOMAS</b> 3-6 semanas: febre; dores cabeça, musculares, cansaço e perda de peso	<b>VIA DE TRANSMISSÃO</b> Via sexual (oral, anal e vaginal); Ferimentos causados pela doença; Gravidez (morte do RN)	  
<b>TRATAMENTO</b> Antibiótico	<b>COMPLICAÇÕES</b> Gravidez: aborto espontâneo; morte à nascença; Sífilis congénita	<b>PREVENÇÃO</b> Preservativo	

Imagem 21. Diapositivo 21

## HERPES GENITAL


<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Vesículas e lesões na área genital; Dor; Prurido e ardor ao urinar	<b>VIA DE TRANSMISSÃO</b> Via Sexual (herpes tipo 2); lesões ou secreções genitais	<b>TRATAMENTO</b> Tratar herpes Recidivas frequentes Abstinência sexual	  
	<b>PREVENÇÃO</b> Preservativo		

Imagem 22. Diapositivo 22

## TRICOMONÍASE

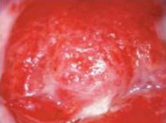
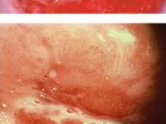
<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Corrimento (odor intenso e cor alterada); Pequenas hemorragias (durante a após a relação sexual)	<b>SINAIS E SINTOMAS</b> Prurido na zona vaginal; Inchaço (edema) nas virilhas; > Ardor ao urinar	<b>VIA DE TRANSMISSÃO</b> Via Sexual	 
<b>TRATAMENTO</b> Antibiótico (incluindo o parceiro sexual)	<b>COMPLICAÇÕES</b> Gravidez: parto precoce; baixo peso recém-nascido	<b>PREVENÇÃO</b> Preservativo	

Imagem 23. Diapositivo 23



# MÉTODOS CONTRACETIVOS

Imagem 24. Diapositivo 24



Imagem 25. Diapositivo 25



Imagem 26. Diapositivo 26

## MÉTODOS CONTRACETIVOS

Método Contracetivo	O que é?	Como atua?	Como se aplica?
<b>Preservativo Feminino e Masculino</b>	Forma de "tubo", à base de nitrilo; no Feminino tem um anel em cada extremidade, no Masculino apenas um anel numa extremidade.	Barreira: impede que os espermatozoides entrem na vagina → óvulo	Feminino: ver figura no verso da folha Masculino: colocar com pênis ereto antes de qualquer contato genital (ver figura no verso)
<b>Pílula</b>	Comprimido hormonal de toma oral. Com 99% eficácia se tomado corretamente	Hormonal: inibe ovulação (sem período fértil); impede gravidez	Gerida pela mulher: 21 comprimidos (durante 3 semanas; descansa 1 semana; surge hemorragia)
<b>DIU</b>	É um dispositivo formado em T e colocado in útero. Mirena: hormonal; Coibre: Não hormonal, resposta inflamatória	Mirena e Coibre: impedem a passagem dos espermatozoides, altera o endométrio, imp. fixação ovo	Profissional de saúde (dura 5-7 Anos)
<b>Implante</b>	Pequeno bastonete flexível que liberta hormona na corrente sanguínea	Hormonal: inibe a ovulação; Longa duração (3Anos)	Colocado pelo Profissional de Saúde sob Anestesia local no braço
<b>Adesivo</b>	Penso adesivo – semanal Adesivo que liberta hormonas (diariamente) através da pele para a corrente sanguínea	Hormonal: inibe ovulação. 1x semana (3 semanas); descanso 7 dias; ao 8ºd novo penso	Aplica-se no braço (face externa); costas; abdômen ou nádega
<b>Anel Vaginal</b>	Anel de textura suave, transparente e flexível	Liberta hormonas através da vagina para a corrente sanguínea	Mulher coloca na vagina 1x mês (1º dia da menstruação) permanece durante 3 semanas
<b>Diafragma</b>	Dispositivo de borracha com um aro flexível	Barreira: impede o contato do esperma com o colo do útero	Colocado pela mulher antes da relação sexual, retirar após
<b>Contracetivo Hormonal Injetável</b>	Usa-se quando não recomendado pílula ou DIU	É libertado lentamente no sangue. Inibe a ovulação e altera o muco	Injeção por via intramuscular de 3/3 Meses
<b>Natural</b>	Baseado Calendário, temperatura basal e muco cervical	Abstinência Periódica e autocontrolo da fertilidade	Controlo pela mulher
<b>Definitivos</b>	Laqueação de trompas e vasectomia	Interrupção das trompas e canal deferente	Intervenção cirúrgica
<b>Emergência</b>	Pílula "do dia seguinte": USAR APENAS quando falha método contracetivo habitual	Hormonal: impede evolução da gravidez (fertilização e nidação)	Toma única até 72horas após relação sexual de risco

Imagem 27. Diapositivo 27

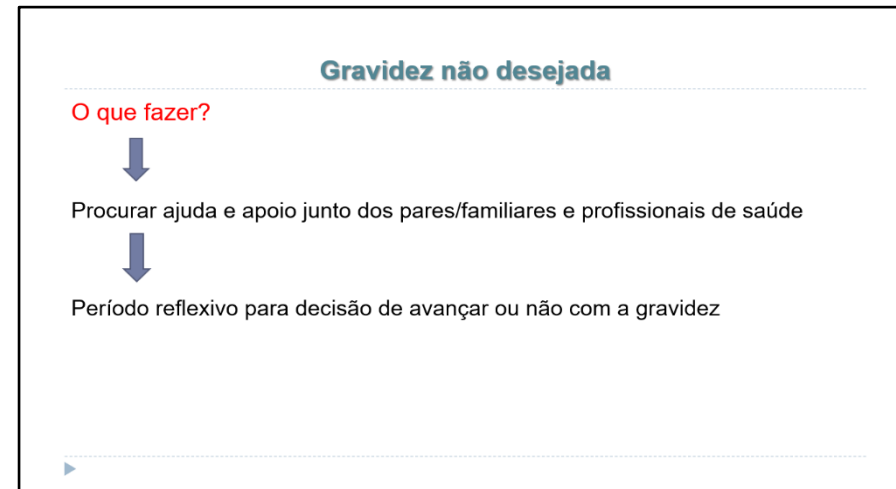


Imagem 28. Diapositivo 28

## Interrupção voluntária da Gravidez

### Definição:

Um aborto consiste na interrupção de uma gravidez com menos de 20-22 semanas de gestação.

- ▶ **Aborto espontâneo** consiste na interrupção de uma gravidez devido a uma ocorrência acidental ou natural. Pode ser precoce (se ocorrer até às 12 semanas de gestação) ou tardio (após 12 semanas de gestação).
- ▶ **Aborto induzido** é um procedimento usado para interromper uma gravidez, também denominado Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Quando realizado precocemente, em serviços de saúde legais e autorizados, é um procedimento médico seguro e com reduzidos riscos para as mulheres.

Imagem 29. Diapositivo 29

## Interrupção voluntária da Gravidez

Em 2007, e após um Referendo nacional, foi incluída na lei a possibilidade de se realizarem interrupções de gravidez a pedido das mulheres.

Com a **Lei nº 16/2007**, a interrupção da gravidez pode atualmente ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos desde que:

- ▶ A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez;
- ▶ Por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

Imagem 30. Diapositivo 30

## Interrupção voluntária da Gravidez

- ▶ O processo inicia-se com a chamada Consulta Prévia.

Deve ser marcada **consulta no Centro de Saúde da área de residência**

Imagem 31. Diapositivo 31



Dúvidas??

Podem ser dirigir-se à UCC



Imagem 32. Diapositivo 32

## QUEM AMA CUIDA...



**OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!!!**

Imagem 33. Diapositivo 33

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Associação para o Planeamento da Família: Disponível em <http://www.apf.pt>
- ▶ Direção Geral de Saúde: Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>
- ▶ LGBT Disponível em: <https://www.lgbt.pt/lgbt-portugal/>

Imagem 34. Diapositivo 34

## APÊNDICE 4. SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE DIABETES MELLITUS, TIPO 1

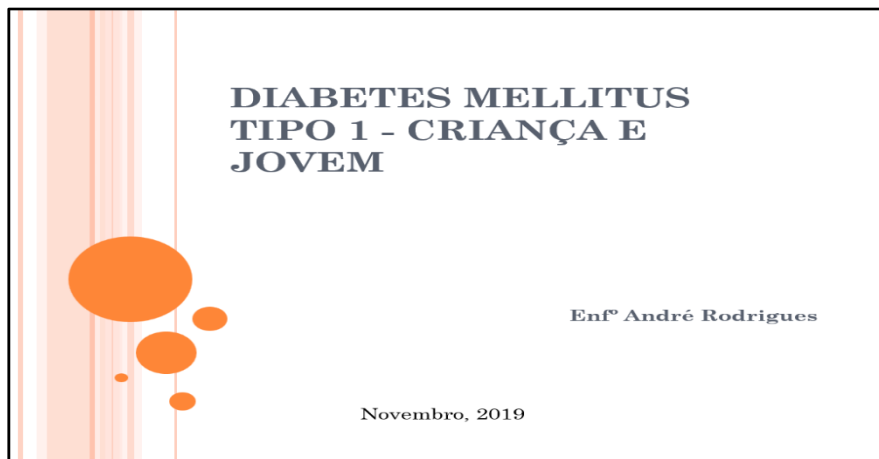


Imagem 35. Diapositivo 1

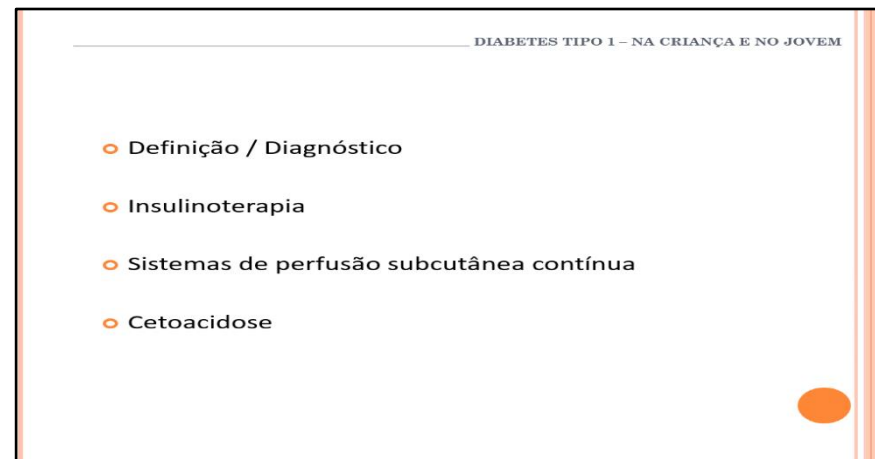


Imagem 36. Diapositivo 2

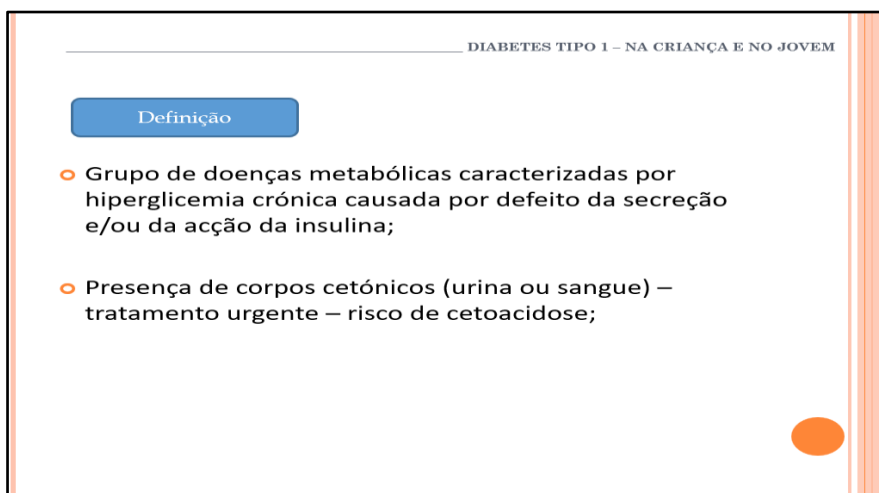


Imagem 37. Diapositivo 3

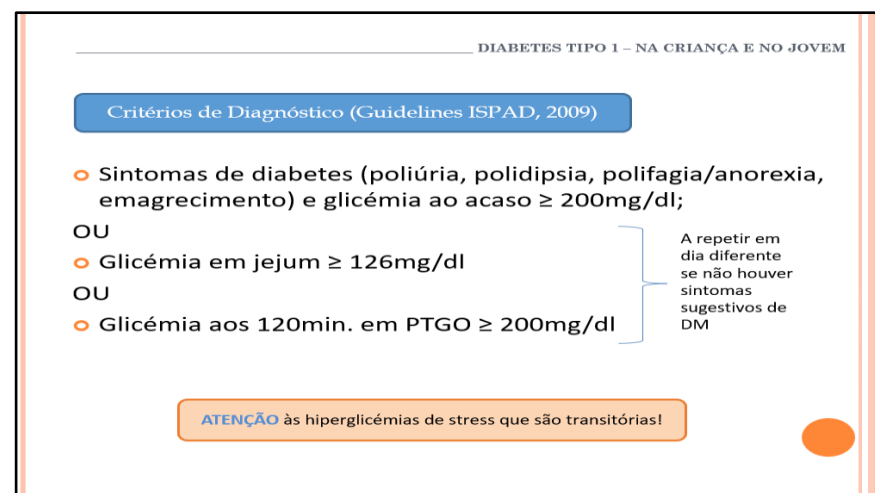


Imagem 38. Diapositivo 4

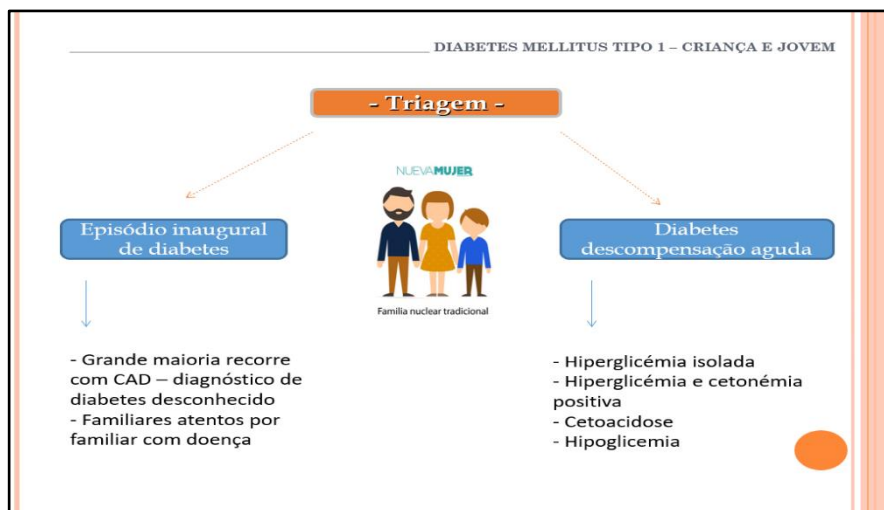


Imagem 39. Diapositivo 5

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Episódio inaugural de diabetes**

**4 P's:**

- Polidipsia
- Polifagia
- Poliúria
- Perda de peso

- Náuseas
- Vômitos
- Dor abdominal
- Respiração Kussmaul
- Hálito cetônico
- Relacionada com infeção intercorrente

**Atenção à clínica:**

**Gastroenterite** – Vômitos, sem diarreia

**Desidratação** – Poliúria

**Dificuldade Respiratória** – Auscultação normal

→

História clínica = 95% diagnóstico

Imagem 40. Diapositivo 6

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Episódio inaugural de diabetes**

↳ **Hiperglicémia isolada ou hiperglicémia com cetonemia positiva sem cetoacidose**  
Cuidados

- Correção da desidratação:**  
Líquidos orais (SRO) ou NaCl 0,9% (se glicémia ≥ 200mg/dl) ou Dx5% em NaCl 0,9% (se glicémia ≤ 200mg/dl)
- Monitorização da glicémia capilar:**  
Hiperglicémia isolada – antes das refeições, durante a noite (3-4h da madrugada) e em SOS  
Hiperglicémia com cetonemia positiva – 3/3h até cetonemia negativa
- Plano alimentar**  
Alimentação equilibrada com contagem de HC.

Imagem 41. Diapositivo 7

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Episódio inaugural de diabetes**

↳ **Hiperglicémia isolada ou hiperglicémia com cetonemia positiva sem cetoacidose**  
Cuidados

- Insulinoterapia:**  
Cálculo da DDT de insulina  
- 0,5 – 0,6U/kg/dia: Pré-púbere, com sintomas ligeiros  
- 0,7 – 1U/kg/dia: Púbere, com cetonemia positiva  
Esquema de múltiplas administrações de insulina  
- Análogo de insulina de ação lenta (basal) – Calcular 50% DDT. Adm. 1x/dia – Lantus®, Abasaglar®, Detemir®  
- Análogo de insulina de ação rápida (bólus) – Antes das refeições de acordo com glicémia pré-prandial (correção da glicémia) e quantidade de HC a ingerir - Novorapid®, Humalog®, Apidra®

Imagem 42. Diapositivo 8

Análogo de insulina rápida (bólus)  
Novorapid®, Humalog®, Apidra®

**Correção da glicemia pré-prandial:**

- Calcular FSI = 1800/DDT
- Insulina para correção da glicemia = glicemia pré-prandial – glicemia desejada/FSI

**Cálculo para os HC:**

- Relação insulina/HC = 500/DDT
- 1 U insulina cobre X gramas de HC

Glicemia desejada – 100 a 120mg/dl de dia e 130-140mg/dl de noite

Imagem 43. Diapositivo 9

**Insulinoterapia**

**Objetivo:**

- Insulina suficiente para satisfazer as necessidades basais das 24h e garantir adequada cobertura da hiperglicemia pós-prandial.

**Formas de apresentação:**



Imagem 44. Diapositivo 10

**Insulinoterapia**

**Tipos de Insulina:**

	Ação rápida	Ação Intermédia	Pré-misturas	Análogos de ação ultrarápida	Análogos de ação ultralenta
Início	30 a 35'	1 a 2h	2 a 4h	10 a 15'	1 a 2h
Pico máx.	2 a 4h	4 a 12h	4 a 6h	1 a 2h	Não tem
Duração	6 a 8h (iv 5 a 20')	18 a 24h	12 a 4h	4 a 6h	20 a 24h
Nomes comerciais	Humulin Regular® Isuhuman Rapid®	Insulatard® Humulin NPH® Insuman basal®		Humalog® (Lispro) NovoRapid® (Aspart)	Lantus® (Glargina) - 24h Levemir® (Detemir) - 20h
Quando utilizar?	Esquema convencional, basal-bólus, correção de hiperglicemias/ cetose em perfusão endovenosa (cetoacidose, cirurgia)	Esquema convencional, basal-bólus	Uma só injeção de rápida e lenta com caneta; Pouca flexibilidade no ajuste das doses; Ajuda nos casos de difícil adesão	Esquema basal-bólus; bombas infusoras. Aumenta a flexibilidade de horário (refeições, sono); pode injetar-se depois da refeição (de acordo com os algoritmos) e ideal para crianças e jovens	Esquema basal-bólus

Imagem 45. Diapositivo 11

**Insulinoterapia**

**Esquemas de Tratamento:**

**Convencional:**

- 2 inj./dia: intermédia + (ultra) rápida ou pré-mistura P.A. e jantar
- 3 inj./dia: + inj (ultra)rápida/intermédia almoço ou lanche ou intermédia ao deitar

**Intensivo, Basal –bólus (Caneta .. Bomba infusora):**

- Inj. Múltiplas (50% basal – ao deitar e 50% bólus ref. principais)
- Curva fisiológica mais semelhante
- Maior flexibilidade horários
- Boa formação diabetes

**Dose Total de Insulina:**

- Pré-puberdade: 0,7-1,0 Uni / Kg / dia
- Puberdade: 1-2 Uni / Kg / dia
- Fase de remissão: <0,5 Uni / Kg / dia

Imagem 46. Diapositivo 12

## Insulinoterapia

↳ **Regime Basal-bólus:**

Basal – 40 a 60% da dose total

Rápida – bólus às refeições

Dose de “correção”

**Regra dos 1800:**

- Calcular dose total diária (basal + bólus)
- Dividir 1800 por esse total
- O resultado é a quantidade de mg/dl que 1U de insulina ultra-rápida baixa a glicemia

Rápida – bólus às refeições

Relação insulina / Hidratos de Carbono

**Regra dos 500:**

- Calcular dose total diária (basal + bólus)
- Dividir 500 por esse total
- O resultado é a quantidade (em gramas) de Hidratos de Carbono coberta por 1U de insulina ultra-rápida

Imagem 47. Diapositivo 13

## Insulinoterapia

↳ **Fatores de Absorção****Fatores:**

- Idade;
- Espessura do tecido sub-cutâneo (menor gordura – absorção + rápida);
- Lipodistrofias;
- Dose (<dose – absorção + rápida);
- Local
- Profundidade da injeção (injeção IM, agulhas de comprimento adequado;
- Exercício;
- Temperatura ambiente e corporal (calor – absorção + rápida) – banho quente, massagem

**Variações:**

- De dia para dia no mesmo indivíduo no mesmo local (muito importante na criança);
- Entre indivíduos;
- Possível variação no início, pico, duração de ação.

Imagem 48. Diapositivo 14

## Insulinoterapia

**NÃO ESQUECER!!!**

- Nenhum regime de insulina imita satisfatoriamente o perfil de secreção fisiológico.
- Qualquer regime de insulina tem que ser complementado com educação terapêutica, adequado à idade, maturidade e necessidades individuais da criança e

Imagem 49. Diapositivo 15

## Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina



Imagem 50. Diapositivo 16

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

↳ **Indicações (DGS):**

- Controlo metabólico não aceitável >7% sob terapêutica intensiva, com fenómeno da madrugada acentuada e/ou variabilidade diária nos níveis de glicemia;
- Hipoglicemia sem pródomos ou hipoglicémias severas frequentes;
- Necessidade de flexibilização das necessidades (turnos, viagens frequentes, fusos horários);
- Gravidez;
- Necessidade de pequenas doses de insulina.

Imagem 51. Diapositivo 17

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

↳ **Seleção de utentes:**

- Monitorizar frequentemente a glicemia capilar;
- Capacidade intelectual para aplicar raciocínios matemáticos;
- Manusear corretamente do ponto de vista técnico, a bomba;
- Estar motivado para atingir um bom controlo.

**ATENÇÃO:** Descompensações agudas e Infeções/Alergias

Imagem 52. Diapositivo 18

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

↳ **Vantagens / Desvantagens**

**Vantagens:**

- Pequenas doses de insulina de cada vez – mais fisiológico;
- Menor risco hipoglicémico;
- Flexibilidade do tratamento;
- Mudança de cateter de 3/3 dia;

**Desvantagens:**

- Maior risco de surgir corpos cetónicos;
- Necessidade de realizar mais glicémias capilares;
- Necessidade de desenvolver competências específicas;
- Quando mal utilizada, pode ser mais prejudicial que benéfica.

Imagem 53. Diapositivo 19

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

**BASAL:**  
Insulina que a bomba de insulina está programada para administrar continuamente durante as 24h do dia. O efeito de qualquer mudança de débito basal demora 1 a 2 horas a manifestar-se no organismo.

**BÓLUS:**  
Bólus de correcção e bólus de alimentação.

Tipos de bólus:

- Padrão / normal;
- Quadrado / prolongado;
- Onda dupla / multionda.

Imagem 54. Diapositivo 20

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

↳ **Insulinas**

A bomba de insulina utiliza as insulinas ultra-rápidas:

- Apidra® (cartucho e frasco)
- Humalog® (cartucho)
- Novorapid® (cartucho)




Imagem 55. Diapositivo 21

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

↳ **Hipoglicemia com PSCI**

Se glicemia <70mg/dl → **PARAR** a bomba → **AÇÚCAR** (5')

Se glicemia <100mg/dl → Açúcar de 10'/10' até <100mg/dl

Se glicemia >100mg/dl → HC lentos e iniciar bomba 30' depois de suspender a bomba

**Tentar perceber o motivo da Hipoglicemia**

↳ **Hipoglicemia grave com PSCI**

Se houver perda de consciência – Retirar ou cortar cateter o mais próximo da inserção da pele

**Administrar GLUCAGON**

Hipoglicemia difícil de reverter – após 3 correções a glicemia mantém-se ou baixa

Imagem 56. Diapositivo 22

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

↳ **Hiperglicemia com PSCI**

Se glicemia superior 250mg/dl

**Pesquisar Cetonemia**

**Avaliar todo o sistema de perfusão**

**+** Administrar bôlus de correção, reavaliar glicemia após 1h

**-**

- Administrar bôlus de correção de insulina rápida com caneta;
- Comida sem gordura;
- Líquidos;
- Repouso.

↳ Reavaliar glicemia h/h e cetonemia 2/2h

Imagem 57. Diapositivo 23

DIABETES TIPO 1 – NA CRIANÇA E NO JOVEM

**Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina**

↳ **Pesquisa de cetonemia**

**Glicemia >250 mg/dl** e/ou **Sintomas de doença**

Cetona no sangue (mmol/L)
< 0,6 (negativo)
0,6-0,9 (positivo)
1 – 1,4 (positivo)
1,5-2,9 (positivo)
3,0 ou > (URGÊNCIA)

**Cetonemia + → Se náuseas e vômitos → Serviço Urgência Hospital**

**Correção de Cetonemia:** Depois de administrar bôlus de correção, verificar:

- cateter;
- sistema;
- presença de bolhas de ar;
- funcionamento da bomba.

**Se Cetonemia se mantiver positiva, retira a bomba e inicia esquema alternativo de insulina.**

Imagem 58. Diapositivo 24

**Diabetes descompensação aguda**

**Hiperglicemia isolada** – Cuidados

Glicemia  $\geq$  250mg/dl

- Hidratação com líquidos não açucarados (água)
- Alimentação habitual
- Manter/Ponderar aumentar a insulina lenta
- Manter/Ponderar correção de hiperglicemia com análogo/insulina de ação rápida subcutânea a cada 2-4 horas

**Bomba de insulina:**

- Ponderar aumentar o débito basal ou programar uma basal temporária 120-150%
- Corrigir hipoglicemia com base no FSI e refeição (I/HC)
- Verificar problema técnico

Imagem 59. Diapositivo 25

**Diabetes descompensação aguda**

**Hiperglicemia e cetonemia positiva** – Cuidados

**Tolerância oral:**

- Hidratação líquidos não açucarados
- Refeições de 3/3h com HC sem gorduras
- Manter/Ponderar aumentar a insulina lenta
- Corrigir hiperglicemia com análogo/insulina de ação rápida subcutânea a cada 2-4 horas até glicemia  $\leq$  250mg/dl e cetonemia negativa.

**Intolerância oral – INTERNAMENTO**

- Avaliação analítica
- Manter/ponderar aumentar insulina lenta
- Soro de manutenção + correção da desidratação
- Correção de hiperglicemia com análogo/insulina ação rápida 2-4horas.

**Bomba de insulina:**

- Bólus corretor com caneta de insulina

Imagem 60. Diapositivo 26

**Diabetes descompensação aguda**

**Cetoacidose** – Prevalência

Como apresentação do episódio inaugural de DM

Adolescentes com DM conhecida

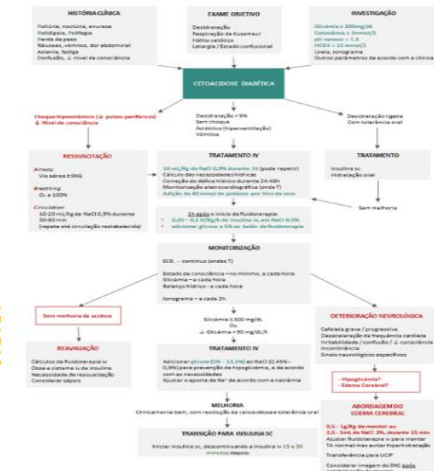


Imagem 61. Diapositivo 27

**Diabetes descompensação aguda**

**Cetoacidose** – Diagnóstico e gravidade

- Hiperglicemia** (glicemia > 200mg/dl)
- Acidose** - pH venoso < 7,3 ou Bicarbonatos < 15mmol/L
- Cetonemia** (cetonas > 0,6 mg/dl) ou Cetonúria

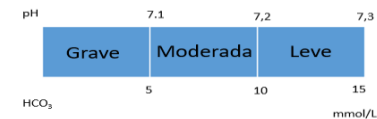


Imagem 62. Diapositivo 28

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

**Cetoacidose** – Sinais e sintomas

- Polidipsia
- Polifagia
- Perda de peso
- Poliúria
- Astenia
- Desidratação
- Taquipneia (respiração de Kussmaul)
- Taquicardia
- Náuseas
- Vômitos
- Dor abdominal
- Desidratação
- Hálito frutado

Imagem 63. Diapositivo 29

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

**Cetoacidose** – Cuidados

⇒ **Avaliação ABCDE**  
grau desidratação, GCS

⇒ **Monitorização cardiorrespiratória:** onda T aplanada, prolongamento QT, onda U (hipocaliemia); onda T pontiaguda, encurtamento do QT (hipercaliemia).

⇒ **Peso corporal**

⇒ **2 acessos venosos periféricos**


⇒ **Colheita de sangue:** hemograma, bioquímica e gasimetria

Imagem 64. Diapositivo 30

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

**Cetoacidose** – Cuidados



**De 1/1hora:**

- Sinais vitais
- Avaliação do GCS e sinais de edema cerebral
- Glicemia capilar
- Balanço hídrico

**De 2/2horas:**

- Gasimetria
- Cetonemia

**De 4/4horas:**

- Avaliação laboratorial completa

**Peso diário**

Imagem 65. Diapositivo 31

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

**Cetoacidose** – Cuidados

**Hiperglicemia**

↓

Meio hipertônico no espaço intravascular → Aumento da osmolaridade plasmática → Deslocação de fluidos do espaço intracelular para o espaço intravascular

↓

**DESIDRATAÇÃO CELULAR**

Imagem 66. Diapositivo 32

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

☑ **Cetoacidose** – Correção da desidratação

**Fase de expansão 1-4h**

↓

Reverter os sinais de desidratação  
Estabilizar a volêmia

**Fase de reidratação/manutenção 20-22h**

↓

Volume de manutenção e volume de reposição de perdas posteriores (vômitos, diarreia, urina aumentada)

Imagem 67. Diapositivo 33

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

☑ **Cetoacidose** – Correção da hiperglicemia

→ Administrar insulina EV 1 hora após expansão inicial  
Diferir o início até à normalização da caliêmia

**Diluição:** 50UI de insulina (ação rápida) diluída em NaCl 0,9% até perfazer 500ml  
(1ml/kg/h= 0,1U/kg/h)

A insulina adere ao material de perfusão -> expurgar sistema com cerca de 100ml

Manter perfusão até à resolução da CAD  
(pH>7,35, HCO<sub>3</sub><15mmol/L e cetonemia<1mmol/L)

Imagem 68. Diapositivo 34

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

☑ **Cetoacidose** – Correção da hiperosmolaridade

☑ glicémia → ☑ osmolaridade → Movimento de líquidos do espaço intracelular para o espaço extracelular: desidratação intracelular

Diminuição brusca da osmolaridade (☑ glicemia ou ☑ Na) → Líquidos do espaço extracelular movimentam-se para o espaço intracelular → Risco EDEMA CEREBRAL

Imagem 69. Diapositivo 35

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

☑ **Cetoacidose** – EDEMA CEREBRAL

↳ **Sinais e sintomas:**  
Início ou agravamento de cefaleia após início do tratamento  
Alteração do estado de consciência,  
Sinais neurológicos focais  
Diminuição da FC não atribuível ao repouso ou sono,  
Triade de Cushing (HTA, bradicardia e alteração do padrão respiratório)  
Diminuição da Sat.O<sub>2</sub>.

↳ **Terapêutica:**  
Reduzir aporte de fluidos  
Elevação da cabeceira a 30º  
NaCl 3% 3-5ml/kg ev em 5-10min. Ou manitol 0,25g/kg ev em 20 minutos  
Considerar realizar de TAC – somente após estabilização

Imagem 70. Diapositivo 36

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

▣ **Cetoacidose** – Correção potássio, fósforo e bicarbonato

**POTÁSSIO**

Há sempre déficit -> **juntar K<sup>+</sup> ao soro** (2-4mEq/kg/dia). Manter enquanto aporte EV.  
Se necessário juntar fosfato de potássio (correção de hipofosfatemia) ou acetato de potássio (prevenção acidose metabólica hiperclorêmica)

**BICARBORNATO DE SÓDIO**

Administrar **APENAS** se acidemia grave (pH arterial < 6,9, alterações vasculares e diminuição da contractilidade cardíaca).  
**AUMENTA RISCO DE EDEMA CEREBRAL**

Imagem 71. Diapositivo 37

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

▣ **Hipoglicemia** – Cuidados

**< 70mg/dl**

**Sinais e sintomas SNA – Aviso!!!**

Tremores  
Palpitações  
Suores frios  
Palidez  
Irritabilidade  
Ansiedade  
Dormência nos lábios e língua

**Sinais e sintomas SNC – Neuroglicopenia (40-60mg/dl)**

Cefaleia  
Sensação de calor  
Perturbação da linguagem  
Desorientação  
Diplopia  
Hipoacusia  
Distúrbios visuais

**Convulsão e Coma**

Imagem 72. Diapositivo 38

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Diabetes descompensação aguda**

▣ **Hipoglicemia** – Cuidados

**Objetivo tratamento:**  
100mg/dl e ausência de sintomas

▣ **Hipoglicemia no idoso diabético:**

**Hipoglicemia Leve a Moderada** (50 a 70 mg/dl): Ingestão oral 15 a 30g açúcar (glucose, suco), Ingestão oral 15 a 30g carboidrato (aquoso, Glucofator<sup>®</sup>, suco). Glicemia 10-15 min.

**Hipoglicemia Grave** (< 50 mg/dl): Ingestão oral 15 a 30g açúcar (glucose, suco), Ingestão oral 15 a 30g carboidrato (aquoso, Glucofator<sup>®</sup>, suco). Glicemia 30-60 min.

**Glucagon SC/IV** (10-30 mg/kg/ano) 1 mg. Ingestão oral 15 a 30g açúcar (glucose, suco), Ingestão oral 15 a 30g carboidrato (aquoso, Glucofator<sup>®</sup>, suco). Glicemia 10-15 min.

**Resuscitação do estado de consciência:** Sim: Ingestão oral 15 a 30g açúcar (glucose, suco), Ingestão oral 15 a 30g carboidrato (aquoso, Glucofator<sup>®</sup>, suco). Tolerância de 15 min. Não: Bolus IV de 10% 2 ml/kg (5 mg/kg/ano) 1 mg. Glicemia 10-15 min.

**Tolerância de 15 min:** Sim: Ingestão oral 15 a 30g açúcar (glucose, suco), Ingestão oral 15 a 30g carboidrato (aquoso, Glucofator<sup>®</sup>, suco). Glicemia 30-60 min. Não: Bolus IV de 10% 2 ml/kg (5 mg/kg/ano) 1 mg. Glicemia 10-15 min.

**Nota:** Não fornecer insulina, suspender/abandonar insulina.

Figura 1. Algoritmo de atuação na hipoglicemia

Imagem 73. Diapositivo 39

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Cuidados Centrados na família**

**Diagnóstico de condição crônica**

• Episódio inaugural

• Descompensação aguda


Sentimento de frustração por não serem capazes de proteger a criança satisfazendo as necessidades desta.

Slota, 2015

Imagem 74. Diapositivo 40

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Cuidados Centrados na família**



O diagnóstico de uma doença crónica num membro de uma família, **tem impacto em todos** os membros da família!

Diagnóstico

↓

**CRISE**

↓

Revolta, negação, culpa, raiva, perda de controlo e medo


Os pais esperam do enfermeiro:

- Suporte emocional
- Reconhecimento do seu papel parental
- Informação
- Orientação
- Integração

Imagem 75. Diapositivo 41

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Cuidados Centrados na família**




**Respostas da família perante os *stressores* provocados pelo diagnóstico ou pela descompensação de doença crónica:**

1. Dificuldade em assimilar/utilizar informação nova
2. Capacidade de pensar claramente e resolver problemas diminuída
3. Dificuldade em realizar tarefas
4. Diminuição do sentimento de competência (associado ao sentimento de humilhação e culpa)
5. Dificuldade em tomar decisões adequadas e construtivas;
6. Sensação aumentada ou diminuída de si próprio;
7. Dessensibilização em relação ao ambiente.

Imagem 76. Diapositivo 42

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Cuidados Centrados na família**



**Mecanismos de coping:**

Observação silenciosa

Simplificação do complexo

Inspecção visual

Intelectualização

Ausência

1. Acreditar/contribuir para que a criança receba o melhor cuidado possível;
2. Receber tanta informação sobre a situação quanto possível;
3. Fazer perguntas aos profissionais de saúde;
4. Estar perto da criança tanto quanto possível;
5. Rezar.

Imagem 77. Diapositivo 43

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – CRIANÇA E JOVEM

**Protocolo e Procedimento Hipoglicémia**

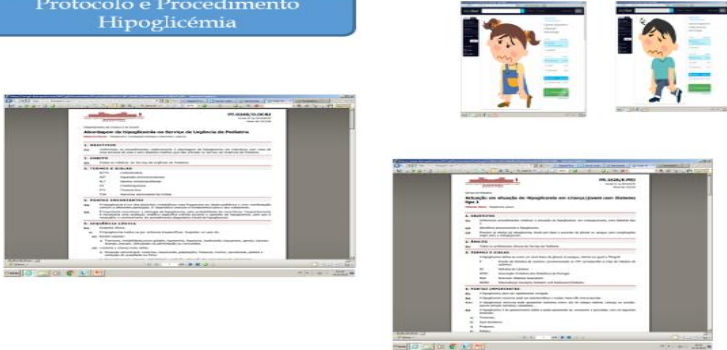


Imagem 78. Diapositivo 44

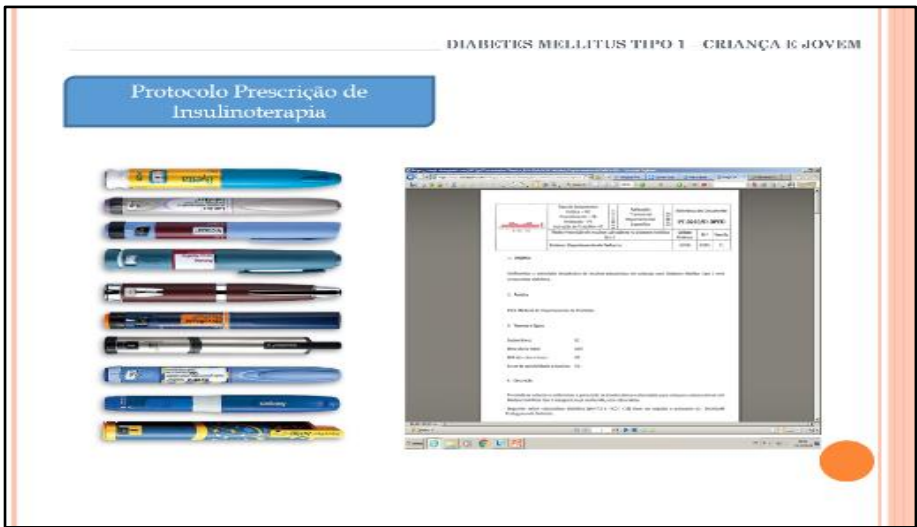


Imagem 79. Diapositivo 45

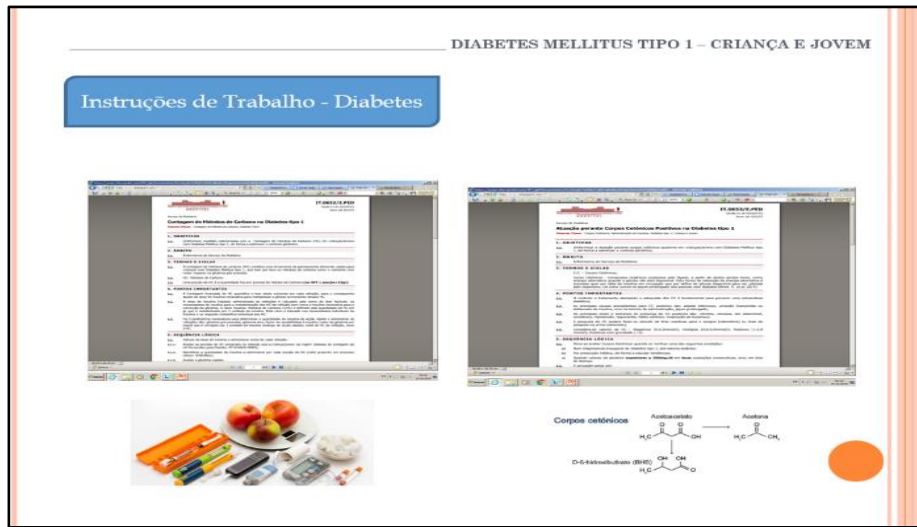


Imagem 80. Diapositivo 46

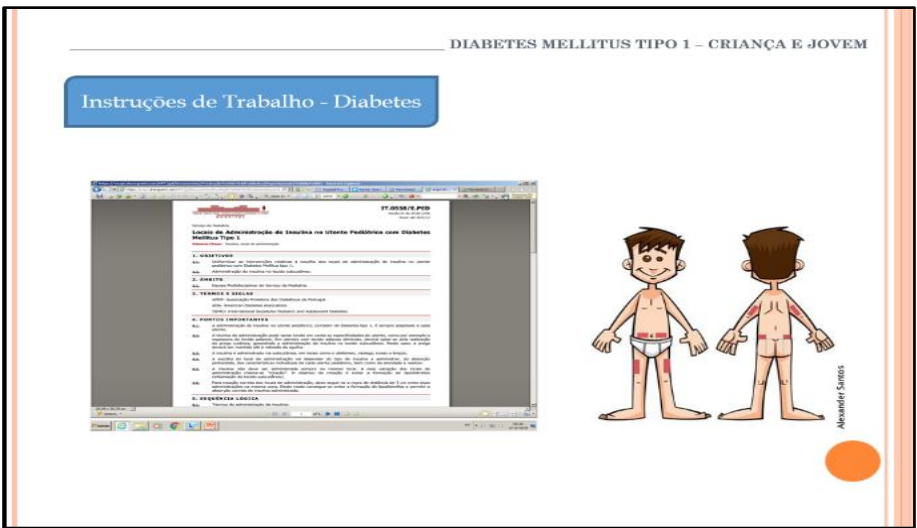


Imagem 81. Diapositivo 47

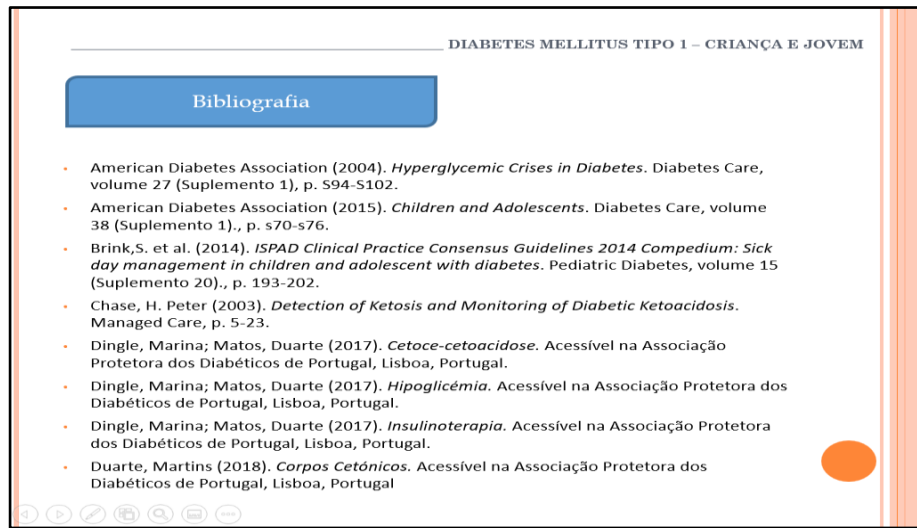


Imagem 82. Diapositivo 48

## Bibliografia

- Figueiredo, Inês; Fonseca, Joana; Pereira, Anaísa (2019). *Cetoacidose Diabética: Abordagem na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Acessível no Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, E.P.E, Lisboa, Portugal.
- Galhardo, J., et. al. (2019). *Cetoacidose Diabética. Lisboa*: Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Hospital de Santa Maria – Departamento de Pediatria (2019). *Protocolos de Urgência em Pediatria (4ª Edição)*. Lisboa: ACSM
- IT.0558/E.PED – Locais de administração de insulina no utente pediátrico com Diabetes Mellitus tipo 1
- IT.0652/E.PED – Contagem de Hidratos de Carbono na Diabetes Tipo 1
- IT.0653/E.PED – Atuação perante Corpos Cetónicos Positivos na Diabetes tipo 1
- Misra,S., Oliver, N. (2014). *Utility of ketone measurement in the prevention, diagnosis and management of diabetic ketoacidosis*. Diabetic Medicine, p.14-23.
- PR.1626/E.PED – Atuação em situação de Hipoglicémia em criança/jovem com Diabetes tipo 1
- PT.0240/D.DCRI – Abordagem da Hipoglicémia no Serviço de Urgência Pediátrica

Imagem 83. Diapositivo 49

## Bibliografia

- Misra,S., Oliver, N. (2014). *Utility of ketone measurement in the prevention, diagnosis and management of diabetic ketoacidosis*. Diabetic Medicine, p.14-23.
- Rewers, M. et. al (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium: Assesment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes, volume 15 (Suplemento 20), p. 102-114.
- Wolfsdorfs, J. et al (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Pediatric Diabetes, volume 15 (Suplemento 20), p.154-179.
- Zopi, D.; Santos, J. C.; (2018). Estado Hiperglicémico Hiperosmolar (EHH) e Cetoacidose Diabética (CAD) na Sala de Urgência. *Revista Qualidade HC*. p1-7.

Imagem 84. Diapositivo 5

## APÊNDICE 5. FLYER EXPLICATIVO DO SISTEMA DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA

Imagem 85. Flyer sobre Sistema de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina

### Como é que a insulina é libertada?

De três formas diferentes:

- **Débito basal** – Quantidade de insulina libertada continuamente nas 24h, permitindo ritmos de 0,01U/h. – Cálculo – 0,3-0,4 U/kg/dia / 24h.
- **Débito basal temporal** – Percentagem de insulina programada durante um determinado período de tempo para aumentar ou diminuir o ritmo de infusão da insulina basal ou suspendê-la (muito útil nos dias de exercício físico e na hipoglicémia)
- **Bólus** – Utilizada aquando necessidade de corrigir HC ingeridos (**Bólus Refeição**) e na correção da glicemia aquando acima do alvo (**Bólus Corretor**)

O efeito de qualquer mudança na linha basal demora entre 1-2h a manifestar-se no organismo.

Muitos SPSCI possuem a capacidade de utilizar diferentes PERFIS de linha basal (ex: dias da semana; períodos de atividade física; fases do ciclo menstrual; férias; etc.

### Como calcular FSI e Ratio I/HC:

$$\frac{1800}{\text{Dose total insulina diária}} = \text{FSI} \quad \frac{500}{\text{Dose total insulina diária}} = \text{Ratio I/HC}$$

Exemplo **Bólus Corretor**: Glicemia = 245 mg/dl /  
Objetivo = 100mg/dl / FSI 50

$$245 - 100 = 145 \div 50 = 2,9U$$

### O que é uma Bomba Perfusora de Insulina?

É um sistema constituído por três partes:

- Bomba
- Cateter e Cânula Perfusora
- Cartucho/reservatório de insulina

**Objetivo:** Administrar de forma contínua insulina de ação ultrarrápida.

**Início de Ação:** 15-20 minutos

**Efeito máximo:** 30 - 90 minutos

**Duração:** 3 - 4 horas



Sistema de Perfusão  
Subcutânea  
Contínua de Insulina



### Noções básicas do funcionamento da Bomba Infusora de insulina

- Um cartucho tem capacidade para 315U de insulina e alarma quando tem apenas 20U
- Quando a bomba está em STOP, apita e vibra de 1 em 1 minuto
- **ACONSELHAMENTO DE BÓLUS:** é uma função assistente da bomba que nos indica a quantidade de insulina a administrar para o bolus corretor e bolus das refeições, baseado em dados introduzidos
- Na função **ACONSELHAMENTO DE BÓLUS:** o resultado aparece em 5seg e fica disponível durante 5 minutos, se exceder este tempo é ativada a opção.
- Quando a bomba não está a infundir, a glicémia aumenta cerca de 1mg/dl/min
- Verificar sempre se o catéter e cânula não têm ar antes de realizar o bólus.

### Recomendações

- Mudar a cânula a cada 3 dias
- Na mudança da cânula deve manter a bomba conectada até ter o material preparado
- Quando se colocam muitos períodos de insulina basal a 0 (zero) pode acontecer obstrução do cateter/cânula
- O Débito Basal deve ser aumentado /diminuído em 0,05U/h se glicemia acima/abaixo dos objetivos em dois dias consecutivos

### Principais complicações cateter:

1. Lipodistrofias
2. Reações cutâneas



## Dias de doença!

### Hipoglicémia – <70mg/dl

Se valores entre 60-70mg/dl, corrige hipoglicemia até 100mg/dl

Se glicemia < 60mg/dl, colocar bomba em DBT 30 minutos a 0% ou parar a bomba e corrige hipoglicemia até 100mg/dl

No horário da refeição – Administrar **Bólus** Refeição

### Hiperglicémia

Se hiperglicemia e cetonemia >0,6mmol/L utilizar **Bólus** com caneta!

Importante: Só se considera cetonemia negativa após 2 determinações consecutivas negativas

Imagem 86. Flyer sobre a bomba de insulina.

## APÊNDICE 6. PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

### Dificuldades da Família de Adolescentes com Diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DM1): um protocolo de revisão *scoping*

André Rodrigues <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro no serviço de Atendimento Médico Permanente, Hospital da Luz Oeiras – Portugal; <sup>2</sup> Mestrando em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Portugal.

**Objetivos:** Identificar as dificuldades da família dos adolescentes com DM1 no seu processo de transição saúde-doença.

Identificar as dificuldades da família de adolescentes com DM1 na perspetiva dos enfermeiros.

#### Questões de Revisão:

A investigação terá por base as seguintes questões de revisão:

1. Quais as dificuldades que as famílias referem durante o processo de transição saúde-doença dos seus filhos adolescentes com DM1
2. Qual a opinião dos enfermeiros acerca das dificuldades das famílias de adolescentes com DM1 durante o processo de transição saúde-doença?

**Palavras-chave:** Dificuldades; Família; Adolescente; Diabetes *Mellitus*, tipo 1

#### Background

A diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma doença crónica, caracterizada pela progressiva perda de células beta pancreáticas, que culmina com a interrupção de produção de insulina e

consequentemente desequilíbrio metabólico grave<sup>1</sup>. A sua etiologia é ainda desconhecida, no entanto, acredita-se que deriva de um processo autoimune<sup>2</sup>. Aproximadamente cerca de 3% das pessoas diagnosticadas com Diabetes, têm DM1<sup>3</sup>.

A poliúria, polidipsia e perda de peso ponderal são sintomas característicos da diabetes *mellitus* apresentados pela maioria das crianças e adolescentes. Os sintomas podem evoluir para

cetoacidose diabética, desidratação e acidose metabólica<sup>4</sup>.

Existem 303 novos casos de crianças e adolescentes (0-19 anos) com DM1 em Portugal, apenas em 2014, e mais de 79000 novos casos em todo o mundo em 2013<sup>5</sup>. Sabe-se ainda que esta incidência está a aumentar<sup>5</sup>. A diabetes é quarta doença crónica com mais prevalência na adolescência<sup>6</sup>.

A adolescência é considerada uma fase de grandes mudanças, marcada pelo desenvolvimento biológico, psicológico e social. A transição para esta fase de desenvolvimento e as mudanças que ocorrem nesta fase podem torna-los particularmente vulneráveis, com impactos negativos

que se podem manifestar a nível psicológico assim como a nível comportamental<sup>7</sup>. Esta fase pode ser identificada desde o início da puberdade ao fim do crescimento corporal<sup>8-9</sup>. Desta forma, é difícil encontrar um consenso entre todos os autores que definam um período de intervalo para esta etapa. Segundo a World Health Organization (WHO)<sup>10</sup>, a adolescência pode ser definida dos 10 aos 19 anos de idade.

Por ser uma doença crónica, pessoa com DM1, requer um acompanhamento contínuo e sistemático, e que quando se trata de um adolescente as dificuldades inerentes à gestão da doença podem condicionar a procura da sua própria identidade e independência, características desta etapa de desenvolvimento<sup>11</sup>.

Dada as características desta etapa de desenvolvimento, com o aparecimento de uma doença como a DM1, esta passará a ser vista como repressora, autoritarismo, discriminadora perante os seus pares<sup>11-12</sup>.

Para além da sua imaturidade e das dificuldades no desenvolvimento de competências de autogestão da DM1, também as suas próprias mudanças hormonais e metabólicas podem levar a que o controlo da taxa de glicose no sangue seja ainda mais difícil neste período<sup>12</sup>.

A DM1 não afeta apenas o adolescente como pessoa mas também a família como sistema, sendo este ambiente familiar, extremamente importante na promoção de competências de autogestão da condição, proteção e recuperação da saúde, seja a nível físico, psicoafectivo, emocional e/ou social.

As principais dificuldades das famílias do adolescente com DM1, são relativamente à alimentação e ao medo do desconhecido<sup>13-14</sup>. A família é então

envolvida na parceria de cuidados, onde é primordial a sua intervenção na manutenção da qualidade de vida dos seus filhos, na aprendizagem a lidar com as suas incapacidades, mudanças permanentes, e ainda assim, encontrar um sentido para a doença, que irá servir de auxílio a si própria, mantendo o controlo da situação e não transmitindo para o seu filho insegurança e ansiedade<sup>14</sup>.

Desta forma, além de todos os conhecimentos e saber técnico-científicos que os enfermeiros possuem e colocam nas suas ações, devem estar atentos a outras dificuldades, eventualmente consideradas como menos importantes, mas que podem ser cruciais para o sucesso da intervenção<sup>15</sup>. No entanto, é fundamental que o enfermeiro olhe a cada família como única e que tem dificuldades específicas e que a sua intervenção seja individualizada e adaptada no sentido de facilitar esta transição. Cada intervenção de enfermagem deve ser adaptada à dificuldade da família em questão, visto que cada família é única e cada membro pode ter dificuldades distintas<sup>15</sup>.

Uma característica importante da família é a sua capacidade de adaptação a novas situações, contudo a doença de um filho representa uma situação causadora de crise, alterando a sua estrutura e dinâmica. Sendo a família o foco de atenção do enfermeiro, este deve reconhecer as fragilidades da mesma, o seu processo de vida familiar, as transições e crises que enfrentam<sup>16-17</sup>.

Numa pesquisa inicial, não foram encontradas nenhuma Revisão Sistemática da Literatura/Revisão *Scoping* realizada que identifique as dificuldades dos pais/cuidadores.

Neste sentido, torna-se fundamental mapear todo o conhecimento existente

na literatura internacional sobre as dificuldades sentidas pela família de adolescentes com DM1 no processo de transição saúde-doença, de forma a adequar a intervenção do enfermeiro, minimizando as complicações futuras e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos adolescentes com DM1 e suas famílias.

### **Critérios de Inclusão**

#### *Participantes*

Esta revisão scoping irá considerar todos os estudos que tenham como objeto de estudo famílias de adolescentes com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, com diagnóstico de DM1.

#### *Conceito*

A presente Scoping irá considerar todos os estudos que abordam as dificuldades da família do adolescente com DM1.

#### *Tipos de estudos*

Nesta revisão scoping serão considerados dados provenientes tanto de estudos quantitativos como de estudos qualitativos, incluindo

todos os tipos de estudos, nomeadamente revisões sistemáticas da literatura.

### **Estratégia de pesquisa**

A estratégia de pesquisa tem como objetivo procurar estudos publicados e por publicar (literatura cinzenta) nos últimos 10 anos, de 2009 a 2019,

### **Extração de dados**

Os dados serão extraídos dos artigos com recurso a um instrumento de extração de dados, desenvolvido pelo autor da presente revisão *scoping* (apêndice II), em conformidade com o objetivo, questões de revisão e conforme definido pelo *Joanna Briggs Institute*. O instrumento será aplicado

A presente revisão *scoping* será realizada de acordo com as orientações do Instituto *Joanna Briggs* para a condução de revisões *scoping* e tem como objetivo mapear/examinar o conhecimento/evidência sobre as Dificuldades da Família de Adolescentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1.

escritos em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Foi utilizada uma estratégia orientada em 3 etapas, tal como é recomendado por Joanna Briggs Institute (JBI), para todo o tipo de revisões.

A pesquisa será realizada nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; e JBI. A estratégia de pesquisa incluirá três etapas, a primeira compreende a realização de pesquisa nas três bases de dados, analisando as palavras correspondentes ao título, resumo e termos indexados para descrever os artigos. As palavras-chave utilizadas serão: As palavras-chave utilizadas serão: adolescen\*; youth; teen; youngster; Family; parents; Diabetes Mellitus, type 1; Difficulties

A segunda etapa consiste numa pesquisa extensiva de todas as palavras-chave e termos de indexação contidos no título, resumo e termos que descrevem os artigos (apêndice I e anexos I, II, III, IV e V). A terceira etapa concede a seleção dos artigos que cumpram todos os critérios de inclusão

pelo autor e poderá ser modificado e reformulado durante a fase de extração de dados, caso se considere relevante. A informação a ser retirada de cada artigo incluirá:

- Autor(es);
- Título;
  
- Fonte (editor e local);
- Ano de publicação;

- País de origem;
- Palavras-chave;
- Finalidade do estudo;
- Tipo de estudo;
- Características dos participantes;
- Contexto (tipologia do serviço de internamento);
- Fatores de risco.

## Resultados

Será utilizada a forma narrativa para a discussão dos dados desta revisão *scoping*. Sempre que possível, os resultados de estudos descritivos serão sintetizados e apresentados num resumo tabular com a ajuda de narrativa e figuras, se apropriado. A literatura será tabulada usando os seguintes títulos relacionados a: design de pesquisa; localização geográfica; ano de publicação; características da população estudada e os resultados da pesquisa.

## Referências Bibliográficas

- 1 Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. (1ª edição). Coimbra: Quarteto;
- 2 Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. *Viver com a Diabetes*. 2nd ed. Lisboa: Climepsi; 2014
- 3 Barros L. (2003) *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Coimbra: Climepsi.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica. 2013. Resolução 466/12. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pu> blicacoes/estrategias\_cuidado\_pessoa\_diabetes\_mellitus\_cab36.pdf
- 5 Cameron F., (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium: Phases of type 1 diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 15 (Supl. 20), 115-134.
- 6 Fialho FA, Dias IMVA, Nascimento L, Motta PN, Pereira SG. (2011). Crianças e adolescentes com diabetes mellitus: cuidados implicações para a enfermagem. *Rev Baiana Enferm*, 25(2):145-154.
- 7 Góes APP, Vieira MRR, Liberatore Júnior RDR. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Rev Paul Pediatría São Paulo (SP)* 2007; 25(2):124-28.
- 8 Hanson, S. (2004). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação*. (2ª edição). Loures: Lusociência;
- 9 Kollar L. Health Promotion of the Adolescent and Family. In: Hockenberry M., Wilson D., eds. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 9ª ed. Missouri: Mosby; 2013:973-1008.
- 10 Miculis, C. P., Mascarenhas, L. P., Boguszewski, M. C., & Campos, W. (2010). Atividade física na criança com diabetes

- tipo 1. *Jornal de Pediatria*, 86(4), 271-278. doi: 0021-7557/10/86-04/271
- <sup>11</sup> Nunes MDR, Dupas G, Ferreira NMLA. Diabetes na infância e adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. *Rev Eletrônica Enf Goiânia (GO)* 2007; 9(1):119-30. [citado 2008 Jun 6]. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revistaGóes>
- <sup>12</sup> Patias ND, Jager ME, Fiorin PC, Dias ACG. (2011). Construção histórico-social da adolescência: implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. *Rev Contexto & Saúde*, 10(20):205–14. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/articloe/view/1519>
- <sup>13</sup> Rama, D. & Lourenço, M. (2015). Cuidados paliativos pediátricos: necessidades específicas da criança e da família e respetivo papel do enfermeiro. *Sinais Vitais*. 120. p. 34-40;
- <sup>14</sup> Record E. & Ballard L. (2014) The Child with Endocrine Dysfunction. In: Hockenberry M., Wilson D. Ed. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 9<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby:973-1008
- <sup>15</sup> Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 1-64, ISBN: 978-989-96663-2-0
- <sup>16</sup> Vieira MA, Lima RAG. (2006). A criança e o adolescente com doença crónica e seu desenvolvimento: implicações para o cuidado de enfermagem. In: Gaiva MAM, organizadora. *Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiro(as)*. Cuiabá: UFMT, p.109-18.
- <sup>17</sup> World Health Organization. *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade*. Genova: WHO Document Production Services; 20

		CINAHL Complete		MEDLINE Complete		COCHRANE Database of Systematic Reviews	
		<u>População</u>	<u>Conceito</u>	<u>População</u>	<u>Conceito</u>	<u>População</u>	<u>Conceito</u>
Termos de pesquisa	Linguagem natural com truncaturas	S2= adolescen* OR youth OR teen* OR yougsters	S8 = Difficulty OR trouble OR hardship OR need  S9 = T1D OR DM1 OR Diabetes Type 1	S2 = Adolescen* OR youth OR youngster OR teen*	S9= Diabetes type 1 OR T1D OR DM1  S11= Difficulty OR Difficulties OR trouble OR hardship OR need	S1 = Adolescen* OR youth OR teen* OR youngster	S4 = Difficult* OR trouble OR hardship OR needs  S6= Diabetes type 1
	Linguagem indexada	S1 = Adolescence  S4= Family  S5= Parents OR Adolescent Parents	S10 = Diabetes Mellitus, type 1	S1 = Adolescent  S4= Family  S5 = Parents	S8 = Diabetes Mellitus, type 1	S2 = Family OR Parents	S5 = Diabetes mellitus, type 1
Pesquisa	Linguagem indexada e linguagem natural com	S3 = S1 OR S2  S6 = S4 OR S5  S7 = S3 AND S6	S11 = S9 OR S10  S12 = S8 AND S11	S3 = S1 OR S2  S6 = S4 OR S5  S7 = S3 AND S6	S10 = S8 OR S9  S12= S10 AND S11	S3 = S1 AND S2	S7 = S5 OR S6  S8 = S4 AND S7

	operadores booleanos	S13 = S7 AND S12	S13 = S10 AND S12	S9 = S3 AND S8
	Resultados	S13 = 71 S13 com "Data de Publicação 2009-2018" = 43 artigos	S13 = 95 S13 com limitador "Data de Publicação 2009-2018" = 58 artigos	S10= 0 artigos

**Tabela 7.** *Estratégia e limitadores de pesquisa pelas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete and JBI*