



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

**Cuidar da Criança com Diabetes Tipo 1 e Família:
Intervenção do Enfermeiro**

Susana Filipa Guiomar Figueiredo

Lisboa

2021



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

**Cuidar da Criança com Diabetes Tipo 1 e Família:
Intervenção do Enfermeiro**

Susana Filipa Guiomar Figueiredo



Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Sousa



**Lisboa
2021**

“Quando te empenhas no que estás a fazer, quando as tuas ações são úteis para ti e simultaneamente para os outros; quando não te cansas de procurar a doce satisfação da tua vida e do teu trabalho...estás a fazer aquilo para o qual nasceste”

Gary Zukav

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais, pela força, motivação, paciência e amor desde o primeiro minuto deste desafio.

Obrigada pelo apoio incondicional!

Ao meu irmão pela ajuda nos momentos mais difíceis, mesmo à distância.

À Professora Maria Filomena Sousa pelo incentivo, entusiasmo e confiança e por tudo o que me transmitiu e ensinou.

A todos os Professores e colegas do 11º Curso de Mestrado pela partilha de conhecimentos, em especial à Marta e à Nélia, pela amizade e pelas longas horas de trabalho, desabafos, sorrisos e abraços.

À Sara F. pela partilha, ajuda e reforço positivo, sempre na hora certa.

À Inês e à Sara C. pelo precioso apoio e estímulo ao longo de todo este percurso.

Aos meus amigos, a família que escolhi, pela compreensão nos dias de ausência e pelos momentos de pausa entre parágrafos.

Aos meus colegas de trabalho pelas trocas, disponibilidade e compreensão.

Ao Enfº Leonardo, Enfª Inês, Enfª Marta e à Enfª Patrícia que deram o melhor de si na minha orientação. Obrigada pela vossa disponibilidade e sabedoria e por tanto terem contribuído para o meu crescimento.

A todas as crianças e famílias de quem cuidei pelo carinho e alegria. Sem elas, nada disto teria sido possível.

A todos vocês, o meu sentido OBRIGADA!

RESUMO

Este Relatório pretende explicitar o percurso formativo que foi sustentado nos referenciais teóricos de enfermagem, no enquadramento profissional do exercício, na melhor evidência científica disponível e na análise crítica e reflexiva da prática clínica ao longo do Estágio, que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Cuidar em Enfermagem Pediátrica, envolve inúmeras especificidades e implica reconhecer e valorizar a criança e a família como um sistema, em todos os contextos de cuidados. Neste percurso formativo o foco de especial atenção foi o cuidado à criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e a preocupação com esta problemática decorre da minha experiência profissional. Como qualquer doença da criança esta provoca um grande impacto na própria e na sua família. Para os cuidadores constitui um desafio, por exigir uma permanente vigilância e uma reestruturação, reorganização e adaptação repentinas dos cuidados. No quotidiano, a família assume a responsabilidade de gerir a doença. Contudo, à medida que a criança vai crescendo a gestão deve ser partilhada de modo a que esta seja integrada e assumida gradualmente a responsabilidade, até à sua total autonomia.

Os avanços tecnológicos e a crescente evolução nos cuidados de saúde exigem uma atualização e formação constantes, uma vez que os enfermeiros assumem-se como recursos fundamentais na educação e na capacitação da criança e família, promovendo a gestão eficaz da diabetes. É importante que os profissionais reconheçam os stressores associados e os fatores protetores, de modo a prestar cuidados holísticos, não traumáticos e centrados na família. A partir do aprofundamento desta temática, na tentativa duma melhoria da qualidade dos cuidados, foram desenvolvidas várias atividades que permitiram o acompanhamento das crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1 e sua família.

Este relatório é constituído pelo enquadramento teórico e conceptual, a justificação do tema central, a metodologia, o percurso de Estágio e aprendizagens significativas para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, e por fim as considerações finais.

Palavras-chave: Criança; Família; Diabetes *Mellitus* Tipo 1; Enfermagem Pediátrica

ABSTRACT

This Report aims to explain the training path that was supported by theoretical nursing frameworks, the professional framework of the exercise, the best available scientific evidence and the critical and reflective analysis of clinical practice throughout the Internship, which contributed to the development of common and specific nursing skills of Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

Caring in Pediatric Nursing involves numerous specificities and implies recognizing and valuing the child and family as a system, in all care contexts. In this training path, the focus of special attention was the care of children with Type 1 Diabetes Mellitus and the concern with this problem stems from professional experience. As with any child's illness, this one has a great impact on itself and on her family. For caregivers, it is a challenge as it requires permanent vigilance and sudden restructuring, reorganization and adaptation of care. In daily life, the family assumes responsibility for managing the disease. However, as the child grows, management must be shared so that it is integrated and gradually assumes responsibility, until its full autonomy.

Technological advances and growing evolution in health care require constant updating and training, since nurses are fundamental resources in the education and training of children and families, promoting the effective management of diabetes. It is important that professionals recognize the associated stressors and protective factors in order to provide holistic, non-traumatic and family-centered care. Arising from this theme, in an attempt to improve the quality of care, several activities were developed allowing the monitoring of children with Type 1 Diabetes Mellitus and their families.

This report comprises theoretical and conceptual framework, justification for the central theme, methodology, Internship path and significant learning for the development of Specialist Nurse skills and, in the end, final considerations.

Keywords: Child; Family; Diabetes *Mellitus* Type 1; Pediatric Nursing

LISTA DE SIGLAS

AAP – *American Academy of Pediatrics*

ADA – *American Diabetes Association*

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDI – Consulta de Desenvolvimento Infantil

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CEBC – Centro de Estudos do Bebê e da Criança

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

CSIJ – Consultas de Saúde Infantil e Juvenil

DC – Doença Crónica

DMT1 – Diabetes *Mellitus* Tipo 1

DMT2 – Diabetes *Mellitus* Tipo 2

DOCE – Registo das Crianças e Jovens com Diabetes

EACH – *European Association for Children in Hospital*

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

GC – Glicemia Capilar

IDF – *International Diabetes Federation*

IPI – Intervenção Precoce na Infância

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

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

ISPAD – *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*

NACJR – Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

NCTSN – National Child Traumatic Stress Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

PND – Programa Nacional para a Diabetes

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PC – Parceria de Cuidados

PT – Plano Terapêutico

PTOG - Prova de Tolerância Oral à Glicose

RN – Recém-nascido

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SGS – *Schedule of Growing Skills*

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SO – Serviço de Observação

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	14
1.1. Cuidar em Enfermagem Pediátrica	14
1.2. Cuidar à Luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	17
1.3. Cuidar da Criança com Doença Crónica.....	19
1.4. A Criança com Diabetes Tipo 1	21
1.5. Capacitação da Criança e Família para a Gestão da Diabetes	23
2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	29
3. METODOLOGIA DE TRABALHO	30
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO – DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	32
4.1. Serviço de Urgência Pediátrica	32
4.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	38
4.3. Serviço de Neonatologia	44
4.4. Consulta de Desenvolvimento Infantil.....	49
4.5. Serviço de Internamento Pediátrico	54
4.6. De Enfermeira de Cuidados Gerais a Enfermeira Especialista.....	60
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Conceptual

Apêndice II – Cronograma de Estágio

Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice IV – Gestão de Cuidados à Criança com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 em Contexto de Urgência: Sessão de Formação

Apêndice V – Aleitamento Materno: Guias Informativos de Educação para a Saúde

Apêndice VI – Hipoglicemia no Recém-Nascido: Instrumento de Apoio

Apêndice VII – Promoção das Competências Oro-Motoras do Recém-Nascido: Instrumento de Apoio

Apêndice VIII – Motricidade Global: Instrumento de Educação para a Saúde

Apêndice IX – Comunicação e Relação com a Criança e Jovem: Intervenções de Enfermagem

Apêndice X – Lista de Ensinos sobre a Diabetes *Mellitus* Tipo 1: Episódio Inaugural

Apêndice XI – Tabela de Monitorização da Glicemia Capilar e/ou Cetonemia

Apêndice XII – Diabetes *Mellitus* Tipo 1 Inaugural - Insulinoterapia e Controlo Glicemico: Guia de Ensino

Apêndice XIII – Diabetes *Mellitus* Tipo 1: Guia Informativo

INTRODUÇÃO

O presente documento denominado “Relatório de Estágio” foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado no biénio letivo 2019-2021, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem a capacidade de integração e aplicação dos conhecimentos, capacidade de compreensão e resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos relativamente a questões complexas, o que inclui reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções, desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei n.º 65, 2018). O título de Enfermeiro Especialista (EE) reconhece a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em cada área de especialidade reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (Lei n.º 156, 2015), sendo a área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria uma destas áreas (OE, 2017a).

A elaboração deste relatório tem como finalidade dar a conhecer o percurso formativo que conduziu ao desenvolvimento das competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família¹ (ESEL, 2020).

Durante o percurso formativo, refleti sobre as minhas competências fazendo um paralelo com o perfil de competências comuns do EE e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP). Ao longo do Curso de Mestrado, apesar da minha experiência de cuidar de crianças com situação de saúde aguda, identifiquei algumas lacunas e tomei consciência que algumas áreas teriam que ser alvo de maior investimento.

Decorrente da minha prática diária identifiquei a necessidade de desenvolver competências para prestar cuidados especializados à criança e jovem com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DMT1) e família. Assim, durante o Estágio tive um foco de maior atenção que foi os cuidados de enfermagem à criança e jovem² com DMT1.

¹ Neste documento são utilizados como sinónimos pais, família e cuidadores.

² Neste trabalho é utilizado a palavra criança referindo-se a todo o indivíduo com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos menos um dia.

Todo o meu percurso formativo nos diferentes contextos de estágio foi baseado na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), perspetivando cuidados de enfermagem em parceria, nos Cuidados Não-Traumáticos (CNT) e ainda no Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Para esta autora, qualquer fonte de *stress* que afete o sistema família, torna-o mais vulnerável (Apêndice I) e a Diabetes da criança afeta toda a família provocando desequilíbrio na sua hemóstase. Pelo que foi referido este foi eleito como orientador dos cuidados à criança e família durante o Estágio.

O Estágio teve a duração de 18 semanas, perfazendo um total de 450 horas e desenvolveu-se no Serviço de Urgência Pediátrica, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, no Serviço de Neonatologia, na Consulta de Desenvolvimento Infantil e no Serviço de Internamento Pediátrico (Apêndice II). Nestes diversos contextos tive a possibilidade de contactar e intervir em diferentes realidades e prestar cuidados à criança e família nos três níveis de prevenção, com diferentes estados de saúde e diversas culturas.

Como refere a OE (2010), a atuação do EE inclui competências aplicáveis em cuidados de saúde primários, secundários e terciários, envolve a educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui ainda a responsabilidade sobre a investigação, para melhorar a prática da enfermagem. Durante o Estágio, nos diferentes contextos fiz observação participativa; colaboração direta na prestação de cuidados à criança e família e prestei cuidados de enfermagem à criança e família. É de salientar a prática reflexiva que me ajudou na tomada de decisão. A elaboração de trabalhos escritos permitiram procurar e refletir sobre a melhor e mais recente evidência científica conduzindo ao desenvolvimento de conhecimentos que sustentaram a minha prática. Esta pesquisa bibliográfica foi feita em várias bases de dados, consultei bibliografia de referência relacionada com os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, com o desenvolvimento infantil, com a comunicação com a criança, com as patologias mais frequentes na infância e com a DMT1.

A elaboração deste documento foi feita segundo as orientações do Regulamento do Mestrado (ESEL, 2019) e respeita as regras da Norma *American Psychological Association* (APA), contempladas no guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2020)

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido por capítulos. A introdução apresenta o trabalho e a metodologia utilizada para a sua realização, segue-se o enquadramento teórico e conceptual, especificando as filosofias e modelos

orientadores da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Posteriormente apresenta-se a justificação da problemática e a metodologia de trabalho utilizada para a realização do Estágio. Seguir-se-á a descrição e análise do percurso formativo, com a respetiva definição dos objetivos e a reflexão das atividades e competências desenvolvidas por contexto. Para concluir, apresentam-se as considerações finais sobre as experiências vividas, refletidas e partilhadas e os contributos deste percurso para a prática de enfermagem. Por fim, as referências bibliográficas que suportaram a construção deste documento e os apêndices produzidos ao longo do percurso formativo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. Cuidar em Enfermagem Pediátrica

Com a evolução do pensamento em enfermagem e do paradigma, surgiram conceitos, modelos, teorias e filosofias, que se constituem como um suporte para a prática de enfermagem, nomeadamente, a enfermagem pediátrica em enfoque neste relatório. Seguindo a mesma linha de pensamento, a teoria é importante tanto para a enfermagem enquanto disciplina, como enquanto profissão e a utilização de modelos teóricos permite a adoção de práticas consistentes e focadas no fenómeno de interesse, contribuindo para a melhoria das práticas de cuidados.

Este capítulo visa clarificar e fundamentar os quadros de referência que influenciaram o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP e mestre, uma vez que, sustentaram as práticas, a análise e a reflexão e serviram de suporte à elaboração deste relatório.

Cuidar é a essência da Enfermagem. Collière (1999) afirma que “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente um ato de reciprocidade que prestamos à pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (p.235). A mesma autora acrescenta que cuidar em enfermagem envolve aspetos científicos, artísticos, humanísticos, éticos e técnicos, onde estão presentes várias dimensões do cuidar: emocional, mental, estética, intuitiva, física, espiritual e experiencial (Collière, 2003). Cuidar é um processo relacional e um meio de comunicação e manifestação de sentimentos humanos (Watson, 2002, 2005). Ao cuidar, o enfermeiro desenvolve uma relação interpessoal que tem inerente um processo de partilha, na qual se reconhece a autonomia e as capacidades do outro, ocorrendo uma reciprocidade contínua, com um movimento de “dar e receber” significativo para ambos os intervenientes (Vieira, 2008). Cuidar significa também valorizar e reconhecer o outro, enquanto pessoa, como um todo, preservando a complexidade da sua personalidade (Diogo & Mendonça, 2019).

Cuidar em Enfermagem Pediátrica, envolve inúmeras especificidades e implica reconhecer a criança e a família como um sistema. O objetivo e o maior desafio, é, manter ou recuperar o equilíbrio do sistema, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. A enfermagem de saúde infantil e pediátrica pretende promover e garantir a saúde da criança e da família. A promoção da saúde infantil

pressupõe fornecer e garantir oportunidades e recursos para permitir que todas as crianças alcancem o seu potencial máximo de saúde. A vigilância contínua das alterações físicas, psicológicas e emocionais que ocorrem desde o nascimento até à adolescência, permitem identificar precocemente atrasos no desenvolvimento e intervir. A intervenção célere e personalizada irá fortalecer as capacidades cognitivas, emocionais, comunicacionais, de autoestima e de independência das crianças (Hockenberry, 2014; 2019).

Em contexto de saúde infantil, cuidar da criança pressupõe sempre uma parceria de cuidados, fundamentada na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, que além de cuidar da criança e da família, também reconhece a família como unidade de cuidado. Neste sentido, a implementação dos CCF permitiu um avanço importante na enfermagem pediátrica (Hockenberry, 2014; 2019).

A família deve ser reconhecida como qualquer pessoa envolvida no crescimento e desenvolvimento da criança e responsável pelos cuidados à mesma. Os pais são, na maioria das vezes os principais cuidadores da criança. Contudo, não podem ser excluídos enquanto alvo da intervenção do enfermeiro, outros indivíduos (irmãos, avós, família alargada, amigos, educadores e professores, entre outros) que assumam um papel relevante na vida da mesma (OE, 2015b).

Segundo a *American Academy of Pediatrics [AAP]* (2012) e o *Institute for Patient and Family-Centered Care* (2017) os pilares fundamentais dos CCF são a dignidade e o respeito, a partilha de informação e a tomada de decisão, a participação nos cuidados e por último, a colaboração no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas de saúde, tendo por base a aceitação das crenças e valores, diversidade cultural, étnica, racial e socioeconómica da família.

Partindo destas premissas, os CCF têm como principal missão a capacitação e simultaneamente o *empowerment* da família, através do apoio e do respeito, bem como, do encorajar e potencializar a força da família no desempenho das suas funções parentais (Hockenberry, 2014; 2019).

Para o cumprimento destes pressupostos, é fundamental que o enfermeiro escute os clientes, transmita a informação de forma clara, completa, imparcial, precisa e útil, e que permita à família envolver-se ativamente no processo de tomada de decisão e nos cuidados. Esta colaboração, em enfermagem pediátrica, leva a que profissionais e familiares trabalhem em conjunto no cuidado holístico da criança, atendendo a todas as suas necessidades (Hockenberry, 2014; 2019). De acordo com Coyne, O'Neill, Murphy, Costello e O'Shea (2011) a dimensão holística dos CCF, exige

aos enfermeiros, o conhecimento das necessidades da família (médicas, físicas, sociais, psicológicas, espirituais e económicas), assim estes, para além de cuidarem da criança doente, também cuidam da família, indo de encontro aos efeitos colaterais da doença em ambas.

Para além dos CCF, os cuidados de enfermagem pediátrica orientam-se por outro princípio, o dos Cuidados Não Traumáticos (CNT). Frequentemente, as intervenções de enfermagem causam sofrimento físico, geram sentimentos de desconforto, podendo ser causadoras de trauma. Compete ao enfermeiro investigar, planear e definir estratégias que minimizem o sofrimento da criança, criando condições de segurança e eficácia sempre que cuidados traumáticos sejam necessários e imprescindíveis.

Os CNT são cuidados terapêuticos e humanizados, realizados por profissionais de saúde, através do uso de intervenções cuja finalidade é eliminar ou minimizar o desconforto físico e psicológico experimentado pela criança e familiares durante determinadas intervenções (Hockenberry, 2014; 2019). O desconforto físico relaciona-se com qualquer ação com impacto nos estímulos sensoriais da criança, como a dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, escuridão, luminosidade extrema, sonolência e/ou imobilização. O desconforto psicológico inclui a ansiedade, *stress*, medo, tristeza, raiva, vergonha ou culpa. Deste modo, os CNT centram-se nas questões de onde, quem, como e porquê de qualquer intervenção realizada à criança. Na eficaz implementação destes cuidados, o enfermeiro deve controlar os fatores internos e externos que comprometam o objetivo de prevenir ou minimizar o *stress* psicológico e físico da criança. Esta orientação para a prática de cuidados, assenta em três princípios essenciais: prevenir a separação da criança da sua família, promover a sensação de controlo e evitar ou atenuar as intervenções invasivas, a lesão corporal e a dor (Hockenberry, 2014; 2019).

Assim, é possível afirmar que, de acordo com Hockenberry (2014, 2019), os CNT promovem um cuidado com grandes benefícios para a criança e família, pois permitem reduzir o *stress* psicológico e físico minimizando o impacto negativo das intervenções e da hospitalização, com a intencionalidade de maximizar o bem-estar. Também a OE (2020) refere que a promoção de CNT é uma filosofia de cuidados e um domínio do saber que deve pautar toda a prestação de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pois o impacto das experiências traumatizantes podem refletir-se no futuro desenvolvimento da criança.

Sendo o alvo dos cuidados pediátricos a criança e a família, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman dá-nos contributos para o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem a este binómio.

1.2. Cuidar à Luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Betty Neuman desenvolveu um modelo de cuidar em enfermagem baseado na teoria dos sistemas. Este modelo defende que, enquanto sistema, o cliente pode ser uma pessoa, uma família, um grupo ou uma comunidade, sendo visto como um todo, cujas partes estão em interação dinâmica e simultânea. Com uma visão holística e humanista, cada sistema é aberto e único, ou seja, os seus elementos trocam energia de informação dentro da sua complexa organização. O modelo considera assim que existem cinco variáveis que poderão ser afetadas conduzindo ao desequilíbrio do sistema, nomeadamente: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual. Por sua vez, e associado aos processos de saúde-doença, o sistema responde a uma diversidade *stressores* internos ou externos (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

Os *stressores* são forças ou estímulos ambientais, produtoras de tensão e que têm o potencial de causar a instabilidade do sistema. Podem ser forças intrapessoais (que ocorrem no indivíduo), interpessoais (que ocorrem entre um ou mais indivíduos) e extrapessoais (que ocorrem fora do indivíduo) (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

Neuman construiu um diagrama explicativo do sistema-cliente. No centro existe um círculo que representa o sistema, composto por características inatas ou genéticas, fatores básicos de sobrevivência. Este encontra-se rodeado por anéis concêntricos, as “linhas de defesa” e as “linhas de resistência” que funcionam como mecanismos protetores da estrutura nuclear do sistema. A linha mais externa do diagrama, denominada “linha de defesa flexível” é dinâmica e pode ser alterada num curto espaço de tempo por fatores como a nutrição ou o sono inadequado. Funciona como um amortecedor ou escudo, impedindo que os *stressores* atravessem e alterem a estabilidade do sistema. Seguidamente e mais interna, surge a “linha de defesa normal”, esta é preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para que seja possível identificar os desvios ao bem-estar habitual do cliente. Posteriormente, encontram-se as linhas de resistência, que retratam os fatores de recurso que apoiam

o cliente a lutar contra um *stressor* que ultrapasse as linhas anteriores, devendo reequilibrar novamente o sistema, um exemplo é o sistema imunitário (Freese, 2004).

A forma como o cliente reage aos *stressores* depende do momento em que estes ocorrem, da duração, da condição presente e passada, da sua natureza, da intensidade e da quantidade de energia requerida para a adaptação à situação (Neuman, 2011).

Assim, o modelo apresentado foca-se em quatro pressupostos principais, sendo eles a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem. Na área da saúde infantil e pediatria, considera-se: a **Pessoa** como a criança/jovem e família que constituem o sistema aberto estando, portanto, vulneráveis aos *stressores* do ambiente. A influência destes vai ter implicações ao nível das cinco variáveis defendidas por Neuman; o **Ambiente** é considerado todo o meio envolvente que estabelece com a pessoa uma relação recíproca, isto é, afetam e são afetados pelo sistema, nomeadamente, os amigos, a escola, a família mais alargada, o emprego dos pais, etc.; a **Saúde** é entendida como a condição ou o grau de estabilidade do sistema e é considerada uma continuidade do bem-estar para a doença, de natureza dinâmica e sujeita à mudança; a **Enfermagem** é a profissão que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress* (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

Neste modelo, Neuman defende que o enfermeiro tem o dever de intervir ativa e precocemente, de forma a prevenir ou a reduzir o impacto nas variáveis afetadas pelos *stressores*, com intencionalidade terapêutica promotora do cuidado holístico e personalizado, com o objetivo principal de assistir a criança e família a atingir, manter, restaurar ou reter a estabilidade e o bem-estar do sistema, conservando energia. A estabilidade acontece quando todas as partes do sistema estão em harmonia e equilíbrio. Para tal, o enfermeiro deve identificar os *stressores* que ameaçam a saúde da criança e família, fazer o diagnóstico da situação, avaliar as necessidades, definir estratégias, implementar intervenções de prevenção primária, secundária e terciária e por fim, avaliar os resultados (Neuman, 2011). Quando o sistema adquire estabilidade ocorre a sua revitalização (Heslin, 1986 citado por George, 2000).

A prevenção primária permite identificar, minimizar ou limitar os fatores de risco, possíveis ou reais, antes que a reação ao *stressor* ocorra. Protege a linha de defesa normal (nível habitual de estabilidade), fortalecendo a linha de defesa flexível (proteção do sistema contra os *stressores*). O objetivo é promover o bem-estar através da promoção e manutenção da saúde, reduzindo o risco ou o perigo, através de

estratégias de educação, sensibilização e modificação de comportamentos no estilo de vida (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

A prevenção secundária ocorre após a reação a um *stressor* e pressupõe providenciar o tratamento adequado dos sintomas, de forma a obter o bem-estar do cliente, a conservação de energia e o equilíbrio do sistema. Caracteriza-se pela implementação de intervenções que permitam à criança e família readquirir a estabilidade do sistema (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

A prevenção terciária visa manter e proteger o processo de reconstituição do sistema após o tratamento, permitindo que o cliente se adapte às novas circunstâncias através dos pontos fortes de apoio existentes. A reconstituição começa em qualquer ponto após o início do tratamento para a invasão dos *stressores* (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

Este modelo tem sido amplamente utilizado em todas as áreas da prática de enfermagem e permite assim, uma intervenção multinível, possibilitando uma abordagem simultânea nos três níveis de prevenção (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

1.3. Cuidar da Criança com Doença Crónica

O processo saúde-doença representa muitas vezes a primeira crise que a criança e a família vivenciam e enfrentam, desencadeando uma grande instabilidade emocional que envolve emoções negativas como o medo, a angústia, a tristeza, a ansiedade e a incerteza (Tavares, 2011; Sanders, 2014; Diogo, Vilelas & Rodrigues, 2015, 2016; Merck & McElfresh, 2019). Esta é uma situação potencialmente *stressante* e que provoca na criança, para além de alterações físicas, um aumento da vulnerabilidade ao desequilíbrio emocional (McElfresh & Merck, 2014; Sanders, 2014) pois terá de desenvolver mecanismos de defesa e *coping* para lidar com os *stressores*, necessitando de apoio externo para ultrapassar esta crise (Diogo et al, 2015; Hockenberry, 2014; 2019).

Cada sistema (criança e família) é único, e a forma como cada momento é afetado por um *stressor* é singular (Neuman, 2011). A vivência da doença e o impacto dos cuidados de saúde inerentes exigem do EEESIP um apoio emocional, técnico e científico especializado e personalizado, de forma a minimizar o impacto negativo das emoções, procurando uma vivência o mais positiva possível (Diogo et al., 2015, 2016).

Os efeitos negativos do processo saúde-doença são mais exacerbados, nas situações de doença crônica (McElfresh et al, 2014; Docherty, Brandon, Superdock & Barfield, 2019).

Segundo a OE (2017), a doença crônica (DC) refere-se a “qualquer doença de evolução prolongada, que exija uma vigilância de saúde e tratamentos específicos, com vista a uniformizar um padrão de qualidade que vise a normalização.” (p.13). Apesar da existência de inúmeras doenças crônicas e das diferenças entre si no que respeita a etiologia, sinais e sintomas, consequências e tratamentos, todas elas desencadeiam emoções, expectativas e intervenções que se revelam *stressantes* e potenciam mudanças e adaptações na vida da criança e família, desde o momento do diagnóstico (Nogueira & Pires, 2001 citados por Charepe & Figueiredo, 2011).

Depois de conhecido o diagnóstico, independentemente da doença, a criança e a família vivenciam uma sequência de etapas que devido aos sentimentos de perda vividos, estão relacionados com as fases do processo de luto. Primeiramente o choque/negação ou desorganização, posteriormente o ajustamento/adaptação ou recuperação e por último, a reintegração ou reorganização (González, 2007; McElfresh et al, 2014), caracterizados por sentimentos de sofrimento, depressão, culpa, raiva, vergonha e indecisão (Sen & Yurtsever, 2007).

A percepção do verdadeiro impacto de um diagnóstico de doença crônica pode levar meses ou anos. A família experimenta várias dificuldades durante o processo de adaptação (psicológicas, sociais, económicas e outras relacionadas com o cuidar) podendo ocorrer mudanças nos papéis individuais e na organização familiar. Todas as pessoas significativas para a criança são profundamente afetadas, as reações da criança e dos pais/irmãos modificam-se, a interação social transforma-se, os encargos financeiros aumentam e as necessidades de cuidados multiplicam-se, forçando uma reorganização do funcionamento do sistema familiar (Sen et al, 2007).

Neste sentido, o impacto da DC na criança e na família pode ser minimizado se a abordagem efetuada, em termos de cuidados de saúde, enfatizar as suas capacidades e potencialidades. A atenção deve focar-se nas experiências normais, no ajustamento do ambiente e na promoção das capacidades de adaptação, tendo em vista a capacitação e *empowerment* de cada criança e família (Hockenberry, 2014; 2019; Hockenberry & Barrera, 2014; McElfresh et al, 2014; Docherty et al, 2019), contribuindo para que possam reter, atingir ou manter o seu equilíbrio e alcançar o seu bem-estar (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011).

1.4. A Criança com Diabetes Tipo 1

A Diabetes destaca-se como uma das doenças crónicas (DC) mais prevalentes em idade pediátrica e é atualmente reconhecida como um grave problema de saúde pública, pela sua crescente incidência e prevalência, acompanhada de uma elevada morbilidade e mortalidade (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP], s.d.; Programa Nacional para a Diabetes [PND], 2019).

O termo Diabetes *Mellitus* descreve uma DC que agrupa um conjunto de perturbações metabólicas complexas, caracterizadas pela insuficiente produção de insulina pelo pâncreas, resistência à ação da insulina ou de ambas. Desta situação resulta uma perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, dos lípidos e das proteínas, o que leva ao aparecimento de hiperglicemia caracterizada pelo aumento dos níveis de concentração de glicose no plasma sanguíneo (*American Diabetes Association [ADA], 2014; International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes [ISPAD], 2018; International Diabetes Federation [IDF], 2019*).

De acordo com a IDF, em 2019, estima-se a existência de 463 milhões de adultos com diabetes e mais de 1,1 milhão de crianças e jovens (0-19 anos) com Diabetes Mellitus Tipo 1. Cerca de 129 mil novos diagnósticos por ano, dos quais 98 mil são crianças com menos de 15 anos. Comparativamente a 2017, constata-se um aumento de mais 38 milhões de doentes. Tendo em conta a evolução sentida, estima-se que, em 2030, existirão 578 milhões de pessoas com diabetes e, em 2045, cerca de 700 milhões.

Analisando estes números, é evidente que esta é uma situação de saúde preocupante e uma doença em crescimento, pelo que, os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular devem estar alerta para esta situação.

Embora a etiologia da diabetes seja heterogénea, a maioria dos casos de diabetes pode ser classificado em duas grandes categorias: Diabetes *Mellitus* Tipo 1, que é caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas (β), o que leva a uma deficiência absoluta de insulina; ou Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DMT2) que surge devido a uma resistência na ação da insulina e/ou numa anomalia na secreção de insulina (ISPAD, 2018).

Em idade pediátrica, apesar do aumento da prevalência de DMT2, associada ao aumento da obesidade infantil, a DMT1 é, ainda, a forma mais prevalente neste grupo etário e uma das doenças crónicas com mais impacto na infância (APDP, s.d.; PND, 2019). Segundo a APDP, a DMT1 está a aumentar 3%, por ano, nas crianças e jovens em geral, e 5% nas crianças em idade pré-escolar. Na Europa, por ano, são

diagnosticadas 31,1 mil crianças e adolescentes com DMT1, aproximadamente 85 crianças por dia (IDF, 2019).

No que concerne à prevalência estimada da DMT1 em Portugal, os dados disponíveis mais recentes remontam-nos a 2015, e de acordo com o Registo Nacional - DOCE, a DMT1 atingia 3327 indivíduos com idades entre os 0-19 anos, que corresponde a 0,16% da população desta faixa etária. No mesmo ano, a DMT1 atingia 1828 jovens com idade entre os 0-14 anos, tendo sido detetados 195 novos casos, que correspondem a 13,3 casos por cada 100.000 indivíduos deste escalão etário (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2016; PND, 2019).

O diagnóstico desta doença tem implicações importantes para a saúde individual da criança, mas também da família envolvente, pelo que, a sua deteção e intervenção precoce devem ser uma preocupação do enfermeiro. Em crianças e jovens, os principais sinais clínicos de DMT1 são a poliúria, polidipsia, nictúria e enurese, associados frequentemente a uma polifagia, perda de peso, cansaço e visão turva (ISPAD, 2018). Devido à falta de regulação de insulina ocorre um aumento da glicose sérica e consequente diminuição da entrada de glicose no interior das células. Por este motivo, origina um aumento do nível de glicose na circulação sanguínea que pode ultrapassar a capacidade funcional renal, dando origem a alterações eletrolíticas, ao aumento da diurese, perda de fluídos e de calorías (ISPAD, 2018), o que justifica a necessidade de um maior aporte hídrico e alimentar e o emagrecimento rápido.

De acordo com o estabelecido pela ISPAD, o diagnóstico da DM é realizado com base nos seguintes critérios: Glicose sérica ≥ 200 mg/dl; ou Glicose sérica em jejum, com mais de 8 horas ≥ 126 mg/dl; ou Glicose sérica após Prova de Tolerância Oral à Glicose (PTOG) às 2 horas ≥ 200 mg/dl, utilizando uma carga de glicose de 1,75g/kg até ao valor máximo de 75g; ou Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ % (SPD, 2016; ISPAD, 2018; PND, 2019).

A DM1 não é uma doença herdada, é uma doença autoimune, mas a predisposição genética é um fator importante na sua etiologia. Cerca de 85% dos doentes com DMT1 não têm história familiar de diabetes, porém, crianças filhas de pais com DMT1 têm maior risco de desenvolver a doença (Record, Ballard & Barry, 2014; Barry & Connely, 2019; PND, 2019). Em cerca de 70 a 90% dos doentes, a perda de células β ocorre devido ao aparecimento de autoimunidade, que se acompanha da formação de anticorpos contra estas células, levando ao diagnóstico da DMT1 autoimune ou tipo 1a. Uma pequena percentagem de doentes não apresenta auto anticorpos, e a causa desta destruição das células dos ilhéus pancreáticos permanece

desconhecida, denominando-se DMT1 idiopática ou tipo 1b, nestes casos, considera-se que existe uma importante componente genética (PND, 2019).

Habitualmente os anticorpos desaparecem um ano após o diagnóstico e tratamento, contudo, em algumas pessoas podem persistir durante anos (Record et al, 2014; Barry et al, 2019). Estudos recentes apresentam uma nova teoria, na qual, os genes HLA causam um defeito no sistema imunológico que torna o portador suscetível a um processo de ativação, que pode ser uma fonte de origem alimentar, um vírus, uma bactéria ou um produto químico. O fator predisponente inicia um processo autoimune que destrói gradualmente as células β , e sem estas o organismo fica incapaz de produzir insulina (Record et al, 2014; Barry et al, 2019; PND, 2019).

Embora se continue a conhecer pouco sobre os fatores desencadeantes desta patologia, alguns estudos sugerem uma maior prevalência de DMT1 em crianças com introdução precoce do leite de vaca ou com utilização frequente de antibióticos. Como fator protetor, as investigações destacam o aleitamento materno. Por outro lado, o *stress* das células β apresenta-se como um fator ambiental que leva a autoimunidade, esta hipótese sugere que fatores que aumentem a necessidade de insulina, aumentam também a probabilidade de DMT1 como a puberdade, o crescimento repentino, a obesidade, o sedentarismo, as infeções e a sobrecarga de glicose. O *stress* psicológico, relacionado com eventos de vida traumáticos, também é apontado como influente no desencadear da doença (PND, 2019).

A gestão terapêutica da DMT1 implica educação, suporte, promoção de uma alimentação saudável, de atividade física e saúde mental, controlo glicémico e administração de insulina frequente ao longo do dia. Uma gestão inadequada pode traduzir-se, a longo prazo, em co morbilidades (micro e macrovasculares), doenças autoimunes, alterações do crescimento e desenvolvimento e alterações neurológicas e da saúde mental (Cameron, Northam & Ryan, 2019).

1.5. Capacitação da Criança e Família para a Gestão da Diabetes

Ser criança pressupõe curiosidade e disponibilidade para absorver o máximo de informação e conhecimentos na interação com o mundo. A infância e a adolescência são etapas caracterizadas pelo desenvolvimento contínuo e enriquecedor, o que faz das crianças e dos jovens alvos importantes, interessantes e extremamente permeáveis a ensinamentos e aprendizagens no contexto da saúde (PND, 2019). As crianças representam

o futuro, pelo que, o seu crescimento e desenvolvimento saudável devem ser uma prioridade para todos os cuidadores. Para o enfermeiro o principal desafio é realizar a ponte entre o pensamento, o comportamento, as atitudes, os valores e as variações emocionais da idade e estágio de desenvolvimento de cada criança, com as particularidades sociofamiliares de cada um, no fundo, uma abordagem personalizada e eficaz que vá de encontro às necessidades individuais de cada criança e família (PND, 2019).

Os mecanismos de adaptação, inatos e aprendidos são fundamentais para a capacidade da criança lidar com a sua doença (McElfresh et al, 2014). A educação terapêutica é a chave para o tratamento e controlo bem-sucedido da Diabetes (Swift, 2009), esta necessita de ser estruturada, abrangente e individualizada, tendo em conta a idade e o estágio de desenvolvimento de cada criança (OE, 2011). Tem como objetivo principal dotar as crianças e famílias de conhecimentos e competências para realizarem o controlo e autocuidado, para gerirem as crises e para adotarem mudanças no estilo de vida que permitam gerir a doença com sucesso (Swift, 2009).

As intervenções educacionais, para as crianças, devem ser cuidadosamente planeadas, com objetivos de aprendizagem específicos e metas estabelecidas em conjunto com as crianças, família e cuidadores, pois, as prioridades dos profissionais de saúde podem não corresponder às mesmas da criança e da família. Assim, a educação deve ter por base uma avaliação prévia dos conhecimentos, crenças, comportamentos, estilo de vida, capacidade e prontidão para aprender (Swift, 2009).

Com o contacto progressivo com a criança e a família, o enfermeiro observa e percebe as reações face à doença, as capacidades funcionais e os comportamentos adaptativos, explora a compreensão da criança sobre a sua própria doença e proporciona apoio para a aprendizagem e percepção dos sentimentos vividos. Deve ainda encorajar a criança a verbalizar as suas preocupações, pois, as crianças com atitudes de maior aceitação e positivismo face à sua situação de doença, adotam um estilo mais adaptativo caracterizado pelo otimismo, anuência e competência. Uma das mais importantes intervenções para promover o *coping* na criança consiste em aliviar o sentimento de ser diferente e normalizar, tanto quanto possível, a sua vida. A aplicação do princípio da normalização visa que as rotinas diárias da criança devem adaptar-se aos horários da família e não o contrário (McElfresh et al, 2014).

Quando pensamos no tratamento da DMT1, pensamos de imediato em como as competências cognitivas, socio-afetivas e morais, podem estar comprometidas pela obrigatoriedade e exigência que o tratamento impõe no quotidiano da criança e da

família (PND, 2019). A vivência da criança é influenciada por diversos fatores, dos quais se destacam: o estágio de crescimento e desenvolvimento, de temperamento e estratégias de *coping* disponíveis; da reação da família e pessoas significativas; e da condição de saúde em si (McElfresh et al, 2014).

Assim, a educação terapêutica das crianças e jovens com DMT1 e seus familiares, necessita de ser um processo contínuo, adaptado e personalizado à idade, ao estágio da diabetes, à maturidade e ao estilo de vida de cada criança, fornecendo suporte e motivação, num ritmo que atenda às necessidades individuais de cada criança e que seja culturalmente sensível (Swift, 2009).

Neste sentido, é importante referir que:

Os **lactentes e toddlers** dependem totalmente dos pais e dos cuidadores para a monitorização e gestão da doença, pelo que, é importante que exista uma forte relação de vinculação e confiança entre si. Nesta faixa etária, as crianças apresentam comportamentos associados a alterações de humor, que não são fáceis de identificar, como próprios do desenvolvimento e/ou relacionados com a doença (por exemplo: situações de hipoglicemia ou hiperglicemia), e podem entender as punções como dor infringida pelos cuidadores, pelo que, é importante incluir os objetos de segurança (chucha, ô-ô, fralda de pano, peluche, etc), promover a distração com brinquedos, músicas ou vídeos durante os procedimentos e dar mimo, colo e afeto posteriormente. Ao longo desta etapa, também apresentam níveis de atividade e irregularidades alimentares imprevisíveis, o que leva a uma maior dificuldade na gestão terapêutica e por consequência uma maior frequência de episódios de hipoglicemia, sendo que, o ensino sobre prevenção, reconhecimento e atuação é uma prioridade. Os pais destas crianças podem sentir um aumento do *stress* e uma diminuição da ligação/vinculação com a criança, levando a sentimentos de depressão decorrentes da exigência da alteração do papel parental (OE, 2011; McElfresh et al, 2014; Record et al, 2014; Barry et al, 2019).

As crianças em **idade pré-escolar** encontram-se numa fase emocionalmente vulnerável, na qual a doença e os tratamentos podem afetar a sua autoestima e autoimagem. Podem perder o controlo sobre funções recentemente adquiridas o que resulta em sentimentos de vergonha e inferioridade. A socialização, consolidação da identidade sexual e a formação da imagem corporal podem ficar comprometidas. Têm um medo particular de experiências traumáticas, pelo que as punções para avaliação da glicemia e administração de insulina são inicialmente um desafio, contudo, quando é utilizada uma abordagem de factos, estas crianças geralmente aceitam os

procedimentos. Por este motivo, antes de qualquer intervenção, devem ser alvo de uma explicação breve e honesta de forma a minimizar o sentimento de culpa com que encaram a doença. Após um procedimento doloroso deve ser dedicado tempo e atenção à criança, com recurso a atividades lúdicas de distração, de forma a converter e a aceitar a ação o mais natural possível, tratando todo o processo como parte integrante da sua rotina de vida. Elogiar o seu comportamento é fundamental (McElfresh et al, 2014; Record et al, 2014; Barry et al, 2019).

Na **idade escolar**, as crianças focam-se na obtenção de domínio sobre o ambiente e a independência, pelo que, já demonstram capacidade de compreensão dos conceitos básicos da doença e do tratamento inerente, assim como, maior facilidade na aceitação da sua condição crónica, contudo, ainda precisam de um envolvimento considerável dos pais. Devem ser incluídas, tanto quanto possível, na tomada de decisão e nos seus próprios cuidados com supervisão e responsabilidade apropriadas, de modo a contribuir para o seu sentido de controlo e autonomia. De forma progressiva demonstram capacidade em reconhecer os sinais e sintomas, bem como, as complicações agudas da doença. Com ajuda, desenvolvem competências relativas à monitorização da GC e à autoadministração da insulina (OE, 2011). Por outro lado, iniciam o questionamento ativo, pelo que pedem muitas informações sobre a sua situação de saúde e já compreendem as diferenças, o que as pode levar a tentar esconder a existência da doença quando se apercebem de que isso as diferencia de outras crianças. A capacidade de realização e de competição, a identificação com os seus pares e a autoestima podem ser afetadas (McElfresh et al, 2014; Record et al, 2014; Barry et al, 2019) pelo que, os profissionais e os familiares devem procurar normalizar a situação, apoiando na adaptação aos programas escolares, refeições escolares e à prática de desporto e exercício físico (OE, 2011).

Na **adolescência**, a adaptação à doença revela-se mais difícil pois esta é uma etapa caracterizada por mudanças importantes no crescimento e desenvolvimento físico, social, intelectual e psicológico, e a doença impõe o ónus de várias necessidades e procedimentos, *stressores* que podem provocar sentimentos de ansiedade, medo e luto. A autonomia fica ameaçada pela perda de controlo, associada à doença, todavia, geralmente, querem assumir a responsabilidade total pelos próprios cuidados, apesar da inexperiência. Por outro lado, a tendência para a rebeldia pode ser dirigida para a doença e refletir-se na negação, diminuição da adesão ao tratamento ou assumir comportamentos de risco. A doença e o tratamento podem ainda influenciar a sua imagem corporal, diminuindo a sensação de domínio e controlo sobre o corpo em

mudança. Os adolescentes podem ainda vivenciar sentimentos de rejeição por parte do seu grupo de influência, causando isolamento, solidão e depressão, pelo que, devem ser encorajados e permitidos a participar nas decisões relativas à sua saúde. Devem assumir responsabilidades crescentes na gestão da sua doença de forma consistente com o seu estágio de desenvolvimento, maturidade e compreensão da doença (McElfresh et al, 2014; Record et al, 2014; Barry et al, 2019). Por outro lado, é importante que sintam a liberdade para fazerem experiências alimentares, como comer uma *pizza* ou sair à noite com os amigos e gerirem as doses de insulina adaptadas. A eficácia do tratamento nesta etapa do desenvolvimento infantil depende da qualidade do ensino efetuado ao jovem e seus cuidadores. A utilização das novas tecnologias é uma mais-valia para captar a atenção e interesse dos jovens. Esta estratégia deve ser complementada com processos de negociação, definindo prioridades e metas relativamente às tarefas assumidas pelo adolescente, para que estas sejam compreendidas, aceites e se tornem exequíveis (OE, 2011).

A **família da criança com diabetes** vivencia um choque inicial com o diagnóstico, iniciando posteriormente um processo de perda. Comumente atravessam duas fases: a primeira em que vivem o impacto, sucedido da negação; e a segunda na qual iniciam o processo de adaptação às mudanças através da adoção de estratégias de *coping* que lhes permitem encarar e resolver a crise. Do ponto de vista emocional, sofrem intensamente ao longo deste decurso, atenuando progressivamente (OE, 2011).

Assim, a criança/jovem com DMT1 enfrenta alguns desafios psicossociais importantes, nomeadamente, de conhecer a doença, integrar o tratamento na sua rotina, partilhar experiências com os pares, encontrar um espaço de escuta para as suas dificuldades, medos e curiosidades e compreender e aceitar o cuidado extra por parte da família que interfere com o seu desejo de autonomia, próprio do desenvolvimento. A família deve saber escutar, respeitar e negociar as opções da criança e evitar a superproteção, sem abdicar da supervisão, fomentando a independência de acordo com o desenvolvimento e capacidade da criança (PND, 2019). Para potenciar ao máximo a adesão de uma criança ao plano terapêutico (PT), à autonomização, gestão e capacitação, é preciso escutá-la e torná-la protagonista do seu próprio projeto, considerando as suas opiniões e perceções na construção de um cuidado ampliado (Wolkers, Pina & Wernet, 2019). Importa ainda integrar todos os intervenientes nos cuidados, pelo que, a equipa de saúde, a família e a escola devem ser consistentes no apoio prático e emocional, sem julgamentos. A evidência científica

tem vindo a demonstrar os benefícios ao nível do controlo metabólico, do bem-estar psicológico e da qualidade de vida, resultantes desta sinergia de cuidados (PND, 2019).

A forma como a família responde e se adapta à doença, e o modo como é capaz de gerir a mesma, irá influenciar a adaptação da própria criança (Charepe et al, 2011; Gomes, Moreira, Silva, Mota, Nobre & Rodrigues, 2019). Assim, a intervenção do enfermeiro deve focar-se não só na educação da criança e família, na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, na identificação, referenciação e intervenção precoce, na normalização do estilo de vida e na promoção da adesão ao tratamento. Mas também, em desenvolver intervenções de apoio aos sentimentos e emoções vivenciadas pelos pais, com base numa relação terapêutica de confiança, partilha de informação, responsabilidade e tomada de decisão, visando a minimização do impacto da diabetes em todos os intervenientes (OE, 2011; McElfresh et al, 2014).

Neste sentido, destaco algumas intervenções importantes e promotoras da educação e capacitação para a gestão da diabetes na criança e família, nomeadamente: trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar (a equipa deve incluir no mínimo um EEESIP, um médico endocrinologista e um nutricionista); organizar os documentos informativos de apoio e ensino, a entregar; ponderar o ensino individual ou em grupo (em situações de internamento de crianças com o mesmo diagnóstico); escolher um ambiente propício e que conduza à aprendizagem; comunicar com um tom de voz calmo, suave e amigável; envolver a criança e a família na tomada de decisão e nos procedimentos; esclarecer dúvidas e desmistificar medos e receios; facilitar a partilha de sentimentos e emoções, demonstrando disponibilidade e empatia; utilizar tecnologias interativas (vídeos, jogos, brincadeiras, desenhos, lembretes no telemóvel, etc) e incluir a brincadeira terapêutica (adequada ao estágio de desenvolvimento da criança); permitir o manuseamento do material; personalizar a dieta consoante os gostos da criança; negociar horários, locais de punção e administração da insulina; elogiar o comportamento e a aprendizagem, dando reforço positivo; falar sobre as associações de diabetes, as experiências de férias e acampamentos, as atividades existentes, etc. (OE, 2011; McElfresh et al, 2014; Hockenberry, 2014b; Record et al, 2014).

Por tudo o que foi referido anteriormente, é possível perceber que uma abordagem que fortaleça os CCF, a PC e os CNT irá ser promotora da capacitação para a gestão da diabetes da criança e família, e proporciona a melhor oportunidade para a adoção de estratégias de intervenção adequadas que satisfaçam as necessidades únicas de cada sistema.

2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A existência de um problema advém de um momento em que alguém encontra uma dificuldade, identifica um conjunto de coisas que necessitam de ser modificadas ou algo que não funciona adequadamente (Bento, 2011).

Tendo por base o conceito anterior, a problemática que identifiquei no meu contexto de trabalho foi os cuidados à criança e família com DMT1. À luz do modelo de sistemas de Betty Neuman, os cuidados a estas crianças, no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e no Serviço de Internamento Pediátrico (SIP), inserem-se, maioritariamente no âmbito da prevenção secundária. Quando o equilíbrio do sistema é afetado pela confrontação com um diagnóstico de uma doença crónica, como a DMT1, a necessidade de cuidados de saúde, educação e capacitação, torna-se inevitável e fundamental para a reconstituição do sistema.

A prática profissional no SUP leva-me ao contacto com crianças, jovens e famílias, sujeitas ao diagnóstico de uma diabetes inaugural, bem como, situações de agudização da doença.

Até ao início deste meu percurso formativo, após a confirmação do diagnóstico e da estabilização hemodinâmica, as crianças com DMT1 eram transferidas para outro hospital, por não haver nesta unidade hospitalar condições para o seu acompanhamento, pois não existiam *guidelines* de atuação.

Após discussão, em grupo, foi manifestada pela equipa multidisciplinar vontade de dar continuidade aos cuidados a estas crianças, em contexto de internamento. Também foi referida vontade de melhorar, e evoluir no cuidado de saúde às crianças com DMT1. Como elemento desta equipa, senti necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área para dar seguimento aos cuidados a estas crianças de forma competente, confiante e eficaz. Assim, propus-me durante o Estágio a desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança com DMT1 e família.

3. METODOLOGIA DE TRABALHO

O trabalho desenvolvido ao longo de todo o estágio assumiu características fundamentais, como a intencionalidade, a iniciativa, a autenticidade, a complexidade, a incerteza e o carácter prolongado e faseado, tendo sido constituído por cinco etapas de trabalho: o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento das atividades, a execução das mesmas, a sua avaliação e, por último, a divulgação dos resultados neste relatório (Freitas, 2010).

Após uma análise atenta e pormenorizada dos quadros de referência e reguladores da profissão de enfermagem, bem como, das necessidades identificadas decorrentes do autodiagnóstico de competências, foram definidos os objetivos a alcançar, e as atividades a desenvolver em cada contexto de estágio, espelhados no guia orientador das atividades de estágio elaborado previamente (Apêndice III). Este planeamento foi alvo de reestruturação e reformulação no decorrer do processo, resultante das experiências vividas e da otimização das oportunidades de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional.

Como afirma Benner (2001), os enfermeiros desenvolvem-se com base na reflexão pessoal, na pesquisa e na integração dos conhecimentos adquiridos, permitindo-lhes agir de forma intuitiva e evoluir de iniciados a peritos. A reflexão constitui-se uma mais-valia para a prática de enfermagem, fortalecendo o processo de aprendizagem e impulsionando os conhecimentos inerentes à disciplina. Para a melhor construção pessoal e profissional possível, é essencial uma reflexão constante e aprofundada das nossas intervenções, tendo por base as experiências vividas e as aprendizagens adquiridas, suportadas no pensamento crítico e no conhecimento. A pessoa que reflete procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados (Santos & Fernandes, 2004).

Nesta procura e ambição permanentes pela excelência, no exercício profissional, a reflexão, o investimento na formação contínua e no aprofundamento dos conhecimentos para a capacitação para a prática, revelaram-se uma necessidade e uma exigência nos diferentes contextos de estágio.

O meu Estágio teve início no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), seguido do estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), posteriormente no Serviço de Neonatologia, depois na Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI) e

por último, no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP). Durante este último contexto, tive a oportunidade de, durante 4 dias, observar e participar na Consulta de Diabetes de um Hospital Central de Lisboa, sendo este, um serviço de referência nesta área. Em todos estes contextos, tive a orientação de um EEESIP.

Tendo subjacente o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a estrutura básica dos cuidados prestados ao longo de todo este percurso engloba a criança enquanto elemento integrante de uma família, constituindo um sistema, que se encontra em interação dinâmica com o ambiente envolvente, e estando a sua estabilidade dependente do equilíbrio decorrente dessa interação (George, 2000; Freese, 2004; Neuman, 2011). Assim, este é o conceito de cliente perspectivado enquanto alvo dos meus cuidados. Visando a satisfação deste cliente planeei e promovi respostas adequadas às necessidades da criança, nos vários contextos, e conciliei uma intervenção que englobou os diferentes níveis de prevenção, com a finalidade de contribuir para o equilíbrio e bem-estar do sistema, isto é, tendo em vista a sua saúde definida como “(...) a estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar ideal em um determinado momento” (George, 2000, p.230).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO – DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O EE é aquele a quem lhe é reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área da especialidade” (OE, 2015a, p. 95), com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento nº422, 2018).

A finalidade do Estágio é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão dos cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2020). A partir desta, e tendo como foco de atenção especial, os cuidados à criança com DMT1 e família, foram definidos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP e de Mestre em Enfermagem, para cuidar da criança, jovem e família, nos diferentes processos de saúde-doença, estádios de desenvolvimento e contextos pediátricos;
- Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à criança e ao jovem com Diabetes Mellitus Tipo 1 e sua família.

Tendo por base estes objetivos gerais, foram definidos objetivos específicos para cada um dos locais de estágio, de acordo com as aprendizagens que pretendia fazer, as competências a desenvolver e ainda com as características de cada serviço. Destes, alguns são comuns a todos os contextos.

4.1. Serviço de Urgência Pediátrica

Iniciei o meu percurso de estágio pelo Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), onde desempenho a minha atividade profissional. A este SUP, recorrem crianças até aos 18 anos com as mais diferentes patologias. É composto por salas de triagem, gabinetes de consulta, salas de tratamentos e uma sala de observação e cuidados intermédios, composta por 6 vagas. Tem uma afluência média de 100 crianças por dia.

O SUP é, frequentemente, o local onde a criança e a família vivenciam e são confrontadas pela primeira vez com o processo saúde-doença. Este representa uma situação de crise que desencadeia uma grande instabilidade emocional, e envolve

emoções negativas como o medo, a angústia, a tristeza e a ansiedade. Esta instabilidade é sentida pela criança e pela família, ou seja, o sistema familiar sofre um desequilíbrio. A admissão num SUP caracteriza-se pela incerteza, relacionada com a realização de exames e procedimentos. A possibilidade de trauma associado aos eventos dolorosos está presente, por haver pouco tempo para a preparação e explicação prévias (Sanders, 2014; Diogo et al, 2015, 2016). Por este motivo, a experiência da doença e o impacto dos cuidados de saúde exige do enfermeiro um apoio técnico, científico e emocional especializado, para que seja capaz de intervir, de modo a minimizar o impacto negativo do *stress* e a expressão das emoções, procurando uma vivência o mais positiva possível na ida ao serviço de urgência (Diogo et al, 2015, 2016).

Refletindo sobre este impacto, saliento a importância que a primeira interação entre o enfermeiro, a criança e a família tem neste contexto, acontecendo esta, frequentemente, na sala de triagem. No decorrer deste estágio, desenvolvi um olhar mais atento e crítico sobre o impacto que este primeiro contacto pode ter na criança e na família, consciencializando-me sobre a importância do desenvolvimento de competências no âmbito da avaliação e tomada de decisão rápidas, em situações de urgência e emergência. A perícia na observação, na comunicação, na avaliação da situação clínica, e na mobilização de estratégias facilitadoras de uma relação terapêutica, baseada na confiança e na empatia, é fundamental para uma identificação célere das situações graves, intervindo ou encaminhando para outros profissionais, salvaguardando o bem-estar e interesses do sistema criança-família. Apesar desta primeira interação ser rápida e focada, é importante iniciar este contacto de forma acolhedora, transmitindo confiança e disponibilidade para responder às necessidades e preocupações. Este contacto, influencia desde logo toda a relação terapêutica, bem como, a prestação de cuidados daqui em diante (Fernandes citado por Diogo et al, 2016).

Neste SUP o sistema de triagem utilizado é a Triagem de Manchester, que segundo a norma 002/2018 de 09/01/2018 da DGS, “tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado, até à primeira observação médica” (p. 9). Com este sistema de triagem, a avaliação clínica faz-se a partir da queixa apresentada pela criança ou descrita pelo acompanhante. A partir desta queixa e apreciação da criança é definida a prioridade do atendimento. Esta corresponde a determinada cor

de uma pulseira. A cor da pulseira atribuída é definida a partir de um fluxograma que permite identificar rapidamente e com segurança as situações de maior risco e instabilidade. Durante o processo da triagem foi importante explicar de forma objetiva, à criança e à família, como é atribuída a ordem do atendimento médico de modo a minimizar conflitos. Esta partilha de informação é tranquilizante para o cliente. Como afirma Fernandes (2012), compete ao enfermeiro tranquilizar e informar a criança e os cuidadores do motivo da demora no atendimento, pois o tempo de espera é uma das situações que mais intranquiliza, e que frequentemente origina situações de tensão entre estes e a equipa de saúde. Esta ação contribuiu para que eu desenvolvesse respostas de adaptabilidade individual e organizacional, competência descrita no Regulamento de Competências Comuns do EE, assim como reconhecesse e antecipasse situações de eventual conflitualidade (Regulamento nº140, 2019).

É importante ressaltar que “a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência, dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança” (DGS, 2018, p. 15), sem, contudo, esquecer a individualidade de cada cliente.

Porém, durante este estágio, tive consciência de que, tendo por base este princípio, este sistema de triagem suscita algumas dúvidas comuns a vários elementos da equipa podendo levar a erros de triagem, como, não atribuir a prioridade devida. Neste sentido, e uma vez que o EE meu orientador neste estágio é membro integrante do grupo de auditores internos de triagem, expus a minha análise e reflexão sobre este assunto, com base na minha prática, na minha observação e na partilha com outros colegas. Fiz a proposta de que as avaliações trimestrais efetuadas a cada enfermeiro sejam mais completas e objetivas, uma vez que, até então, acedemos apenas à percentagem de sucesso dos processos auditados, desconhecendo os erros efetuados, impossibilitando-nos de refletir sobre os mesmos, corrigindo-os. Esta sugestão foi reconhecida como positiva, e levou a que fosse implementada nas auditorias seguintes, tendo em vista, a melhoria da qualidade dos cuidados.

Na sala de tratamentos onde frequentemente a criança é submetida a cuidados dolorosos, como punções, algaliações, pensos, entre outros procedimentos, tive a oportunidade de efetuar a preparação e explicação de acordo com a idade e

desenvolvimento, assim como, informar e esclarecer a família. Durante a realização destes procedimentos tive sempre presente a filosofia dos CNT, procurando que estes não constituíssem momentos traumáticos para a criança e família. Como afirma Barros (2003) e Jorge (2004), as experiências anteriores e as expectativas presentes são fatores determinantes para a construção da opinião da criança sobre o papel do enfermeiro e sobre a ida ao hospital. Tive consciência que o tempo disponível para a explicação, negociação, preparação e inclusão da criança e família nas intervenções foi, por vezes, limitado e por isso difícil de gerir.

Contudo, consciente dos sentimentos de ansiedade, *stress* e medo que o ambiente da sala de tratamentos provoca, tanto na criança como nos familiares, procurei ao longo da minha prática personalizar os cuidados adotando sempre estratégias de comunicação adaptadas à situação, à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança. Sempre que as intervenções dolorosas ou traumatizantes foram consideradas necessárias e imprescindíveis, houve o cuidado e atenção de envolver a criança e família no processo, incentivando a permanência do cuidador, através da partilha de informação e tomada de decisão, promovendo uma relação de ajuda facilitadora da colaboração da criança, bem como, do conforto, confiança e sentimento de segurança.

Na prestação de cuidados no SUP tive sempre presente o referido na carta da criança hospitalizada, no princípio número quatro “As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão e as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.” (p.9), e no número cinco que reforça que “As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável” (p.10), (European Association for Children in Hospital [EACH], 2008).

Atividades como brincar, cantar, conversar, ouvir música ou ver vídeos foram algumas das estratégias adotadas por mim para estimular a distração ativa e minimizar o impacto da dor e do medo, permitindo à criança gerir a sua emocionalidade neste contexto. Aliado a estas, em algumas situações, tive que recorrer a medidas farmacológicas para controlo e diminuição da dor. Por vezes em pré-procedimentos, das quais destaco duas, a aplicação da pomada anestésica local (EMLA) e a utilização do protóxido de azoto. Este último usado, maioritariamente, em situações de feridas traumáticas com necessidade de pequenas intervenções cirúrgicas.

No decorrer destes procedimentos, evidencio o reforço positivo que fui sempre dando às crianças e jovens, verbalmente e/ou através da entrega de uma recompensa, como a entrega de medalhas autocolantes, diplomas ou livros para colorir, símbolos representativos da força e coragem. A oferta destes permitiu-me reaproximar das crianças, transformando a possível visão negativa da minha intervenção criada por estas, influenciando os seus comportamentos futuros. O maior e mais enriquecedor agradecimento pelo meu trabalho foi sem dúvida receber um sorriso de volta nestes momentos.

À luz do Modelo de Neuman, no serviço de observação e na unidade de cuidados intermédios pediátricos, consegui aprofundar relações com as crianças e famílias que me permitiram identificar e reconhecer os sentimentos vividos por estas, e que, influenciam diretamente o equilíbrio do sistema, derivado das situações de hospitalização inesperada, tornando o sistema mais vulnerável. Os pais das crianças internadas nestas unidades experienciam sentimentos, de ansiedade pela situação, medo do desconhecido, a incerteza do diagnóstico e do prognóstico e a dúvida pela falta de informação ou incompreensão da mesma, levando por vezes a sentimentos de culpa (Aldridge, 2005). Ao longo deste estágio, os sentimentos, descritos anteriormente, foram potenciados pelo facto de só estar autorizada a permanência de um cuidador e de não existirem visitas, pela situação de pandemia em que vivemos. Nestas circunstâncias, evidencio a importância da relação terapêutica que procurei estabelecer com as crianças e cuidadores em contexto de SO, com o objetivo de ajudar a reequilibrar o sistema cliente, dando-lhes suporte emocional, apoiando-os, escutando-os e respeitando-os. Assim, neste contexto, fiz o acolhimento onde expliquei as normas e rotinas de funcionamento e entreguei os guias informativos do serviço. Esta conduta é apoiada por Sabatés e Borba (2005), que referem que a informação sobre as regras/rotinas do serviço permite criar um vínculo com a criança e família, diminuindo o medo e a ansiedade. Durante este primeiro contacto mostrei-me sempre disponível para os escutar e esclarecer dúvidas se as houvesse.

No SUP uma das lacunas, que foi identificada, foi a existência de práticas pouco consistentes relativas à criança com DMT1. Foi esta situação, que me levou a aprofundar conhecimentos e a desenvolver competências para cuidar destas crianças, durante o Curso de Mestrado. Para além de investir na minha relação com as crianças e famílias, este estágio permitiu-me também aprofundar as minhas relações interpessoais com a equipa multidisciplinar. Reuni com o enfermeiro orientador, com a enfermeira chefe do serviço e com o diretor clínico, para identificarmos, com maior

precisão, as necessidades específicas da equipa de saúde para prestar cuidados adequados à criança com DMT1.

Posteriormente tive vários momentos de reflexão com o enfermeiro orientador e outros colegas sobre como melhorar os cuidados de enfermagem a prestar às crianças com Diabetes *Mellitus*. Foi identificado por toda a equipa a necessidade de formação e elaboração de protocolos de atuação, de modo a prestar cuidados de saúde adequados a estas crianças. Assim, a partir de uma revisão bibliográfica associada a uma análise intencional sobre as práticas realizadas neste contexto e perspetivando a melhoria das mesmas, foi estruturada uma sessão de formação suportada em evidência científica dirigida à equipa de saúde intitulada “Gestão de cuidados à criança com DMT1 em contexto de urgência” (Apêndice IV). A atividade concretizada visou sensibilizar os profissionais para a temática, envolver a equipa no projeto e disseminar o conhecimento mais atualizado, enquadrando os cuidados abordados e praticados segundo a filosofia CCF, na PC e nos CNT. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento da competência comum do EE que refere que este deve responsabilizar-se por ser facilitador e agente ativo nos processos de aprendizagem, diagnosticando as necessidades formativas e atuando como formador, dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento, no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde (Regulamento nº140, 2019).

Resultante da experiência que vivi ao longo deste estágio e com base nos sentimentos de ambição, motivação e criatividade, este contexto contribuiu para o meu longo processo de aprendizagem, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, através da mobilização das seguintes unidades de competência: “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”; “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)” e “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº422, 2018, p.19193-19194).

4.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Foi numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que realizei o meu segundo estágio. Neste local de estágio prestei cuidados de enfermagem à criança e família saudável, maioritariamente, relacionados com a promoção da saúde.

Pensar sobre a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável é refletir sobre o caminho que a criança vai construindo, e que pressupõe o seu bem-estar, autonomia e dignidade. Promover o seu desenvolvimento é apoiar a criança em parceria com a família, no seu tempo e contexto de vida a “desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo” (OE, 2010, p.71). O desenvolvimento infantil revelou-se uma das áreas onde identifiquei a necessidade de aprofundar conhecimentos e competências. Este é sem dúvida um processo complexo, de natureza dinâmica e contínua, contudo, a velocidade de passagem entre estádios é individual e diferente de criança para criança (Castelo & Fernandes, 2009; DGS, 2013), influenciado por diversos fatores de ordem genética, bem como, pelas experiências vividas na interação com o ambiente envolvente (física, social e culturalmente) (Pinto, 2009).

Devido à situação pandémica que vivemos, as consultas de enfermagem de saúde infantil, neste contexto, foram reestruturadas e durante a concretização deste estágio, apenas se efetuaram as consultas até aos 6 meses de idade.

Com vista a proporcionar a cada criança a maximização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento, comecei por observar atentamente as consultas de saúde infantil e juvenil (CSIJ) realizadas pela enfermeira orientadora. Esta observação foi essencial para analisar e reconhecer as intervenções e estratégias utilizadas para guiar as mesmas de forma espontânea, fluida e personalizada. A observação, aliada à pesquisa da evidência científica e ao aprofundamento de conhecimentos, permitiram-me sentir confiança, segurança e entusiasmo para, gradualmente, participar ativamente nas mesmas e tomar a iniciativa de dirigi-las. Com o crescente número de consultas, tornei-me cada vez mais autónoma.

Começo por destacar o reconhecimento que desenvolvi relativo à importância de uma avaliação cuidada do crescimento e desenvolvimento infantil. Tomei consciência que as CSIJ constituem uma oportunidade privilegiada para detetar precocemente alterações e para avaliar, promover, orientar e intervir junto da criança e da família. O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, bem como, a implementação célere de estratégias preventivas e terapêuticas, foram uma prioridade

e um dos meus principais focos de atenção. Como afirma Oliveira (2009), “o reconhecimento precoce de atrasos ou desvios do desenvolvimento, requer um conhecimento prévio e bem sedimentado do modo como se avalia e interpreta a progressão das etapas do desenvolvimento e a sua variabilidade normal” (p.690).

Para uma intervenção efetiva e eficaz na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve aliar ao seu conhecimento, a utilização de instrumentos de avaliação fiáveis e seguros, que lhe permitam conhecer o perfil de desenvolvimento de cada criança e adequar a ação, sabendo escutar as dúvidas e preocupações dos cuidadores, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional (OE, 2010).

Como preconizado no PNSIJ, o instrumento que utilizei nas consultas de SIP foi a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Esta permite fazer um rastreio rápido e eficaz do desenvolvimento infantil e está disponível para validação no sistema de registos informático. Apesar dos “pontos de referência” presentes nesta escala, cada criança tem o seu próprio ritmo de crescimento e desenvolvimento, motor, cognitivo e emocional (Brazelton, 2009), e procurei sempre salvaguardar esta premissa junto dos pais. Outros documentos de apoio que usei foram os quadros orientadores dos cuidados antecipatórios e dos parâmetros a avaliar da DGS, e o boletim de saúde infantil e juvenil. Estes recursos permitiram-me organizar os temas a abordar em cada consulta, articulando as preocupações do cuidador com a minha observação e avaliação da criança.

Valorizei sempre as preocupações, suspeitas e dúvidas da família e, para tal, foi essencial estabelecer uma relação de empatia, confiança, escuta ativa e partilha de informação, uma vez que, a família também é alvo dos meus cuidados. Através da abordagem dos cuidados antecipatórios, procurei transmitir as informações importantes e adequadas à idade e estágio de desenvolvimento de cada criança, promovendo, o desempenho o mais confiante possível do papel parental. Para tal, realizei ensinamentos sobre diversos temas como a amamentação, a alimentação, a vacinação, o sono, a higiene e vestuário, o brincar, a segurança, a interação e a afetividade. Alertar os pais para os cuidados antecipatórios revela-se uma importância maior na promoção do crescimento, desenvolvimento e proteção da criança (DGS, 2013). Contudo, no decorrer das consultas percebi que a informação transmitida é imensa, e que muitas vezes não é totalmente retida ou percecionada pelo único cuidador presente. Atualmente, este assume a total responsabilidade sobre as informações transmitidas e os ensinamentos efetuados. Por este motivo e ao refletir sobre esta situação, tomei consciência do quão importante é a existência de guias

educativos para entrega. Com estes guias, conseguimos não só que o cuidador presente tenha o registo dos conteúdos transmitidos durante os ensinamentos, como também a restante família possa ficar instruída. Operacionalizar estratégias que visem a capacitação e *empowerment* do sistema criança-família para além do diálogo foi fundamental.

As consultas de monitorização e controlo do peso dos recém-nascidos permitiram-me estabelecer uma relação mais próxima com alguns bebés e mães. Durante as sucessivas interações fui-me apercebendo dos sentimentos ambíguos vividos por estas, relativo ao tema da amamentação. A alimentação e o crescimento do bebé foram as principais preocupações referidas, e percebi que existiam dúvidas frequentes e comuns, não existindo nesta instituição nenhum documento de apoio aos ensinamentos sobre esta temática.

Falar de “amamentação” ou de “aleitamento materno” é muito mais do que falar de “leite materno”. A amamentação é um processo abrangente, muito mais do que o simples ato de nutrir (Ballard & Morrow, 2013).

O leite materno é considerado mundialmente o alimento ideal para o bebé, e se possível, deve ser mantido, em exclusivo, até aos 6 meses e complementado com outros alimentos até aos 2 anos (OMS, 2009). A amamentação é comparada a um seguro de saúde, uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, estando descrito como o único alimento onde não há probabilidade de desnutrição ou desidratação graves, pois para além do seu fator nutritivo, imunológico e anti-infeccioso, promove a relação afetiva e fortalece a vinculação mãe-bebé e o sentimento de confiança e segurança (OE, 2010; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS], 2019). Consciente desta realidade, incentivei o aleitamento materno.

Como descrito no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (2010), bem como, partilhado pela experiência diária da enfermeira orientadora, quando sentem dúvidas em relação à amamentação, é ao centro de saúde que grande parte das mães recorre.

Após verificar que era uma necessidade e uma mais-valia para a melhoria dos cuidados prestados, construí dois guias informativos intitulados “Aleitamento Materno – Um Alicerce para a Vida” e “Extração e Conservação do Leite Materno” (Apêndice V). Futuramente estes serão traduzidos para outros idiomas, uma vez que, nesta instituição, são prestados cuidados a famílias com uma enorme diversidade cultural e

linguística. Esta é muitas vezes uma barreira à comunicação e ao entendimento e compreensão das informações transmitidas durante a realização de ensinamentos.

Por reconhecer a responsabilidade dos enfermeiros em proceder à avaliação da mamada, de forma a serem encontradas estratégias para que esta possa ser um sucesso, evidencio três momentos nos quais sugeri a efetivação da amamentação durante a consulta. Nestes consegui esclarecer dúvidas e receios, identificar necessidades parentais, partilhar estratégias de conforto e elogiar as competências evidenciadas.

Segundo a UNICEF mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, contudo, quase metade destas desiste da amamentação durante o primeiro mês de vida do bebé. O sucesso da amamentação, depende inteiramente do desejo da mãe em amamentar, da satisfação com a amamentação, mas também da disponibilidade dos sistemas de suporte. As mães necessitam de apoio, encorajamento e assistência, desde o momento do nascimento, mas também após o regresso a casa, a fim de aumentar as oportunidades de êxito (Levy & Bértolo, 2012). Os enfermeiros têm um papel importante neste processo e devem demonstrar disponibilidade para orientar e apoiar as famílias. Muitos dos problemas relacionados com a amamentação respondem rapidamente a intervenções simples, como por exemplo, corrigir a posição do bebé a mamar (Wheeler, 2014). Por esta razão, foi essencial apoiar e implementar medidas que promovessem um maior sucesso desta prática.

A OMS e a UNICEF consideram que um verdadeiro apoio emocional e físico faz com que a maior parte das mulheres consiga amamentar e que o prazer que daí advém potencia os sentimentos positivos vividos (OMS, 2009; Levy et al, 2012). Enquanto futura EEESIP ao promover a amamentação, estou também a promover competências que favorecem a maximização da vinculação segura entre o recém-nascido e a mãe (OE, 2010). Proporcionar experiências de alimentação positivas, desperta na mãe sentimentos de compreensão, sensibilidade e capacidade de resposta às necessidades do bebé, o que contribui para uma vinculação ativa, assim como, para o neuro desenvolvimento infantil, protegendo subseqüentemente as crianças de distúrbios emocionais como a ansiedade ou a depressão a longo prazo (Liu, Leung & Yang, 2014).

Outra das grandes vantagens da amamentação é a redução das respostas fisiológicas e comportamentais dos RN à dor durante a realização de procedimentos dolorosos, como por exemplo, a administração de vacinas ou a realização do teste de

rastreio de doenças metabólicas (AAP, 2016), ambos frequentemente realizados nesta instituição. O leite materno contém endorfina, uma substância química que ajuda a suprimir a dor e também reforça a eficiência da vacina (Castro, 2012 citado pela OE, 2020). A amamentação é assim considerada pela OE (2020) uma combinação perfeita de intervenções pois pressupõe abraçar a criança, o contacto pele-a-pele, o sabor doce do leite, a sucção e a ingestão de endorfinas naturalmente presentes no leite materno.

Destaco ainda que as investigações mais recentes descrevem o aleitamento materno como um fator protetor para o desenvolvimento da DMT1, diminuindo o risco de o bebé desenvolver autoimunidade (PND, 2019).

Tendo por base estes conhecimentos, considero que os guias informativos elaborados foram e serão um documento de apoio importante aliado aos ensinamentos efetuados pela equipa de enfermagem, promovendo ganhos em saúde, tanto para o bebé como para a mãe. Tive a oportunidade de entregá-los, lê-los e analisá-los em conjunto com algumas mães, notando uma boa aceitação e feedback positivo. Espero que a longo prazo estes sejam um recurso utilizado com frequência por toda a equipa, e que possam ser reconhecidos resultados benéficos com a implementação dos mesmos. O desenvolvimento desta atividade foi assim ao encontro dos objetivos delineados por mim para este estágio, interrelacionando-se com o tema do meu projeto de estágio.

Outra atividade que realizei focou-se na vigilância, cumprimento e atualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV), como recomenda o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013). Procurei sempre que pertinente motivar os cuidadores para a vacinação, salientando a sua importância para a proteção individual da criança, mas também para a imunidade de grupo. O PNV tem sido, desde a sua criação, sujeito a frequentes revisões e melhorias, contribuindo para controlar ou erradicar algumas doenças infecciosas, permitindo salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença. Foi com esta premissa que efetuei esta intervenção, alertando para as inúmeras vantagens a longo prazo na saúde da criança.

A vacinação, enquanto intervenção de enfermagem, representa uma das competências interdependentes do enfermeiro, pois consiste numa ação realizada de acordo com as suas qualificações profissionais, conforme descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Também o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista visa a atuação do enfermeiro enquanto “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto

da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Regulamento nº140, 2019, p. 4749).

Segundo a OE (2010), os elevados valores percentuais de crianças vacinadas no nosso país são uma realidade, devendo-se este facto ao excelente trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e para o qual considero ter contribuído positivamente. Ao longo deste estágio, realizei esta intervenção, não só integrada nas consultas de enfermagem de SIP, mas também, em contexto de “sala de vacinação”. O ato de vacinar revelou-se uma oportunidade para estabelecer uma relação com a criança e a família, mas também, para observar e avaliar a dinâmica familiar, bem como, promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Outra experiência de aprendizagem que vivi durante este estágio foi o acompanhamento de várias famílias em isolamento, por suspeita ou confirmação de contacto com o vírus SARS-CoV-2. Através do contacto telefónico e manuseamento da plataforma “Trace COVID-19”, foi possível cuidar e fazer o acompanhamento contínuo, remoto e em grande escala dos sinais e sintomas. Esta experiência revelou-se muito interessante e enriquecedora.

A minha intervenção nesta UCSP teve um foco principal ao nível da prevenção primária, através da promoção dos cuidados antecipatórios e da educação para a saúde. Através destas intervenções contribuí para diminuir a possibilidade de o sistema enfrentar *stressores* que comprometam o seu bem-estar e equilíbrio, assim como, para fortalecer a linha de defesa flexível, aumentando o grau de proteção disponível para o sistema-família como preconiza o modelo de sistemas de Betty Neuman.

Através do desenvolvimento de todas as atividades, da pesquisa e análise, assim como, da intervenção e reflexão dos cuidados à criança e família, mobilizei competências científicas, técnicas e humanas, fundamentais para o meu percurso como futura EEESIP, das quais destaco: “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”; “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”; “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (...)”; e “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº422, 2018, p.19193-19194).

Numa perspetiva holística, ao aprofundar os meus conhecimentos e competências referentes à temática do crescimento e desenvolvimento infantil, e ao intervir com este propósito, considero ter contribuído para a aquisição progressiva de

competências nas crianças e famílias de quem cuidei, apoiando e dando segurança aos cuidadores nas diferentes áreas que se revelaram mais preocupantes.

Atento que o EEESIP tem uma intervenção essencial agindo como promotor do crescimento e desenvolvimento infantil maximizando o potencial da criança e da família através da promoção da parentalidade, capacitando-os e otimizando a saúde e o bem-estar do sistema através dos cuidados antecipatórios, e da adoção de comportamentos preventivos e saudáveis (Neuman, 2011; OE, 2015b).

4.3. Serviço de Neonatologia

O terceiro local de estágio desta caminhada teve lugar num Serviço de Neonatologia, de um hospital privado, que recebe recém-nascidos a partir das 32 semanas de gestação.

O nascimento de um filho é um momento caracterizado pela reorganização individual, conjugal e social (Meleis, 2010). Tornar-se pai e mãe revela-se um dos maiores desafios de vida pela responsabilidade que pressupõe, pelas mudanças e exigência que envolve, e pela inerente adaptação que o nascimento de um bebé provoca no seio de uma família. A adaptação ao papel de pais e consequente desempenho da parentalidade é um processo de transição que tem medos associados, inevitavelmente agravados numa situação de hospitalização. Esta vulnerabilidade resulta do facto dos pais não saberem como agir perante uma situação imprevista, como um parto prematuro ou o nascimento de um filho com problemas de saúde, provocando sentimentos de sofrimento, dor, insegurança, incapacidade e, por sua vez, de indefinição relativa ao que é esperado que façam dali em diante (OE, 2015b).

Os cuidados prestados a um recém-nascido (RN) doente ou imaturo requerem conhecimentos e competências especializadas em inúmeras áreas para assegurar a sobrevivência, a segurança, o crescimento e o desenvolvimento da criança (Askin & Wilson, 2014). Resultado da minha experiência profissional a cuidar de RN doentes, num serviço de cardiologia pediátrica, durante alguns anos, já tinha conhecimento do quanto o nascimento de um filho doente e a sua hospitalização imediata, vai contra todas as expectativas sonhadas e idealizadas pelos pais. Contudo, esta foi a minha primeira experiência a cuidar de RN prematuros.

O internamento num serviço de neonatologia é um acontecimento inesperado e assustador para a família de qualquer RN, podendo gerar uma crise emocional e fragilizar ou condicionar o processo de vinculação (Wheeler, 2014). Durante a hospitalização de um RN, o sistema família é confrontado com vários *stressores* importantes como o nascimento de um bebé prematuro ou doente, a condição de vulnerabilidade, a necessidade de internamento hospitalar, a exigência e complexidade dos cuidados de saúde e a transição para a parentalidade. Por outro lado, o ambiente físico composto por uma grande diversidade de máquinas, fios, luzes, apitos e ruídos, bem como, os procedimentos invasivos e dolorosos, constituem fatores *stressores* que condicionam o conforto, o desenvolvimento infantil e a vinculação.

Perante esta situação, a família necessita de ajuda para se proteger, para se adaptar e para desenvolver novas competências. Como afirma Brum e Schermann (2004), o vínculo entre os pais e o filho tem início no período pré-natal e torna-se mais forte e efetivo após o nascimento, sendo esta fase determinante para que este processo de vinculação seja eficaz e de sucesso.

Posto o referido, Anne Casey (1995) defende que os pais, independentemente do contexto, são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos. Por concordar e por reconhecer, que enquanto enfermeira, tenho uma intervenção preponderante na capacitação dos mesmos, ao longo deste estágio, personalizei todas as minhas intervenções com um propósito, a promoção e adequação da parentalidade e adaptação dos pais à nova realidade. No decorrer dos dias, verifiquei que na chegada ao serviço, os pais referiam medo, demonstravam renitência ao toque e verbalizavam sentimentos de impotência relacionados com os cuidados ao RN. Neste sentido, uma das minhas primeiras intervenções, passou por avaliar a recetividade e promover a aproximação e a interação entre os pais e o bebé para que o processo de vinculação iniciado durante a gravidez fosse continuado e sustentado.

Demonstrei disponibilidade e interesse para escutar as preocupações, os medos e as inseguranças dos pais, a fim de identificar os conhecimentos, as necessidades e as expectativas destes. Posteriormente, apreciei o desenvolvimento do papel parental, incentivando a participação nos cuidados e a tomada de decisão, valorizando o desempenho das funções e respeitando as vontades. Estes procedimentos foram facilitadores do estabelecimento de uma relação terapêutica, empática, centrada na família e constituiu uma intervenção que ajudou os pais a

lidarem melhor com a situação e a reconhecerem que as suas reações são normais, também vividas por outros pais (McElfresh et al, 2014).

Relativamente à interação com o RN, destaco algumas estratégias que utilizei para comunicar com este, e que também incentivei os pais, para estimular o contacto e a vinculação entre ambos, tais como: o toque, fazendo festinhas na cabeça e na face, dar o dedo para o bebé agarrar, dar colo, aconchegar, embalar ou adormecer, colocar a chucha, falar com tom de voz calmo e suave, cantar ou colocar música ambiente, mudar a fralda e alimentar. Segundo Hockenberry (2014b) estas medidas transmitem conforto e tranquilidade ao bebé, sendo úteis e eficazes durante momentos de agitação psico-motora, durante a realização de procedimentos dolorosos e enquanto medida não farmacológica de gestão da dor.

Também o 'método canguru' se evidencia como uma das estratégias mais eficazes, promotor da vinculação, da segurança, da felicidade e da partilha de amor, que tanto valorizo e muito incentivei no decorrer deste estágio. Este método consiste no contacto físico pele-a-pele entre o RN e a mãe e/ou o pai e é uma intervenção multissensorial que envolve o toque, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo. Tem inúmeras vantagens tanto para o RN, como para os pais, das quais saliento: a promoção da vinculação, o aumento da autoestima e autoconfiança parental para cuidar, a promoção da interação entre a tríade, a redução da resposta à dor, a promoção da amamentação e a diminuição do tempo de internamento hospitalar (DGS, 2012). Esta era uma intervenção inicialmente sugerida por mim, mas que, após a primeira experiência, já eram os pais a questionarem quando é que poderiam repetir. Descreviam uma enorme satisfação durante aquele momento, visível pelo brilho no olhar e pelo sorriso no rosto. Como afirma, Hockenberry (2014b) a comunicação não-verbal tem um papel importante, prevalecendo muitas vezes sobre a comunicação verbal.

A interação precoce pais-bebé influencia positivamente o desenvolvimento cerebral do bebé, contribuindo para a modelagem de emoções, pensamentos, aprendizagens e de comportamentos ao longo da vida. As interações mutuamente compensadoras permitem que o bebé cresça com um sentimento de segurança interna, confiança na relação com os outros, curiosidade e desejo para explorar o mundo (DGS, 2005).

Por sua vez, a segurança das relações de vinculação está frequentemente associada a uma parentalidade responsável e sensível, traduzindo-se, pela aquisição de competências de cuidados que contribuam para o máximo crescimento e

desenvolvimento do RN, criança e jovem (OE, 2015b). As competências parentais são consideradas o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que facilitam e otimizam o desempenho do papel parental, garantindo o potencial máximo da criança. Quanto maior for o nível de conhecimentos dos pais, maior é a probabilidade de criarem um ambiente propício ao desenvolvimento saudável, e de estarem mais atentos às necessidades da criança. Assim, a aquisição dos conhecimentos e das habilidades relacionadas com as necessidades da criança vai potenciar a aprendizagem e o desenvolvimento das competências parentais, com consequente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho deste papel (Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015).

Para além das atividades anteriormente referidas, durante este estágio tive a oportunidade de assistir ao parto de um bebé com o diagnóstico pré-natal de uma Tetralogia de *Falot* e de posteriormente colaborar na estabilização hemodinâmica e na sua transferência para o serviço de neonatologia. Apesar de já saberem previamente que logo após o nascimento, o seu filho ia ser encaminhado para um serviço especializado, o sofrimento no momento da separação foi visivelmente difícil e doloroso para estes pais.

Como afirma Sanders (2014), o internamento numa unidade de cuidados neonatais está sempre acompanhado de uma inevitável separação emocional que sucede a separação física da mãe, e que interfere com o processo normal de vinculação entre ambos. A mãe sofre uma dupla separação, uma vez que, o bebé já não está no útero e simultaneamente, também não está acessível ao contacto que seria desejado. Esta separação é vista como antinatural e gera sentimentos negativos (Orzalesi & Lucia, 2011).

Tendo este conhecimento presente, após a transferência dirigi-me novamente à sala de parto onde se encontravam os pais do bebé e procurei tranquilizá-los, dando-lhes informações sobre o filho, transmitindo-lhes que se encontrava bem, estável, sob supervisão de uma equipa de enfermeiros experientes, protegido e aquecido dentro de uma incubadora. Disse-lhes também que quando se sentissem capazes o poderiam visitar elogiando a força e resiliência que demonstraram. Desta forma, considero que contribuí para o conforto psico-espiritual destes pais, minimizando o impacto negativo da separação que tinham acabado de sofrer, inculcando-lhes segurança e confiança na equipa de saúde.

Apesar de transversal a todos os contextos de cuidados, neste estágio senti necessidade de mobilizar e aprofundar conhecimentos sobre as estratégias

promotoras de esperança realista, competência do EEESIP. O sentimento de esperança encontra-se subjacente à condição humana e inerente ao cuidar. Implica uma escuta ativa que possibilite a expressão de emoções e medos, pressupõe o respeito pelas decisões tomadas, é imprescindível na adaptação a uma situação de doença (OE, 2011) e conseqüentemente, ao reencontro do equilíbrio e estabilidade do sistema família. A consciencialização e sensibilização para este aspeto, a pesquisa efetuada e as experiências vividas, contribuíram para reconhecer que a promoção da esperança no serviço de neonatologia está intrínseca a todas as interações com a família.

Ao escutar os medos e ansiedades dos pais promovendo uma “comunicação expressiva de emoções” (OE, 2015b), o EEESIP é capaz de reconhecer e valorizar as competências parentais. Identificar a forma como o bebé comunica as suas necessidades e individualidades, como interage com o meio envolvente e os seus significados, torna os pais mais confiantes na avaliação e compreensão dos comportamentos do RN, conferindo-lhes conforto no cuidar do seu filho (Nugent et al., 2007).

Enquanto futura EEESIP, ao longo deste estágio procurei implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor e facilitador da transição para a parentalidade, agindo de forma a promover a vinculação, de modo sistemático e particular, no caso do RN doente ou com necessidades especiais, como descrito no Regulamento de Competências (Regulamento nº422, 2018). Como afirmam Cardoso e Veríssimo (2013), os pais de crianças com relações de vinculação seguras apresentam níveis mais elevados de sensibilidade, aceitação, cooperação e disponibilidade emocional. Por sua vez, as crianças revelam valores mais elevados de competência social, comportamentos de partilha afetiva e de resolução de problemas. Parecem ser mais autónomas, perseverantes, cognitivamente flexíveis, empáticas e flexíveis na gestão dos seus impulsos e emoções, e apresentam maiores níveis de autoestima e autoconfiança. Desta forma, considero que com as minhas intervenções, contribuí não só para o presente, mas também para o futuro das crianças e famílias, de quem cuidei.

Ao longo deste estágio e, em comunicação com a enfermeira orientadora, concluí que uma das situações mais frequentes de transferência de RN do serviço de obstetrícia para o serviço de neonatologia são situações de hipoglicemia, muitas vezes por situações de recusa alimentar. Após reflexão em conjunto, identificámos algumas lacunas sobre este assunto no seio da equipa, e por este motivo, senti

necessidade de aprofundar os meus conhecimentos para posteriormente partilhar com os restantes profissionais. Considerei importante e pertinente e construí dois instrumentos de apoio aos cuidados de enfermagem, um relativo à hipoglicemia no RN (Apêndice VI), e outro sobre a promoção das competências oro-motoras do RN (Apêndice VII), uma vez que, se complementam mutuamente. O primeiro aborda as condições de risco da hipoglicemia no RN, os sinais e sintomas, e como e quando se deve monitorizar a glicemia. O segundo fala sobre os parâmetros de avaliação da preparação para a alimentação oral no RN e descreve o passo a passo, de três métodos de sucção nutritiva, dois dos quais pouco explorados e utilizados pela equipa de enfermagem, por défice de conhecimentos e prática.

Estes documentos foram igualmente fornecidos à equipa do serviço de obstetrícia, por reconhecermos que era uma mais-valia, minimizando as transferências dos RN em situações de hipoglicemia e recusa alimentar.

Resultado do percurso desenvolvido durante este estágio, mobilizei e desenvolvi diferentes competências, das quais destaco: “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais”, de onde emergem intervenções como “Avalia o desenvolvimento da parentalidade”; “Utiliza estratégias promotoras da esperança realista”; “Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN” e “Negocia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (Regulamento nº422, 2018, p.19194).

4.4. Consulta de Desenvolvimento Infantil

O quarto estágio decorreu na consulta de desenvolvimento infantil (CDI). Neste contexto é efetuado o acompanhamento de crianças com perturbações do neuro desenvolvimento, nomeadamente, perturbações do espectro do autismo, da hiperatividade e défice de atenção, de oposição e de conduta, da aprendizagem, da linguagem ou comunicação e da coordenação-motora ou cognitiva não-verbal.

As crianças são referenciadas para esta consulta, por alguma alteração no desenvolvimento detetada pelos pais ou professores, nas consultas de rotina de vigilância de saúde infantil ou decorrente de diagnósticos médicos que possam comprometer o seu desenvolvimento, justificando um acompanhamento mais próximo e atento. Algumas situações descritas na literatura como a prematuridade e as doenças crónicas, constituem fatores de risco ao crescimento e desenvolvimento da

criança, e são também referências para esta consulta (Sanders, 2014; Oliveira et al., 2016; Batalha, 2017).

As perturbações do neuro desenvolvimento não afetam apenas a criança, mas todas as pessoas que a rodeiam. A adaptação à doença ou a incapacidade da criança pode ser uma experiência nova para a família, e para o seu sistema de suporte, e a quantidade e o tipo de suporte recebido é um fator crucial para o seu ajustamento (Bryant, 2014).

Iniciei este estágio com uma pesquisa aprofundada sobre as perturbações do desenvolvimento global, incidindo maioritariamente sobre a criança com perturbação do espectro do autismo (PEA). Esta era a área que mais me suscitava dúvidas e receios, mas por outro lado, uma enorme curiosidade e interesse. A comunicação e relação com a criança com PEA ou com hiperatividade foram para mim os grandes desafios deste estágio, contudo, terminei esta etapa com a emoção de ter alcançado os objetivos que defini, e aprofundado a competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº422, 2018).

As crianças com PEA demonstram défices centrais principalmente nas interações sociais, na comunicação e no comportamento (Bryant, 2014). Apresentam dificuldade na comunicação verbal, em utilizar a linguagem como meio de socialização, mas também na comunicação não-verbal, em emitir sons, gestos e olhares. Aqueles que desenvolvem uma linguagem falada, recorrem à comunicação verbal essencialmente para pedir ou protestar, não utilizando para cumprimentar, comentar ou procurar atenção, pois tal implica interação e reciprocidade social (Freire, 2012).

Comecei por observar atentamente as estratégias adotadas pela enfermeira orientadora para comunicar com estas crianças e reconheci de imediato a sua perícia nesta competência. Refletimos em conjunto sobre as mesmas e concluí que a utilização de um tom de voz calmo e de um discurso claro e coerente é essencial, assim como, o posicionamento ao nível da criança. A imitação, repetição, negociação, expansão, modelação, motivação, reforço positivo, utilização de material motivante e a ajuda semântica e fonológica, são estratégias que permitem modelar o comportamento da criança e potenciar a comunicação verbal e não-verbal, como recomenda Freire (2012).

A motivação, criatividade e segurança, pautaram este percurso e foi sem dúvida um grande desafio, contudo, considero ter sido um desafio alcançado com sucesso.

As perturbações do desenvolvimento envolvem um espectro de problemas de vários tipos e gravidades, sendo as ligeiras geralmente difíceis de detetar pelos familiares. Por este motivo, os profissionais devem estar munidos de conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal, treinados e despidos para identificar os sinais de alarme.

Passo a descrever uma situação prática que me marcou, o caso de um menino de 3 anos acompanhado pela mãe, a aguardar a sua primeira consulta, não existindo qualquer diagnóstico prévio. Quando efetuei a chamada na sala de espera iniciou um quadro de agitação psico-motora difícil de reverter, pois não queria entrar no gabinete de enfermagem. Entrou ao colo da mãe e visualizou de imediato um brinquedo muito colorido que estava no parapeito da janela atrás da secretária da enfermeira. Dirigiu-se de imediato para junto do mesmo, mas como não chegava, colocou-se em bicos de pés, emitindo sons para captar a nossa atenção. Quando questionei a mãe sobre o que é que a preocupava no seu filho, referiu que tinha sido a professora da escola a sugerir a marcação de uma CDI, pois “o meu filho está menos desenvolvido do que os outros meninos da sala dele” (sic). Acrescentou que era uma criança que fazia muitas birras, sem motivo aparente, que se isolava nos cantos de casa para brincar, que verbalizava poucas palavras perceptíveis e que tinha um sono muito agitado. Desperta para tudo o que a mãe me tinha acabado de referir e para o comportamento daquela criança, percebi que através daquele brinquedo poderia captar a sua atenção. Coloquei-me ao seu nível, chamei-o pelo nome para atrair a sua atenção e promover o contacto visual (Hewitt 2006), escutou, dirigiu a face na minha direção, mas desviou o olhar de imediato. Optei por agarrar o brinquedo na minha mão e num tom de voz sereno e seguro, perguntei se o queria, esticou as mãos para o agarrar, sem verbalizar qualquer palavra e sem qualquer contacto visual. Posicionei o brinquedo na mesma direção do meu rosto e pausadamente voltei a perguntar se o queria, pedindo que olhasse para mim, associando as minhas palavras a gestos. Mantive sempre o tom de voz suave e firme e com alguma persistência consegui que olhasse nos meus olhos por breves instantes (o meu primeiro objetivo tinha sido alcançado). Disse-lhe de seguida que lhe daria o brinquedo, mas que teria de se sentar na cadeira da secretária, tal como eu. Através da repetição, da negociação e da imitação consegui captar a atenção desta criança, utilizando um objeto que ele queria muito. Após conseguir que se sentasse e passados alguns minutos captei a sua atenção para um novo brinquedo, desta vez, vários cubos de madeira coloridos. Estes eram um material importante para

conseguir avaliar alguns itens relativos ao seu DI. Retirei de imediato o brinquedo anterior do seu raio de visão para que não fosse mais uma fonte de distração.

Mesmo que por curtos momentos, através da utilização do elogio e do reforço positivo e da interação calma e objetiva (Freire, 2012), foi possível aproximar-me desta criança, conquistar por instantes a sua confiança e assim detetar algumas alterações significativas no DI.

A escala de avaliação do desenvolvimento utilizada nesta consulta de enfermagem é a Mary Sheridan modificada. Habitualmente é complementada na consulta médica através da escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil Growing-Skill. Durante este estágio tive a oportunidade de assistir a três consultas médicas de acompanhamento e diagnóstico de crianças com 3, 6 e 10 anos, com suspeita de perturbação do espectro do autismo, da hiperatividade e défice de atenção e da oposição e conduta, respetivamente. Foi bastante interessante perceber como a consulta de enfermagem e a consulta médica se complementam e potenciam mutuamente na avaliação, intervenção e encaminhamento, um trabalho em parceria com a comunidade e com a família. O foco principal é a educação para a saúde através da partilha de estratégias que potenciem a autonomia e capacitação da criança e família para a gestão da doença, de forma holística, personalizada e humanizada. Segundo a partilha efetuada pela enfermeira orientadora, opinião corroborada por Folgado (2013) e Bryant (2014) são notáveis os resultados obtidos nas crianças na qual as alterações são reconhecidas precocemente, quando o diagnóstico é efetuado atempadamente e as terapias complementares, iniciadas rapidamente, e em conjunto com a família.

Sempre que se confirma que a criança sofre de uma perturbação do neuro desenvolvimento é feito o encaminhamento para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e é estabelecido contacto com a escola que a criança frequenta a fim de conhecer os apoios disponíveis, de forma a articular o seguimento dali em diante. O SNIPI tem como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI) que é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei n.º 281, 2009, p.15566). O apoio no âmbito do SNIPI dirige-se a crianças até aos 6 anos e respetivas famílias que apresentem alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta a idade e o contexto social, ou com risco grave de atraso de

desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais (Decreto-Lei n.º 281, 2009).

Através das experiências vividas durante este estágio, pude conhecer a realidade da IPI, ajudando-me a compreender a articulação, encaminhamento e acompanhamento destas crianças.

Outra das vertentes do neuro desenvolvimento que tive a oportunidade de aprofundar foram as perturbações da coordenação-motora. É através do corpo que a criança estabelece a relação com o mundo. O corpo é fundamental para o desenrolar tanto do seu desenvolvimento como das suas aprendizagens nas dimensões cognitiva, socioafetiva e psicomotora (Borges, 2014). A psicomotricidade define-se pela capacidade do ser humano se movimentar com intencionalidade, determinando e coordenando mentalmente os movimentos corporais. Assim, o desenvolvimento motor é caracterizado por ser um processo evolutivo sequencial e que subentende um conjunto de alterações comportamentais, dos movimentos e das atividades entendidas numa base diacrónica. É um processo dependente da interação entre a maturação, o crescimento e a aprendizagem e exprime-se pela alteração das possibilidades de ação e movimento, bem como, pela complexidade das competências e jogos (Barreiros, 2016).

A estimulação das funções motoras deve ocorrer por meio de uma abordagem proprioceptiva, visando proporcionar à criança a sensação de onde se localizam as partes do seu corpo no espaço, com a maior diversidade de experiências sensitivas/sensoriais possíveis, que reforcem movimentos diversos e favoreçam a adequação do tônus e da força muscular (Ministério da Saúde, 2016).

Estas funções se não forem precocemente detetadas podem originar consequências tardias. Por este motivo, e por esta ser uma temática do meu interesse, mas também uma necessidade do serviço, construí um instrumento educativo sobre a motricidade global da criança dos 0 aos 6 anos (Apêndice VIII). Esta é uma vertente do crescimento e desenvolvimento com inúmeras estratégias de intervenção facilmente realizadas no domicílio pelas famílias, desde que sejam previamente ensinadas e capacitadas. O documento produzido consiste numa compilação de guias informativos, ordenados por faixas etárias, para entrega de acordo com o estágio de desenvolvimento motor em que a criança se encontra. Abordam um conjunto de estratégias, atividades e brincadeiras que a família pode realizar em casa ou ao ar livre que visam o estímulo das capacidades motoras globais da criança.

A criança tem diversas formas de utilizar e de sentir o seu corpo, como: correr, gatinhar, baloiçar, rodopiar, deslizar, rastejar, saltar a pés juntos ou num só pé, agarrar, pontapear, lançar, transportar (...) e através destes movimentos, está em constante aprendizagem. Jogar e brincar é imprescindível para o desenvolvimento integral da criança e com as atividades expostas nos guias de ensino, a criança trabalha não só a motricidade global, mas também a sua individualidade física, intelectual e emocional (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

Otimizando as atividades realizadas e desenvolvidas, sem dúvida que este estágio me concedeu ferramentas excepcionais para a observação, avaliação e intervenção junto da criança/jovem com perturbações do desenvolvimento, enquadrando-se num dos contextos mais ricos para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e conseqüentemente para a maximização da saúde.

Assim, este estágio permitiu-me incidir nos três níveis de prevenção traçados no modelo de Neumande modo a reequilibrar o sistema: ao nível da prevenção primária, através da consulta do histórico de saúde da criança e da observação durante as consultas, identifiquei fatores de risco e alterações que podiam comprometer o desenvolvimento e o equilíbrio do sistema família; ao nível da prevenção secundária e terciária através da ação e do ensino à família de estratégias de intervenção que potenciem ao máximo as competências da criança. Foi importante transmitir aos cuidadores que o objetivo principal da nossa intervenção, do estímulo, do incentivo e do foco é que cada criança esteja integrada o melhor possível na sociedade, de acordo com as suas capacidades e o seu potencial de desenvolvimento. Desta forma, contribuí para a reconstituição do equilíbrio do sistema-família através do apoio, da aceitação e da capacitação da criança e família.

Ao longo deste percurso mobilizei e aprofundei competências de EEESIP, das quais saliento, “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”; “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento nº422, 2018).

4.5. Serviço de Internamento Pediátrico

O último local onde desenvolvi o meu estágio foi no serviço de internamento pediátrico onde também desempenho funções. Este permitiu-me, não só continuar a desenvolver competências de EEESIP, mas também, alcançar os objetivos do meu

projeto, respondendo à problemática previamente identificada e exposta neste relatório. O principal objetivo do estágio neste serviço era desenvolver competências para cuidar da criança e família com DMT1.

Começo por descrever uma situação vivida que marcou este estágio, por me permitir desenvolver as competências a que me propus. Recorreu ao SUP desta instituição uma menina de 13 anos, com sintomatologia típica de um episódio de diabetes inaugural, que se confirmou após a realização de exames complementares de diagnóstico. Como já referido, até este dia, após estabilização hemodinâmica, estas crianças eram transferidas para outro hospital, contudo, a continuidade de cuidados às crianças com DMT1 é agora o meu propósito e de toda a equipa de saúde deste serviço. O trabalho em parceria com a equipa médica e com a equipa de nutrição, já tinha sido iniciado no começo deste meu percurso académico, contudo, foi colocado em prática o que havia sido definido como intervenção de cada um. Após o diagnóstico, a criança, permaneceu em vigilância durante algumas horas no SO, tendo sido transferida para o serviço de internamento no turno seguinte, no qual eu me encontrava. Durante a sua hospitalização, que teve a duração de 5 dias, tive a oportunidade de acompanhar o processo de admissão, educação e capacitação até à alta da criança e mãe. É de ressaltar que a mãe foi a única familiar presente durante o internamento, devido à proibição de visitas em vigor em consequência da situação pandémica que vivíamos.

Considero que, por ter feito o acolhimento a esta jovem e mãe no SIP e ter assumido os cuidados desde o primeiro momento até ao dia da alta, consegui estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito mútuo, facilitadoras da expressão de sentimentos, medos, dúvidas e preocupações.

Depois de conhecido o diagnóstico, independentemente da doença, a criança e a família iniciam um processo de luto devido aos sentimentos de perda vividos. A primeira fase, denominada choque/negação ou desorganização (González, 2007; McElfresh et al, 2014), foi vivida pela jovem com muita apatia. A mãe inicialmente também se encontrava muito pouco comunicativa e expressiva, contudo, no segundo dia, após um momento de labilidade emocional, começou a verbalizar sentimentos de conformismo. Como afirma McElfresh et al. (2014), os efeitos negativos do processo saúde-doença são mais exacerbados, nas situações de DC.

Consciente do impacto que o confronto com o diagnóstico de uma DC provoca, e que os principais medos de uma adolescente são a alteração da imagem corporal, a perda de controlo, a lesão corporal, a dor, a rejeição e a morte, como refere OE

(2011), McElfresh et al. (2014) e Sanders (2014), procurei desde a primeira interação ser empática e afetuosa, colocando em prática as intervenções de enfermagem facilitadoras da comunicação e da relação (Apêndice IX), apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento.

Promover a distração e o conforto, encorajar a partilha de sentimentos e emoções, demonstrar tempo e interesse em escutar os seus medos e preocupações e respeitar a sua vontade sem fazer críticas ou julgamentos, foram algumas das estratégias que utilizei. Para além destas, foi essencial transmitir as informações calmamente e explicar os procedimentos num tom de voz suave e carinhoso, utilizar terminologia científica adequada, envolver a criança e a mãe na tomada de decisão, esclarecer todas as dúvidas, e solicitar a participação e cooperação, sem fazer pressão, como recomenda a OE (2011) e Hockenberry (2014b). A relação terapêutica estabelecida influenciou todo o processo de educação e capacitação da jovem e da mãe.

Com o contacto progressivo com a jovem e a família, observei e percecionei as reações face à doença, as capacidades funcionais e os comportamentos adaptativos, explorei a compreensão da criança sobre a sua própria doença e proporcionei apoio para a aprendizagem e perceção dos sentimentos vividos. O enfermeiro deve ainda encorajar a criança a verbalizar as suas preocupações, pois, as crianças com atitudes de maior aceitação e positivismo, face à sua situação de doença, adotam um estilo mais adaptativo caracterizado pelo otimismo, anuência e competência (McElfresh et al, 2014).

Numa fase inicial, comecei por ser eu a realizar todos os procedimentos como a avaliação da glicemia capilar ou da cetonemia e a administração da insulina subcutânea, explicando todos os passos e os cuidados a ter. Posteriormente, passou a ser a mãe a realizar as intervenções com a minha supervisão ou do enfermeiro que estivesse responsável pelos cuidados da criança durante o turno. Depressa a mãe realizou com sucesso os procedimentos. Mais tarde a jovem começou a demonstrar vontade em experimentar fazer, elogiei sempre a sua iniciativa e incentivei a sua realização. Durante os procedimentos dei sempre o reforço positivo, valorizei sempre a manifestação de desconforto e dor e ensinei estratégias para o controlo e diminuição das mesmas.

Durante o internamento desta criança fui a enfermeira de referência. Fiz a articulação com os outros profissionais da equipa de saúde como a médica e a dietista.

De forma a potencializar os cuidados, a existência do Enfermeiro de Referência é uma mais-valia para os cuidados pediátricos pois identifica as necessidades da família, coordena, implementa e avalia o desenvolvimento dos cuidados prestados e desenvolve estratégias que permitam a continuidade dos cuidados na comunidade (OE, 2015c).

Paralelamente aos ensinios realizados a esta jovem e família, ao longo do estágio, identifiquei algumas lacunas nos conhecimentos existentes na equipa de enfermagem referentes aos cuidados à criança com DMT1. Ao longo do internamento procurei não só estar o mais presente possível para a jovem e mãe, mas também para os meus colegas, apoiando-os, esclarecendo dúvidas, fundamentando as intervenções e supervisionando algumas ações, sempre que estes o solicitaram ou considere importante.

Tendo em conta as necessidades sentidas por mim, as identificadas em conjunto com a jovem e a mãe, bem como, as reconhecidas na equipa, foram construídos alguns documentos de apoio ao ensino, potenciadores da melhor educação, gestão da doença e capacitação da criança com DMT1 e família. Elaborei uma lista dos ensinios mais pertinentes a serem feitos à criança com DMT1 inaugural e família desde o primeiro dia de internamento até à alta (Apêndice X). Esta *check-list* permite que em cada turno o enfermeiro responsável preencha, se o ensino foi iniciado, continuado ou concluído. Senti também a necessidade de construir uma tabela de registo e monitorização dos valores da glicemia (Apêndice XI) para entregar à jovem e mãe. Nesta são registados os valores avaliados, mas também, o peso dos alimentos e os hidratos de carbono respetivos, as unidades de insulina a administrar e o local de administração. Este documento tornou a monitorização mais fácil e acessível, permitindo tanto à jovem e família, como à equipa de saúde, um acesso mais rápido e um controlo mais objetivo da evolução clínica, facilitando os ajustes terapêuticos. Saliento que os registos efetuados neste documento não substituem qualquer registo informático.

Outro documento construído e intitulado “Insulinoterapia e controlo glicémico” (Apêndice XII) foi pensado e estruturado de forma editável para que possa ser adaptado a cada criança, sempre que existam alterações no plano de tratamento. Este é um instrumento de ensino que aborda o regime de administração e os tipos de insulina em uso pela criança, os cálculos das unidades a administrar, os horários, os intervalos de administração a cumprir entre a administração e as refeições, e ainda, como agir em situação de hipoglicemia. É, não só, um instrumento de apoio aos

ensinos, mas também, um documento informativo que deve estar junto ao *kit* que acompanha sempre a criança, permitindo que qualquer cuidador, em caso de dúvida, possa consultar ou em situação de descontrolo glicêmico ou perda de consciência da criança, possa saber atuar.

Outra necessidade sentida durante o internamento desta jovem foi a existência de um documento de apoio para entrega à criança e família onde constassem as informações sobre a DMT1 mais importantes e pertinentes, com uma terminologia de fácil compreensão. Esta originou a construção de um folheto informativo (Apêndice XIII) que aborda, o que é a DMT1, o tratamento, quais as complicações mais frequentes, as possíveis causas e como reconhecê-las. Aborda também como e quando se deve realizar a avaliação da GC, a técnica e os locais de administração da insulina, o que é a hipoglicemia e a cetonemia e como atuar, os cuidados a ter com a alimentação, a leitura de rótulos e cálculo dos HC, os cuidados na prática de exercício físico e ainda em que situações a criança com DMT1 deve recorrer a um SUP.

Os instrumentos de apoio construídos contribuíram e preveem continuar a facilitar a personalização dos cuidados à criança com DMT1, facilitando a compreensão sobre o que é a doença, e como devemos agir para que a criança tenha um dia-a-dia o mais normal possível. Esta intervenção é uma das mais importantes para promover o *coping* na criança e aliviar o sentimento de ser diferente, e normalizar, tanto quanto possível, a sua vida como defende McElfresh et al. (2014).

Após a alta desta jovem, dei continuidade aos cuidados iniciados no serviço de internamento, mantendo o contacto através de *email* e telefone, procurando apoiar o processo de gestão e capacitação no domicílio, esclarecendo as dúvidas que foram surgindo e demonstrando disponibilidade e preocupação. Após três dias, a jovem dirigiu-se novamente ao hospital para a primeira consulta após a alta, na qual estive presente. Nesta, realizei o ensino sobre a colocação, manuseamento e substituição do leitor *FreeStyle Libre*, um sensor que é aplicado na região posterior do braço e que monitoriza a glicose no líquido intersticial, em apenas 1 segundo (Abbott, 2020). A decisão relativa à colocação deste dispositivo foi tomada em conjunto com a criança e a família, após terem sido expostas as vantagens e desvantagens do mesmo.

As atividades desenvolvidas permitiram uma intervenção de enfermagem focada nos três níveis de prevenção: ao nível primário, através da identificação dos fatores de risco associados aos *stressores*, minimizando a reação aos mesmos; ao nível secundário, através da intervenção dirigida às reações aos *stressores*, definindo prioridades de intervenção e tratamento para reduzir os efeitos negativos, tais como, capacitar a criança

e família para a gestão da DMT1, ensinando, instruindo e treinando, e posteriormente supervisionando os cuidados; e por último ao nível da prevenção terciária, no apoio dado à díade para o regresso ao seu ambiente habitual, através da preparação para a alta e da continuidade de cuidados em ambulatório.

Integrado neste estágio, tive a oportunidade de observar uma equipa de enfermagem, de uma consulta de diabetes, de um hospital central de Lisboa, durante quatro dias. Esta consulta é considerada, um serviço de referência nesta área. Foi uma experiência extremamente rica e positiva. Pude conhecer a dinâmica e filosofia dos cuidados, alguns dos projetos desenvolvidos no serviço, assistir a quatro consultas de acompanhamento e vigilância da DMT1 e acompanhar, durante três dias, o processo de ensino a uma criança e família, sobre a colocação e utilização de uma bomba de insulina. Estes ensinamentos e treino foram feitos em parceria com a equipa de nutrição.

Nas consultas de seguimento das crianças com diagnóstico de DMT1 é realizada a avaliação da HbA1c, da glicemia e da cetonemia, dos sinais vitais, e ainda efetuado o controlo dos dados memorizados nos dispositivos da criança. Com a tecnologia em constante evolução, atualmente os programas existentes fazem automaticamente uma construção gráfica com os valores, o que permite uma melhor perceção da oscilação e estabilidade ou instabilidade da doença. Na consulta, são também revistas as práticas da criança e dos cuidadores, como por exemplo, a técnica e os cuidados na administração da insulina, a fim de prevenir a formação de lipodistrofias. O incentivo à prática de exercício físico está sempre presente, assim como, os cuidados com a alimentação. Com a vigilância e acompanhamento atento e regular destas crianças ao longo do seu desenvolvimento, é possível prevenir as complicações agudas e minimizar as complicações tardias.

Durante estes dias, pude aperceber-me da relação de proximidade e união criada entre as crianças, as famílias e a enfermeira de referência, que é, sem dúvida, facilitadora e potenciadora do processo de gestão e adaptação à doença.

As atividades desenvolvidas contribuíram para concretizar o objetivo de operacionalizar estratégias que contribuam para a capacitação e *empowerment* da criança com DMT1 e família, em articulação com a equipa de enfermagem na gestão adequada da doença.

O estágio no SIP foi um percurso trabalhoso, mas de muita aprendizagem, por todas as experiências e conhecimentos adquiridos. Este local permitiu-me desenvolver competências de EE e EEESIP, das quais destaco: “Orienta projetos

institucionais na área da qualidade”; “Planeia programas de melhoria”; “Otimiza o processo de cuidados ao nível de tomada de decisão”; “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”; “Suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento n.º140, 2019); “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”; “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)” e “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento nº422, 2018).

4.6. De Enfermeira de Cuidados Gerais a Enfermeira Especialista

O culminar dos estágios reflete-se na união dos novos conhecimentos e competências, com toda a experiência profissional adquirida até ao momento. O seu saber profissional resulta da fusão de saberes provenientes de diversas fontes, disciplinares e experienciais, que lhe dão uma visão mais ampla da realidade (Alarcão & Rua, 2005). Segundo os mesmos autores, a competência resulta de um conjunto de micro competências que refletem a mobilização de vários saberes, que possibilitam uma intervenção personalizada a cada situação concreta.

Tendo como alicerce esta definição, o EE é aquele a quem se reconhece “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” (OE, 2010, p.2).

Neste sentido, após uma análise individualizada dos diferentes contextos clínicos e das experiências que estes me proporcionaram, torna-se pertinente realizar uma avaliação global dos resultados obtidos no que se refere à mobilização, aquisição e desenvolvimento de competências gerais de EE e específicas de EEESIP.

Foi através da articulação entre a investigação científica, a reflexão, a análise crítica e a prática de cuidados desde o primeiro dia deste mestrado e especialização, que o meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à aquisição do título profissional de EEESIP e obtenção do grau de mestre, foi sendo construído, consolidado e agora relatado.

Início esta reflexão pelas competências comuns do EE. Estas dividem-se em quatro grandes domínios: responsabilidade ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e por último, desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º140, 2019).

O primeiro, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi desenvolvido na minha prática profissional pela ação orientada pela evidência científica, e pelo cumprimento dos princípios ético-deontológicos do enfermeiro que suporta o meu raciocínio clínico e a minha tomada de decisão diária. Evidencia-se também pelo respeito dos valores e crenças de cada sistema, pela valorização da unicidade de cada criança e família e pela defesa dos direitos humanos, da privacidade, dignidade, segurança e acesso à informação dos cuidados que presto. O desenvolvimento desta competência foi ainda fortalecido pela introspeção e análise profunda e constante dos quadros de referência reguladores da profissão que orientam a minha intervenção. O Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e daqui em diante o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEESIP e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o desenvolvimento de competências nesta área foi feito ao longo deste percurso pela avaliação da qualidade das práticas, a revisão e o planeamento de atividades de melhoria contínua. Esta conduta foi incrementada na prestação de cuidados em cada contexto, porém, é mais evidente no meu contexto profissional através da elaboração, colaboração e disseminação do projeto desenvolvido e que visa a excelência dos cuidados a nível institucional. Aqui iniciei o projeto do cuidar da criança com DMT1, tendo em vista o acompanhamento para a sua capacitação e gestão da doença, onde numa fase inicial foram realizados vários momentos de reflexão e partilha com o enfermeiro orientador, a enfermeira chefe e alguns elementos da equipa médica, foram identificadas as oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, as prioridades de atuação e quais as estratégias para atingir os objetivos. Após o término do Estágio, realizei em parceria com a médica endocrinologista responsável e a nutricionista de referência, duas apresentações intra-hospitalares para enfermeiros, médicos e nutricionistas, onde foi apresentado o percurso realizado até à data, o protocolo de atuação, as atividades desenvolvidas, os objetivos

presentes e as metas a atingir no futuro. Todos os documentos de apoio à prática de enfermagem construídos no decorrer do estágio no SIP (Apêndices X, XI, XII, XIII) são exemplos do aprofundar desta competência. Ainda neste domínio, destaco a importância do meu papel enquanto promotora de um ambiente de cuidados terapêutico e seguro, fomentado por mim, nos diferentes contextos de estágio, não só na prestação de cuidados diretos à criança e família, mas também, através da relação estabelecida com os vários enfermeiros orientadores, que considero ter sido facilitadora do processo de aprendizagem.

No que se refere ao domínio da gestão dos cuidados, as competências aqui integradas têm vindo a ser desenvolvidas no desempenho do papel de chefe de equipa, através da identificação das necessidades, da gestão dos recursos, da supervisão e da tomada de decisão, consciente e ponderada, garantindo a segurança do cliente e profissionais, e a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, pelo trabalho desenvolvido até ao momento, noto que me tornei um elemento de referência no serviço, não só na área da Diabetes, mas de um modo geral, pela entrega, empenho e investimento na sensibilização e capacitação da equipa de enfermagem para o caminho a percorrer para a melhoria consistente da excelência no cuidar.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais revela-se pela procura incessante de ser cada dia melhor, de aprofundar conhecimentos e de investir na minha formação. Tenho consciência que a investigação e a tecnologia estão em constante evolução, que as aprendizagens não são estanques e que a prestação de cuidados de qualidade exige uma dedicação, atualização e formação constantes. Responsabilizo-me por ser um elemento dinamizador e facilitador nos processos de aprendizagem, tanto como formadora (Apêndice IV), como na orientação de alunos ou na integração de novos profissionais.

No que diz respeito às competências específicas do EEESIP, estas dividem-se em três domínios: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº422, 2018, p.19192). Começo por referir que estas competências foram desenvolvidas, consolidadas e fundamentadas com suporte nos principais pilares da enfermagem pediátrica pelo qual reajo a minha prática, já abordados neste relatório, que são a filosofia dos CCF, a PC e os CNT.

Quanto à competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº422, 2018), esta foi desenvolvida nos diferentes contextos de forma gradual e evolutiva. Com foco na promoção da saúde e prevenção da doença através de intervenções promotoras da parentalidade, da participação ativa, da responsabilização e da capacitação, rumo à independência e ao bem-estar da criança e da família. Para tal, os cuidados antecipatórios assumiram especial relevância na prevenção de situações de risco. Apesar de não ter vivenciado durante os estágios situações de abuso, negligência ou maus-tratos que exigissem uma intervenção especializada, considero que a abordagem destes temas em sala de aula, a reflexão e partilha entre colegas e a minha vontade de aprofundar conhecimentos nesta área, contribuíram para a melhoria da capacidade de identificação de situações que possam afetar a vida da criança/jovem, daqui em diante. Esta é sem dúvida, uma área de intervenção que me suscita curiosidade e interesse e onde futuramente gostaria de investir, pois reconheço o contributo que o EEESIP pode ter no trabalho excecional que o NACJR e a CPCJ desempenham.

Respetivamente à competência “cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade” (Regulamento nº422, 2018), evidencio a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica como área de especial interesse. Porém, todas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos pretenderam dar resposta às necessidades por mim sentidas e identificadas, desenvolvendo competências de EEESIP nas diferentes áreas de intervenção, e não somente focada na temática do projeto. Após uma introspeção, este percurso fez-me desenvolver um olhar mais atento, crítico e conseqüentemente mais exigente da minha prática de cuidados. Considero-me agora, mais desperta e confiante para antecipar situações de instabilidade das funções vitais, mais competente na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e mais habilitada para a promoção da adaptação da criança/jovem e família confrontadas com o diagnóstico de uma DC, deficiência ou incapacidade. Ambiciono brevemente realizar o curso de SAVP (Suporte Avançado de Vida Pediátrico) e futuramente aprofundar conhecimentos sobre as terapias complementares na prática de enfermagem, uma área pouco explorada neste percurso, mas em crescente evolução e com vantagens e benefícios no cuidar.

No que se refere à competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº422, 2018, p.19194) espelha ser o reflexo de todo o percurso realizado

e dos contributos no cuidar. De forma indissociável, todos os momentos, desde os mais espontâneos, aos mais desafiantes, contribuíram para desenvolver esta competência. A procura constante de oportunidades de aprendizagem, apoiada pelos enfermeiros orientadores e pela professora orientadora, proporcionaram um sentimento de crescimento e autonomia, potenciadores da evolução e desenvolvimento desta competência.

Aprofundar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil foi imprescindível para uma avaliação mais eficaz e personalizada, e conseqüentemente para uma promoção da maximização do potencial de desenvolvimento infantil mais eficiente. Os estágios realizados na UCSP e na CDI permitiram o treino e desenvolvimento desta competência. Interligado, está inevitavelmente, a promoção da vinculação e da parentalidade, com inúmeros benefícios e contributos no processo de desenvolvimento da criança e que considero ter desenvolvido em todos os contextos. Contudo, destaco o estágio no serviço de neonatologia como fortalecedor desta competência no caso do RN doente ou com necessidades especiais. No âmbito da comunicação, evidencio a experiência vivida na CDI onde fortaleci as estratégias e técnicas de comunicação com crianças com perturbações do desenvolvimento, uma vertente até então pouco explorada e agora muito mais ampliada. Como último item a abordar relativo à competência em análise, a gradual responsabilização do jovem/adolescente pelo seu projeto de saúde foi uma preocupação permanente, reforçada nos estágios realizados no SUP, na CDI e no SIP onde procurei dar o apoio, informação e educação necessárias para a consciencialização de que todos os comportamentos podem ser determinantes nas escolhas relativas à saúde.

Tenho consciência que todas as experiências vividas em contexto de Estágio, as aprendizagens e conhecimentos adquiridos, as atividades realizadas, os objetivos alcançados, os profissionais conhecidos, as crianças e famílias cuidadas e os momentos de raciocínio, análise e reflexão foram potenciadores do crescimento pessoal e profissional contínuo e ambicioso que é o cuidado de excelência em enfermagem pediátrica. A promoção dos CCF, da PC e dos CNT, as preocupações com as questões éticas da não maleficência, a liberdade de decisão e respeito pela intimidade do cliente foram, assim como os direitos da criança estiveram, sempre presentes durante o processo de cuidar ao longo deste percurso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O concluir deste relatório é visto e sentido como o alcançar da primeira meta, num percurso marcado pela procura e ambição da evolução e da excelência do cuidar em enfermagem, consciente do longo e trabalhoso futuro que me espera.

Como descrito no Regulamento de Competências Específicas, o EEESIP “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento nº422, 2018).

Com enfoque na citação anterior e através da contínua análise e reflexão das práticas, alicerçada no saber científico e ético, em harmonia com as experiências pessoais e profissionais vividas, foi possível ao longo desta caminhada, cimentar aprendizagens e conhecimentos, assim como, desenvolver competências de EE, EEESIP e mestre, apoiadas nos modelos e conceções da enfermagem pediátrica.

Relativamente à temática em estudo neste relatório, e após análise da evidência científica disponível e das experiências vividas, pode concluir-se que, o diagnóstico de uma DC causa um grande impacto na criança, tal como, na família, afetando a estrutura familiar em toda a sua multidimensionalidade, exigindo uma adaptação e reorganização imprevistas. Por sua vez, cuidar da criança com DMT1 e família, pressupõe identificar e valorizar os medos, incertezas e preocupações, e atuar de forma a desmistificá-los e minimizá-los, para posteriormente dar-se início ao processo de educação, capacitação e gestão da doença.

Para o sucesso deste processo é importante ter em conta que, a família é o alicerce da criança, pelo que o seu reconhecimento como parceira e parte integrante dos cuidados é fundamental. É também essencial adotar estratégias e intervenções que minimizem o medo, a ansiedade, o *stress* e o sofrimento da criança, perante experiências potencialmente dolorosas e traumáticas, indo assim de encontro às filosofias dos CCF e dos CNT. O Modelo de Sistemas de Neuman também evidencia a importância e necessidade de se identificar e compreender os *stressores* presentes no ambiente do sistema-família e que influenciam o equilíbrio do mesmo.

A necessidade de apoio, ensinamentos, tempo e dedicação do enfermeiro à criança e família é inquestionável e incontornável e constitui, não só a essência do cuidar em enfermagem, mas também um dever e uma condição para a garantia da qualidade dos

cuidados. O enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica de confiança e avaliar de forma criteriosa e personalizada, as necessidades da criança e família, mediante uma abordagem holística. A família deve assegurar os cuidados à criança enquanto esta não tiver capacidade, nem habilidade para o fazer, de forma autónoma. Contudo, é necessário que tanto os profissionais de saúde como a família envolvam a criança como agente ativo na tomada de decisão, consoante a idade e estágio de desenvolvimento, promovendo uma gestão partilhada da doença.

Penso que a existência de *guidelines* que orientam as práticas clínicas, otimizando as intervenções realizadas e os cuidados prestados é potenciador da capacitação da criança e jovem, com DMT1 e da gestão dos sentimentos associados, permitindo ao enfermeiro antecipar e saber lidar com as alterações esperadas de forma competente e adequada.

O EEESIP deve ter julgamento clínico que possibilite o reconhecimento da complexidade das situações que levam a criança e a família a carecer de cuidados de saúde, nos diferentes contextos. A interpretação rápida das necessidades e respostas do cliente pediátrico adquire-se através de uma prática reflexiva, atenta e focada que garante a personalização dos cuidados e a excelência da profissão.

Considero que as atividades desenvolvidas permitiram-me alcançar os objetivos propostos e foram contributos importantes para o meu crescimento pessoal e profissional. Assim, na prossecução do meu percurso de aprendizagem e formação, pretendo dar continuidade ao projeto iniciado no hospital onde exerço funções, através da dinamização de formações, da construção de instrumentos e ferramentas de trabalho, perspetivando no futuro a criação de uma Consulta de Diabetes. Pretendo ainda realizar a revisão *scoping* dando assim seguimento ao protocolo elaborado na UC Opção II do CMEESIP.

Com o culminar deste trabalho, considero que o meu olhar sobre a prática de cuidados em pediatria foi progressivamente e profundamente transformado, sinto-me atualmente mais provida de conhecimentos e competências que me permitem promover o bem-estar, a vinculação e a parentalidade da criança e família, assim como, o crescimento e o desenvolvimento saudável.

O caminho que percorri, não só durante o Estágio, mas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria vai de encontro ao referido por Benner (2001), o conhecimento nasce da prática e a prática cria conhecimento. Os enfermeiros desenvolvem-se com base na reflexão pessoal, na pesquisa e na integração do conhecimento, permitindo-lhes agir de forma intuitiva e evoluir de iniciados a peritos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373-382.

Aldridge, M. D. (2005). Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit: one unit's experience. *Critical Care Nurse*, 25 (6), 40–50.

American Academy of Pediatrics. (2012). Patient and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 129 (2), 394-404.

American Academy of Pediatrics. (2016). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 137 (2), 1-13.

American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37 (Supplement 1), S81-S90.

Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II (9), 61-67.

Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed., Vol. 1, pp.331–411). Loures: Lusociência.

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (s.d.). *ABC da Diabetes*. Acedido em 20/05/2020. Disponível em: <https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes/>.

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2012). *Viver com a Diabetes* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*, 60 (1), 49-74.

Barreiros, J. (2016). *Desenvolvimento motor e aprendizagem*. Lisboa: Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.

Barros, Luísa (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.

Barry, A. & Connelly, Erin (2019). The child with endocrine dysfunction. In Hockenberry, Wilson & Rodgers (Coords). *Wong's: Nursing Care of Infants and Children*. (11ª ed., pp.1170–1208). Elsevier.

Batalha, L. M. C. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar*. Manual de Estudo. Versão 1. 1-11.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bento, A. M. V. (2011). *As etapas do processo de investigação: do título às referências bibliográficas*. Porto: Figueirinhas.

Borges, C. F. B. (2014). O desenvolvimento da motricidade na criança e as expressões um estudo em contexto de pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.3/3151>.

Brum, E. H. M. D., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & saúde coletiva*, 9, 457-467.

Bryant, R. (2014). A criança com défice cognitivo, sensorial ou comunicacional. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed., Vol. 1, pp.964 -1004). Loures: Lusociência.

Cameron, F. J., Northam, E. A., & Ryan, C. M. (2019). The effect of type 1 diabetes on the developing brain. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3 (6), 427-436.

Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 11-20.

Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31 (4), 393-406.

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. Glasper & A. Tucker (1993). *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.

Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos Cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*. 191, 6-12.

Charepe, Z., & Figueiredo, M. H. (2011). Família e a criança com doença crónica: percursos transformativos e colaborativos. *Nursing*, 23 (276), 2-8.

Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte de vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T. & O'Shea, R. (2011). What does familycentred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 67 (12), 2561-2573.

Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Criação do sistema nacional de intervenção precoce na infância. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série (Nº 193 de 06-10-2009), 7298-7301.

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série (Nº 157 de 16-08-2018), 4147-4182.

Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Revista Pensar Enfermagem*, 23 (1), 21 - 40.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.

Direção Geral de Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientações para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Orientação n.º24/2012. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2018 Sistemas de Triagem de Serviços Urgência. *Norma Nº 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. www.dgs.pt.

Docherty, S. L.; Brandon, D.; Superdock, A. K. & Barfield, R. C. (2019). Impact of chronic illness, disability, or end-of-life care for the child and family. In Hockenberry,

Wilson & Rodgers (Coords). *Wong's: Nursing Care of Infants and Children*. (11ª ed., pp.589–631). Elsevier.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2019). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2020). *Documento Orientador Unidade Curricular Estágio com Relatório. 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. (p. 1-7). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

European Association for Children in Hospital. (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4ªed.) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Folgado, S. B. (2014). *A comunicação e a interação na criança autista: um estudo de caso*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação. Castelo Branco.

Freese, B. (2004). Betty Neuman – Modelo de Sistemas. In Tomey, A. M. & Alligood, M.R. (Eds). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ªed., pp.335-375). Loures: Lusociência.

Freire, C. M. B. (2012). *Comunicação e interação social da criança com perturbação do espectro do autismo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa.

Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15, 1-38.

George, J. B. (2000). Betty Neuman. In George, J. B. & Colaboradores (Eds). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ªed., pp.225-240). Porto Alegre: Artmed Editora.

Godinho, N. (2020). Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/GUIA_B_2020.pdf

Gomes, G. C., Moreira, M. A. J., Silva, C. D., Mota, M. S., Nobre, C. M. G., & Rodrigues, E. F. (2019). Vivências do familiar frente ao diagnóstico de diabetes mellitus na criança/adolescente. *Journal of Nursing and Health*, 9 (1), 1-13.

González, L. R. (2007). Cuidados paliativos: su dimensión espiritual. *Manual para su abordaje clínico*. Córdoba: Ediciones Toromítico.

Hanas, R. (2007). *Diabetes Tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Hewitt, S. (2006). *Compreender o Autismo – Estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto: Porto Editora.

Hockenberry, M. (2014a). A influência da família na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 1, pp.49-71). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. (2014b). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed., Vol. 1, pp.122–183). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed., Vol. 1, pp.1-20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of pediatric nursing. In Hockenberry, Wilson & Rodgers (Coords). *Wong's: Nursing Care of Infants and Children*. (11ª ed., pp.1–14). Elsevier.

Institute for Patient and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.

International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9ªEd). Bruxelas:International Diabetes Federation.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança - (RE) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Lei n.º 156/2015 (2015). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos

Enfermeiros. *Diário da República, 1ª Série* (Nº 181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Liu, J., Leung, P., & Yang, A. (2014). Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. *Nutrients*, 6 (1), 76-89.

Mayer-Davis, E. J., Kahkoska, A. R., Jefferies, C., Dabelea, D., Balde, N., Gong, C. X., ...& Craig, M. E. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric diabetes*, 19, 7-19.

McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol. 1, pp.897-930). Loures: Lusociência.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company, New York.

Merck, T. & McElfresh, P. B. (2019). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In Hockenberry, Wilson & Rodgers (Coords). *Wong's: Nursing Care of Infants and Children*. (11ª ed., pp.658–677). Elsevier.

Ministério da Saúde. (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde.

Mota, H. V. A., Júnior, C. J. S. & Silva, M. R. (2019). Intervenção à criança hospitalizada e ludoterapia: revisão integrativa. *Revista Portal Saúde e Sociedade*. 4 (2), 1141-1151.

Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5ª ed., pp. 3-33). USA: Pearson.

Oliveira, C. S. & Lopes, M. J. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*. 14 (1), 67-74.

Oliveira, C., Castro, L., Silva, R., Freitas, I., Gomes, M., & Cândida, M. (2016). Fatores associados ao desenvolvimento global aos 4 e 8 meses de idade corrigida de

crianças nascidas prematuras. *Journal of Human Growth and Development*. 26 (1), 42-48.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Número 3, Volume 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Número 3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização – Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE, Série 1, Número 8. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, 2ª Série* (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Nº07/2020). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2009). *WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development*. Organização Mundial da Saúde.

Orzalesi, M., Lucia, A. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24 (1), 135-137.

Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Record, E., Ballard, L. & Barry, A. (2014). A criança com disfunção endócrina. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 2, pp.1669-1724). Loures: Lusociência.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª Série* (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns específicas do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª Série* (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Sabatés, A. L. & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 13 (6), 968-973.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol. 2, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.

Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência* (11), 59-62.

Sen, E., & Yurtsever, S. (2007). Difficulties experienced by families with disabled children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12 (4), 238-252.

Silva, I. L.; Marques, L.; Mata, L & Rosa, M. (2016). *Orientações curriculares para a educação pré-escolar*. Lisboa: Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes – Factos e Números – O ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Letra Solúvel - Publicidade e Marketing, Lda.

Swift, P. (2009). Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 10, 51-57.

Tavares, P.P.S. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

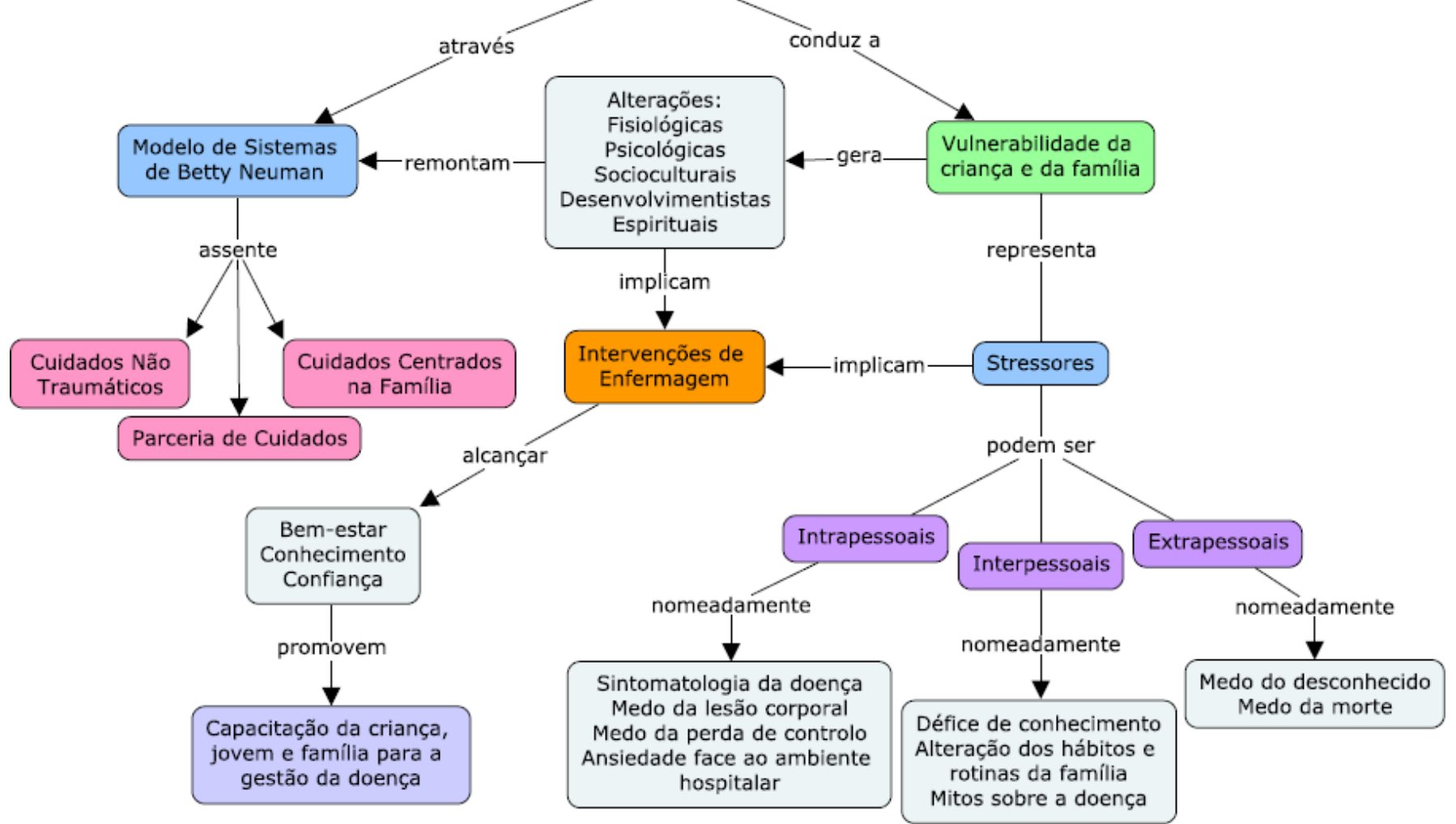
Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed., Vol. 1, pp.240–293). Loures: Lusociência.

Wolkers, P. C. B., Pina, J. C., Wernet, M., de Carvalho Furtado, M. C., & de Mello, D. F. (2019). Crianças com diabetes mellitus tipo 1: vulnerabilidade, cuidado e acesso à saúde. *Texto & Contexto*, 1-17.

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Conceptual

Cuidar da Criança/Jovem com Diabetes Tipo 1 e Família



Apêndice II – Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio

Ano		2020					2021																	
Mês		Nov	Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio	
Semanas		23	30	7	14	21	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3
		29	6	13	20	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9
Contextos	Serviço de Urgência Pediátrica																							
	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados																							
	Serviço de Neonatologia																							
	Consulta de Desenvolvimento Infantil																							
	Serviço de Internamento Pediátrico																							
Elaboração do Projeto																								

Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio



**11º Curso Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Cuidar da Criança com Diabetes Tipo 1 e Família:
Intervenção do Enfermeiro

Susana Guiomar Figueiredo

Nº 9559

Orientadora: Profª Maria Filomena Sousa

Lisboa

2020

LISTA DE SIGLAS

ADA – *American Diabetes Association*

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

DMT1 - *Diabetes Mellitus* tipo 1

DMT2 - *Diabetes Mellitus* tipo 2

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

IDF – *International Diabetes Federation*

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

ISPAD - *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*

PND – Programa Nacional para a Diabetes

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

INTRODUÇÃO

O presente documento desenvolvido no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria tem como objetivo primordial dar a conhecer o meu projeto de estágio e organizar o meu percurso de formação no sentido de desenvolver competências científicas, técnicas e humanas de enfermeira especialista, para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados à criança e família, com integração das diferentes dimensões do exercício profissional.

Com este projeto, além de pretender adquirir e desenvolver competências comuns e específicas do EEESIP, ambiciono desenvolver competências para cuidar da **Criança com Diabetes Tipo 1 e Família**, o tema e objeto de estudo escolhido. A escolha emergiu após a realização do autodiagnóstico e de uma análise e reflexão das necessidades por mim identificadas no meu contexto da prática clínica, bem como, do gosto e interesse pessoal, da vontade de aprofundar conhecimentos sobre esta temática e do desejo consciencioso de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estas crianças.

Assim, serão apresentados os objetivos gerais e específicos a desenvolver em cada contexto de estágio e as atividades planeadas para alcançar os mesmos. Considero que definir linhas mestras das práticas clínicas, otimizando as intervenções realizadas e os cuidados prestados é potenciador da capacitação da criança e jovem, sujeitos a um diagnóstico de doença crónica e da gestão das emoções associadas, antecipando e sabendo lidar com as alterações esperadas de forma competente e adaptada.

Tal como nos afirma Benner (2001) com a experiência e o domínio, a competência transforma-se, e a mudança conduz a uma melhor intervenção, para que o profissional caminhe no sentido de se tornar perito na área.

FUNDAMENTAÇÃO

Cuidar é a essência da Enfermagem! Reporta-nos para um processo relacional e um meio de comunicação e manifestação de sentimentos humanos (Watson, 2005, 2002). Collière (1999) afirma que “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente um ato de reciprocidade que prestamos à pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (p.235), cuidar significa também valorizar e reconhecer o outro, enquanto pessoa, como um todo, preservando a complexidade da sua personalidade (Diogo & Mendonça, 2019).

Neste sentido, enquanto futura EEESIP e segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, este

“(…) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto (...), de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (Diário da República, 2015, p.16661).

O processo saúde-doença representa muitas vezes a primeira crise que a criança e a família vivenciam e enfrentam, desencadeando uma grande instabilidade emocional (Diogo, Vilelas & Rodrigues, 2016, 2015; Sanders, 2014; Tavares, 2011) e que provoca na criança, para além de alterações físicas, um aumento da vulnerabilidade (McElfresh & Merck, 2014; Sanders, 2014) pois terá de desenvolver mecanismos de defesa e *coping* para lidar com os *stressores*, necessitando de apoio externo para ultrapassar esta crise (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015; Hockenberry & Barrera, 2014).

A experiência da doença e o impacto dos cuidados de saúde inerentes exigem dos enfermeiros um apoio técnico, científico e emocional, especializado, de forma a minimizar o impacto negativo das emoções, procurando uma vivência o mais positiva possível (Diogo et al., 2016, 2015).

Ao concordar que os cuidados de enfermagem têm subjacente a totalidade e a individualidade da pessoa, qualquer que seja o cliente alvo, foi escolhido o Modelo de Sistemas de Betty Neuman como principal concepção teórica mentora deste projeto, assim como, as filosofias dos Cuidados Centrados na Família, da Parceria de Cuidados e dos Cuidados Não Traumáticos.

Betty Neuman defende que enquanto sistema, o cliente (criança e família), deve ser visto como um todo, apresentando características fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais, em interação dinâmica, simultânea e permanente com o ambiente e que pode ser afetado por uma diversidade de fatores de *stress* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) associados ao processo de saúde-doença, conduzindo ao desequilíbrio e instabilidade. Assim, este modelo foca-se em quatro pressupostos principais, a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem (Freese, 2004; George, 2000).

Seguindo o pensamento de Neuman, o EEESIP tem o dever de intervir ativa e precocemente, dando resposta às variáveis afetadas pelos *stressores* com intencionalidade terapêutica, promotora do cuidado holístico e personalizado, à criança e família que visem atingir, manter, restaurar ou reter a estabilidade do sistema, conservando energia. A estabilidade acontece quando todas as partes do sistema estão em harmonia e equilíbrio (George, 2000).

Neste sentido, a Diabetes destaca-se como uma das doenças crônicas (DC) mais prevalentes em idade pediátrica e é atualmente reconhecida como um grave problema de saúde pública, pela sua crescente incidência e prevalência, acompanhada de uma elevada morbidade e mortalidade (APDP, 2019; PND, 2019).

O impacto da DC na criança e na família pode ser minimizado se a abordagem efetuada em termos de cuidados de saúde enfatizar as suas capacidades e potencialidades, pelo que, a atenção deve focar-se nas experiências normais, no ajustamento do ambiente e na promoção das capacidades de adaptação (Hockenberry, Wilson & Rodgers 2018).

O termo *Diabetes Mellitus* descreve uma doença que agrupa um conjunto de perturbações metabólicas complexas caracterizadas pela insuficiente produção de insulina pelo pâncreas, resistência à ação da insulina ou de ambas. Desta situação resulta uma perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, dos lípidos e das proteínas, o que leva ao aparecimento de hiperglicemia, caracterizada pelo aumento dos níveis de concentração de glicose no plasma sanguíneo (IDF, 2019; ISPAD, 2018; ADA, 2014).

Embora a etiologia da diabetes seja heterogénea, a maioria dos casos de diabetes pode ser classificado em duas grandes categorias: *Diabetes Mellitus* tipo 1 e tipo 2. A primeira, em estudo neste projeto é caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas (β) o que leva a uma deficiência absoluta de insulina (ISPAD, 2018).

De acordo com a IDF em 2019, estima-se que existem mais de 1,1 milhão de crianças e jovens (0-19 anos) com DM1, com cerca de 129 mil novos diagnósticos por ano, dos quais 98 mil são crianças com menos de 15 anos. Analisando estes números, é evidente que esta é uma situação de saúde preocupante e uma doença em crescimento, pelo que, os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular devem estar alerta para esta situação. Segundo a APDP (2019), está a aumentar 3% por ano nas crianças e jovens em geral, e 5% por ano nas crianças em idade pré-escolar.

A gestão terapêutica da DM1 implica educação, suporte, promoção de uma alimentação saudável, de atividade física e saúde mental, controlo glicémico e administração de insulina frequente ao longo do dia. Uma gestão inadequada pode traduzir-se a longo prazo em comorbilidades (micro e macrovasculares), doenças autoimunes, alterações do crescimento e desenvolvimento, alterações neurológicas e da saúde mental (Cameron, Northam & Ryan, 2019).

Os mecanismos de adaptação, inatos e aprendidos são fundamentais para a capacidade da criança lidar com a sua doença, neste sentido, com o contacto progressivo com a criança e a família, o enfermeiro observa e percebe as reações face à doença, as capacidades funcionais e os comportamentos adaptativos, explora a compreensão da criança sobre a sua própria doença

e proporciona apoio para a aprendizagem e percepção dos sentimentos vividos. Uma das mais importantes intervenções para promover o *coping* na criança consiste em aliviar o sentimento de ser diferente e normalizar, tanto quanto possível, a sua vida (McElfresh & Merck, 2014).

A inicial imaturidade infantil implica que as competências cognitivas, socio-afetivas e morais sofram um processo de maturação, no qual a influência do meio se revela determinante. Quando pensamos no tratamento da DM1, pensamos de imediato em como estas competências podem estar comprometidas pela obrigatoriedade e exigência que o tratamento impõe no quotidiano da criança e da família (PND, 2019). Neste sentido, a vivência da criança é influenciada por diversos fatores, dos quais se destacam, o estágio de crescimento e desenvolvimento, de temperamento e estratégias de *coping* disponíveis; da reação da família e pessoas significativas; e da condição em si (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

Neste sentido, a criança com DM1 enfrenta alguns desafios psicossociais importantes, para potenciar ao máximo a adesão da criança ao plano terapêutico (PT), à autonomização, gestão e capacitação é preciso escutá-la e torná-la protagonista do seu próprio projeto, considerando as suas opiniões e percepções na construção de um cuidado ampliado (Wolkers, Pina & Wernet, 2019). Por outro lado, a forma como a família responde e se adapta à doença e o modo como é capaz de gerir a mesma, irá influenciar a adaptação da própria criança (Gomes, Moreira & Silva, 2019; Charepe & Figueiredo, 2011).

Assim, ao longo da concretização dos meus estágios nos vários contextos, tenho como premissa, a intervenção focada na educação da criança e família, na avaliação e promoção do desenvolvimento da criança saudável ou doente, na identificação, referenciação e intervenção precoce, na normalização do estilo de vida e na promoção da adesão ao tratamento, com base numa relação terapêutica de confiança, partilha de informação, responsabilidade e tomada de decisão, visando a maximização da saúde e a minimização do impacto da doença (McElfresh & Merck, 2014).

OBJETIVOS E ATIVIDADES

Com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e para capacitação para a gestão da diabetes tipo 1 da criança, do jovem e da família, utilizando uma abordagem de educação para a saúde, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, para cuidar da criança, jovem e família em diferentes processos de saúde-doença em todos os estádios de desenvolvimento.
 - Conhecer a dinâmica, a filosofia de cuidados e os projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos;
 - Estabelecer uma relação terapêutica com a criança, o jovem e a família adequada ao seu estágio de desenvolvimento e situação de saúde;
 - Avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem em parceria com a família;
 - Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de doença aguda, doença crônica e em situações de especial complexidade.
- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à criança e ao jovem com diabetes e à família.
 - Conhecer as etapas da aceitação, capacitação e gestão da diabetes na criança, no jovem e na família;
 - Implementar estratégias de intervenção para a promoção da capacitação da criança e do jovem com diabetes e da família.

Para atingir estes objetivos delinee um conjunto de atividades transversais a todos os contextos de estágio e outras particulares a cada contexto, reconhecendo e beneficiando das oportunidades de aprendizagem que o serviço/instituição, me podem proporcionar a desenvolver competências de EE e EEESIP.

Objetivo Geral: Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, no cuidar da criança, jovem e família nos processos de saúde-doença em todos os diferentes estádios de desenvolvimento.

Objetivo específico: Conhecer a dinâmica, a filosofia de cuidados e os projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos.

Competências: B1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; C2.1 Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa e leitura da legislação, políticas e procedimentos do contexto;- Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos existentes no serviço;- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer a caracterização da população alvo e os projetos em ação na instituição;- Apresentação e discussão do projeto de estágio com o enfermeiro orientador e/ou o enfermeiro chefe;- Observação da dinâmica dos serviços e reunião com o enfermeiro orientador para esclarecimento de dúvidas e/ou orientação;- Realização de um documento síntese da caracterização do contexto clínico.	<p><i>Materiais:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Computador- Legislação, normas e protocolos do serviço/instituição <p><i>Humanos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar

Crítérios de avaliação: B1.1.1 Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua; B1.1.2 Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso; B1.1.3 Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; C2.1.1 Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.5 Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

<p>Objetivo específico: Estabelecer uma relação terapêutica com a criança, jovem e família adequada ao seu estágio de desenvolvimento e situação de saúde.</p>	
<p>Competências: 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; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre técnicas e estratégias de comunicação com a criança, jovem e família; - Observação das estratégias e técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador ao comunicar com a criança, jovem e família; - Interação e comunicação com criança, jovem e família com recurso a técnicas e estratégias verbais e não-verbais adequadas ao seu estágio de desenvolvimento, condição de saúde e cultura; - Promoção de um ambiente terapêutico eficaz e facilitador da comunicação; - Elaboração de um documento sobre intervenções de enfermagem facilitadoras da comunicação e da relação com a criança e jovem. 	<p><i>Materiais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Bases de dados - Bibliografia de referência - Produção científica recente <p><i>Humanos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar
<p>Crterios de avaliação: E1.1.2. Comunica com a criança, jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança, jovem e família; E3.3.2. Relaciona-se com a criança, jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança e jovem.</p>	

Objetivo específico: Avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem em parceria com a família.	
Competências: 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; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia sobre a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e as perturbações do neuro desenvolvimento; - Observação participante na consulta de enfermagem de saúde infantil (UCSP); - Observação participante na consulta de desenvolvimento infantil (CDI); - Observação participativa na prestação de cuidados ao RN centrados no desenvolvimento (Neo); - Promoção da capacitação da criança, jovem e família através da transmissão de orientações antecipatórias para a adoção de comportamentos saudáveis e promotores do desenvolvimento; - Consulta e aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (UCSP e CDI); - Observação da aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil - Schedule of Growing Skills II (CDI); - Elaboração de um folheto educativo sobre o aleitamento materno e a extração e conservação deste (UCSP); - Elaboração de um documento sobre as competências oro-motoras do RN e a hipoglicemia (Neo); - Elaboração de um suporte educativo para os pais sobre atividades promotoras das capacidades de motricidade global de acordo com o desenvolvimento da criança (CDI); - Elaboração de uma síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas. 	<p><i>Materiais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Bases de dados - Bibliografia de referência - Instrumentos de avaliação do DI - PNSIJ <p><i>Humanos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
Crítérios de avaliação: 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 ou jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; 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.	

Objetivo específico: Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de doença aguda, doença crónica e em situações de especial complexidade.	
Competências: 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; E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.4. 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.	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica e leitura sobre as doenças comuns, doenças raras na infância e sobre as terapias complementares de enfermagem; - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de gestão da dor; - Identificação das estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelo EEESIP na gestão da dor durante os procedimentos dolorosos e aplicação; - Consulta da documentação existente nos serviços relativa à assistência de crianças ou jovens em situações de risco; - Participação nos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família; - Identificação e aplicação de estratégias promotoras da vinculação entre os pais e o RN doente (Neo); - Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e as aprendizagens adquiridas. 	<p><i>Materiais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Bases de dados - Bibliografia de referência - Normas e protocolos <p><i>Humanos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
Critérios de avaliação: E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem; E1.2.6. Assiste a criança ou jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos; E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da OE relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem; E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.	

Objetivo Geral: Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem com diabetes tipo 1 e à família.

Objetivo específico: Conhecer as etapas da aceitação, capacitação e gestão da diabetes tipo 1 na criança, no jovem e na família.

Competências: B2.2 Planeia programas de melhoria contínua; 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; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Revisão bibliográfica sobre a doença, alterações fisiológicas, impacto físico e emocional, intervenções e cuidados a ter;- Consulta e análise das normas, procedimentos e projetos existentes no âmbito da diabetes nos diferentes contextos;- Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as principais estratégias utilizadas na promoção da capacitação da criança com diabetes;- Observação participante nos cuidados à criança e jovem com diabetes;- Identificação das principais preocupações e dificuldades da criança com DMT1 e dos pais na gestão da doença;- Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as aprendizagens adquiridas.	<p><i>Materiais:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Computador- Bases de dados- Bibliografia de referência- Normas e protocolos- Guia orientador de entrevista <p><i>Humanos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Enfermeiro orientador e equipa
<p>Crítérios de avaliação: B2.2.1 Identifica oportunidades de melhoria; E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação.</p>	

Objetivo específico: Implementar estratégias de intervenção para a promoção da capacitação da criança e do jovem com diabetes tipo 1 e da família.	
Competências: B2.2. Planeia programas de melhoria contínua; 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; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre intervenções de enfermagem à criança com o diagnóstico de diabetes inaugural ou agudização da doença; - Elaboração de um folheto informativo sobre a DMT1 (SIP); - Elaboração de um guia de ensinios em situação de diabetes inaugural (SIP); - Elaboração de uma tabela de registo e monitorização da glicemia e cetonemia (SIP); - Realização de uma sessão de formação em serviço sobre a gestão de cuidados à criança com DMT1 em contexto de urgência (SUP); - Participação na promoção da capacitação da criança e do jovem com diabetes tipo 1; - Realização do acompanhamento da criança com DMT1 em contexto de consulta após a alta do SIP; - Elaboração de uma síntese reflexiva das atividades realizadas. 	<p><i>Materiais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Bases de dados - Bibliografia de referência - Projetor - PowerPoint <p><i>Humanos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
Crítérios de avaliação: B2.2.3 Seleciona estratégias de melhoria; B2.2.4 Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática; B2.2.5 Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade; E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.4. 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; E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada; E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário; E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics (2012). Patient and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129 (2), 394-404.

American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37 (Supplement 1), S81-S90.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cameron, F. J., Northam, E. A., & Ryan, C. M. (2019). The effect of type 1 diabetes on the developing brain. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3 (6), 427-436.

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. Glasper & A. Tucker (1993). *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.

Charepe, Z., & Figueiredo, M. H. (2011). Família e a criança com doença crônica: percursos transformativos e colaborativos. *Nursing*, 23 (276), 2-8.

Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte de vida* 2ª ed. Loures. Lusociência.

Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Revista Pensar Enfermagem*, 23 (1), 21 - 40.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.

Freese, B. (2004). Betty Neuman – Modelo de Sistemas. In Tomey, A. M. & Alligood, M.R. (Eds). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ªed., pp.335-375). Loures: Lusociência.

George, J. B. (2000). Betty Neuman. In George, J. B. & Colaboradores (Eds). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ªed., pp.225-240). Porto Alegre: Artmed Editora.

Gomes, G. C., Moreira, M. A. J., Silva, C. D., Mota, M. S., Nobre, C. M. G., & Rodrigues, E. F. (2019). Vivências do familiar frente ao diagnóstico de diabetes mellitus na criança/adolescente. *Journal of Nursing and Health*, 9 (1), 1-13.

Hockenberry, M. (2014). A influência da família na promoção da saúde da criança. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 1, pp.49-71). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 1, pp.1-20). Loures: Lusociência.

Institute for Patient and Family-Centered Care (2011). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.

International Diabetes Federation (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9ªEd). Bruxelas:International Diabetes Federation.

McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 1, pp.897-930). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa.

Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Regulamento N° 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N° 119 de 22-06-2015), 16660-16665. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>.

Regulamento N° 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª Série* (N° 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Regulamento N° 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns específicas do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª Série* (N° 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 2, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes – Factos e Números – O ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Letra Solúvel - Publicidade e Marketing, Lda.

Tavares, P.P.S (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Wolkers, P. C. B., Pina, J. C., Wernet, M., de Carvalho Furtado, M. C., & de Mello, D. F. (2019). Crianças com diabetes mellitus tipo 1: vulnerabilidade, cuidado e acesso à saúde. *Texto & Contexto*, 1-17.

**Apêndice IV – Gestão de Cuidados à Criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 em
Contexto de Urgência: Sessão de Formação**



**11º Curso Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Sessão de Formação
Gestão de Cuidados à Criança com Diabetes Mellitus
Tipo 1 em Contexto de Urgência**

Serviço de Urgência Pediátrica

**Susana Filipa Guiomar Figueiredo
Nº 9559**

Orientadora: Profª Maria Filomena Sousa



**Lisboa
2020**

1. FUNDAMENTAÇÃO

Perante a exigência permanente da excelência no exercício profissional, a reflexão e o investimento na investigação, na formação contínua, no aprofundamento dos conhecimentos e na capacitação para a prática, revelam-se uma necessidade e um requisito devido às rápidas e profundas transformações nos diferentes contextos de cuidados de saúde.

A evolução constante das necessidades de saúde, a crescente complexidade dos cuidados e o aumento da exigência dos clientes, a par com a evolução tecnológica e com as alterações organizacionais (Facione, Crossettic & Riegeld, 2017), exigem que os enfermeiros se adaptem às alterações e consigam dar resposta aos desafios (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Por este motivo, a procura por profissionais inovadores e participativos para agir como líderes em saúde nunca foi tão forte, a construção do conhecimento em enfermagem, o avanço da profissão e a contribuição para um sistema de saúde sustentável e eficaz é uma premissa. Assim, ao longo dos tempos tem-se assistido a uma exigência das competências e funções dos enfermeiros, tornando-se essencial que cada profissional invista na sua formação e desenvolva o pensamento crítico e reflexivo sobre as suas práticas, de forma a tomar decisões conscientes e baseadas em evidência científica.

De encontro ao referido anteriormente, a formação permanente é o meio que permite aos enfermeiros desenvolverem as suas capacidades e adaptarem-se ao meio profissional, de modo a atingirem um melhor nível de competência (Veiga, Duarte & Gândara, 1995 citados por Tojal, 2011).

Como descrito no Código Deontológico do Enfermeiro e face ao disposto no artigo 109.º do Estatuto da OE, “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Diário da República, 2015, p.8080).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria reforça que:

(...) é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017, p.5).

Desta forma, o Enfermeiro Especialista (EE) deve responsabilizar-se por ser facilitador e agente ativo nos processos de aprendizagem suportados em evidência científica, diagnosticando as necessidades formativas e atuando como formador, dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento, no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde (Diário da República, 2019)

2. JUSTIFICAÇÃO

A partir de uma reunião com o enfermeiro orientador, a enfermeira chefe e o diretor clínico do serviço e em colaboração foi efetuado o levantamento das necessidades formativas da equipa de saúde. Neste sentido, a ação de formação foi uma das atividades planeadas e desenvolvidas no contexto de Estágio no Serviço de Urgência e surgiu integrada no meu projeto de estágio que tem como temática central a promoção da capacitação para a gestão da Diabetes Tipo 1 na criança e família. Assim, a formação realizada surgiu como mote a um objetivo comum a toda a equipa multidisciplinar da pediatria, visando a continuidade de cuidados às crianças com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e família.

Ao executar a planificação da formação, procurei que a mesma se enquadrasse na realidade prática da prestação de cuidados, tentando captar o interesse dos profissionais através da sensibilização para a problemática. A sessão intitulada “Gestão de Cuidados à Criança com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 em contexto de urgência” foi construída em Microsoft PowerPoint segundo uma metodologia expositiva e participativa e a apresentação decorreu no dia 29 de Dezembro de 2020 pelas 15 horas, na plataforma online Lusíadas *Knowledge Center*, a fim de abranger o maior número de profissionais interessados, mantendo as medidas de segurança que o estado de pandemia por Covid-19 impõe.

A divulgação foi efetuada através da plataforma online de formação do grupo hospitalar, bem como, através de e-mail e mensagem para os grupos profissionais. Foi também elaborado o plano de sessão e o questionário de avaliação anónimo para preenchimento pelos formandos, com o objetivo de identificar os pontos fortes, os aspetos a melhorar, deixando um espaço para comentários e sugestões.

Assim, a análise e reflexão, o planeamento e desenvolvimento e a execução desta atividade de estágio permitiu-me mobilizar competências de EE e de EEESIP enquadradas nos seguintes objetivos de estágio: **desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP**

para cuidar da criança, jovem e família em diferentes processos de saúde-doença em todos os estádios de desenvolvimento (conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e os projetos/programas em desenvolvimento no SUP; prestar cuidados à criança, jovem e família em situação de doença crónica), e **desenvolver competências de EEESIP no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à criança e ao jovem com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e à família** (implementar estratégias de intervenção para a promoção da capacitação da criança e do jovem com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e família).

Neste sentido das competências comuns do EE que foram mobilizadas destaco: ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade: “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidade, garantindo a melhoria contínua da qualidade”; “B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas” e “B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua”, ao nível do domínio da gestão dos cuidados: “C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e “C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais “D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”; “D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica” e “D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Diário da República, 2019, p.4747-4750).

No que diz respeito às competências específicas do EEESIP que foram mobilizadas, saliento: “E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” e “E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)” (Diário da República, 2018, p.19193).

3. PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO

Tema: Gestão da Diabetes Tipo 1 na Criança em Contexto de Urgência

População Alvo: Profissionais de Saúde

Formador: Susana Figueiredo

Local: Plataforma online *Knowledge Center*

Data: 29 de Dezembro de 2020

Hora: 15h00

Duração: 45 minutos

Objetivos

Gerais:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a gestão de cuidados à criança e jovem com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 em contexto de urgência;

Específicos:

- Definir Diabetes *Mellitus* Tipo 1;
- Contextualizar o impacto da Diabetes na criança em contexto Mundial, na Europa e em Portugal;
- Alertar para as complicações agudas, sinais e sintomas;
- Abordar os diferentes tipos de insulina e os cuidados na sua administração;
- Descrever as intervenções de enfermagem à criança com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 em situação aguda.

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador; tema da sessão e objetivos.	Expositiva	PowerPoint Formador	2'
DESENVOLVIMENTO	Apresentação: <ol style="list-style-type: none"> 1. Definição de Diabetes Mellitus Tipo 1 2. Epidemiologia 3. Etiologia 4. Critérios de Diagnóstico 5. Complicações da Diabetes Tipo 1 6. Gestão Terapêutica 7. Insulinoterapia 8. Intervenções de Enfermagem 	Expositiva Participativa	Powerpoint Formandos Formador	35'
CONCLUSÃO	Reflexão sobre o tema apresentado e a sua importância; Esclarecimento de dúvidas.	Expositiva Participativa	Powerpoint Formandos Formador	3'
AValiação	Realização de quizz com 10 perguntas de escolha múltipla.	Participativa	Formandos	5'

4. SESSÃO DE FORMAÇÃO



Gestão de Cuidados à Criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 em contexto de urgência

Susana Figueiredo – 29 de Dezembro de 2020

Enfermeiro Orientador: Leonardo Trancoso | Professora Orientadora: Maria Filomena Sousa

Sumário

1 Objetivos

2 Definição

3 Epidemiologia

4 Etiologia

5 Diagnóstico

6 Complicações da Diabetes

7 Gestão Terapêutica

8 Insulinoterapia

9 Intervenções de Enfermagem

10 Considerações Finais

11 Referências Bibliográficas

12 Quiz



Objetivos

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a gestão de cuidados à criança e jovem com Diabetes Mellitus Tipo 1 em contexto de urgência;
- Definir Diabetes Mellitus Tipo 1;
- Contextualizar o impacto da Diabetes na criança no Mundo, na Europa e em Portugal;
- Alertar para as complicações agudas, sinais e sintomas;
- Abordar os diferentes tipos de insulina e os cuidados na sua administração;
- Descrever as intervenções de enfermagem à criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 em situação aguda.



A Diabetes é uma das doenças crónicas mais prevalentes em idade pediátrica e é atualmente reconhecida como um grave problema de saúde pública, pela sua crescente incidência e prevalência, acompanhada de uma **elevada morbilidade e mortalidade!**



(APDF, 2019; PND, 2019)

Diabetes Mellitus

Doença crônica que agrupa um conjunto de perturbações metabólicas complexas caracterizadas pela insuficiente produção de insulina pelo pâncreas, resistência à ação da insulina ou de ambas.



Perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, dos lípidos e das proteínas, o que leva ao aparecimento de hiperglicémia.



[ADA, 2014; ISPAD, 2018; IDF, 2019]

Diabetes Mellitus Tipo 1



Auto anticorpos: anti insulina, anti ilhéus, anti descarboxilase do ácido glutâmico 65 KDa (GAD65), anti transportador de Zinco 8 (ZNT8) ou anti proteína 2 associada ao insulino/anti-fosfatases da tirosina (IA-2 e IA-2-β) 20

[ADA, 2014; ISPAD, 2018; IDF, 2019]

Epidemiologia

● No Mundo em 2019:

- 1,1 milhão de crianças e jovens entre 0-19 anos com DM1
- 129 mil novos diagnósticos por ano
- 98 mil em crianças <15 anos

● Na Europa em 2019:

- 31.100 mil novos diagnósticos de DM1 em crianças
- 85 diagnósticos por dia

● Em Portugal em 2015:

- 3.327 casos de DM1 entre 0-19 anos
- 1.828 casos entre 0-14 anos
- 195 novos diagnósticos



(ISPD, 2016; IDF, 2019)

Etiologia

A Diabetes não é uma doença herdada!



Contudo:

Predisposição genética é um fator importante, 85% das crianças com DM1 não têm história familiar de diabetes, no entanto, filhos de pais com DM1 têm maior risco de desenvolver a doença

60% da suscetibilidade genética para a diabetes é conferida pelo antígeno leucocitário humano (HLA)

Genes HLA causam defeito no sistema imunológico que torna o portador suscetível a um processo de ativação dos anticorpos, que pode ser uma fonte de origem alimentar, um vírus, uma bactéria ou um produto químico

Fatores predisponentes: introdução precoce do leite de vaca; utilização frequente de antibióticos; fatores que aumentem a necessidade de insulina (puberdade, crescimento repentino, obesidade, sedentarismo, infecções e sobrecarga de glicose); stress psicológico (relacionado a eventos de vida traumáticos)

Fatores protetores: aleitamento materno e vitamina D



(Recond, Ballard & Barry, 2014; PND, 2019)

Diagnóstico



Sintomatologia + Glicose sérica ≥ 200 mg/dl;

Poliúria, nictúria, enurese
Polidipsia, polifagia, xerostomia
Perda de peso, cansaço, visão turva

Glicose sérica em jejum ≥ 126 mg/dl



Com mais de 8 horas

Glicose sérica após PTOG ≥ 200 mg/dl

Às 2 horas, utilizando uma carga de
glicose de 1,75g/kg até ao valor
máximo de 75g

Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ %



(SPD, 2016; ISPAD, 2018; PND, 2019)

Complicações da Diabetes



Hipoglicemia
Hiperglicemia
Cetoacidose



Nefropatia
Retinopatia
Neuropatia
Hipertensão arterial
Doença cardiovascular
Pé diabético
Disfunção sexual
Infeções



(APDF, 2012; Record, Ballard & Barry, 2014; PND, 2019)



Hipoglicemia

Valores de glicemia ≤ 70 mg/dl

Sintomas adrenérgicos

- Palidez
- Suores frios
- Irritabilidade
- Palpitações
- Ansiedade
- Tremores
- Sensação de fome
- Dormência dos lábios, língua e dedos



Sintomas neuroglicopénicos

- Letargia
- Desorientação
- Tonturas
- Cefaleias
- Perturbação da linguagem
- Distúrbios visuais
- Convulsão
- Coma

Intervenção:

- Monitorizar glicemia
- Oferecer hidratos carbonos (HC) de absorção rápida
- Bólus de glucose EV (Dx10% 2ml/kg) + perfusão (5-9mg/kg/min)
- Glucagon SC/IM/EV (0,01-0,03mg/kg, máx 1mg)
- Hidrocortisona EV/PO



Possíveis causas: sobredosagem de insulina, diminuição da ingestão HC, exercício físico, sono prolongado, álcool

(Hanas, 2007; APDF, 2012; Record et al., 2014; PND, 2019; Marquês, Sampaio & Abrantes, 2019)

Hiperglicemia

Valores de glicemia > 200 mg/dl



Possíveis causas: subdosagem de insulina, excessos alimentares, infeções, stress emocional, alguns medicamentos

Nível cetonemia	Interpretação
< 0,6 mmol/L	Negativa
0,6 - 0,9 mmol/L	Ligeira
1,0 - 1,4 mmol/L	Moderada
1,5 - 2,9 mmol/L	Moderada a grave
> 3,0 mmol/L	Grave - <u>Cetónemia!</u>

Sem cetoacidose:

1. Correção da desidratação:
 - Administrar líquidos orais (ex: SRO)
 - Soroterapia EV (NaCl 0,9% se glicemia ≥ 200 mg/dl ou Dx5% em NaCl 0,9% se glicemia < 200 mg/dl)
2. Monitorização da glicémia + cetonemia capilar a cada 2-4 horas
3. Plano alimentar: dieta equilibrada e adequada à idade da criança, fracionada e com contagem dos HC
4. Insulinoterapia

(APDF, 2012; Record, et al., 2014; Curado et al., 2019a; PND, 2019)

Cetoacidose Diabética



Estado catabólico com ↑ produção de glicose por glicogenólise e gliconeogénese, hiperglicemia e hiperosmolaridade e ↑ catabolismo lipídico com produção de corpos cetónicos e consequente acidose metabólica.

Sintomas

- Taquipneia (respiração de kussmaul)
- Taquicardia
- Náuseas
- Vômitos
- Dor abdominal
- Desidratação
- Hálito frutado
- Cefaleias
- Alteração do estado de consciência
- Coma

Crítérios de diagnóstico:

- Hiperglicemia (>200mg/dl)
- Acidose (pH<7,30 ou bicarbonato <15mmol/L)
- Cetonemia (>3 mmol/L ou cetonúria ≥ 2+)

Classificação:

- 1) Ligeira (pH 7,20-7,29 ou bicarbonato 10-15mmol/L)
- 2) Moderada (pH 7,10-7,19 ou bicarbonato 5-10mmol/L)
- 3) Grave (pH <7,10 ou bicarbonato <5mmol/L)

(Honos, 2007; Curado, Gonçalves & Rebelo, 2019; PND, 2019)



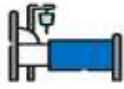
Cetoacidose Diabética



Intervenção:

1. Avaliação ABCDE (registar sinais vitais + escala coma Glasgow [GCS])
2. Avaliação laboratorial + punção de 2 acessos venosos
3. Monitorização ECG contínua: atenção ao potássio – hipocaliemia: onda T aplanada, prolongamento QT e onda U; hipercaliemia: onda T pontiaguda, encurtamento QT)
4. Soroterapia EV (inicial: NaCl 0,9% 10ml/kg em 1h; manutenção: NaCl 0,9%)
Se GC <250-300mg/dl ou ↓ mais do que 100mg/dl/h adicionar Dx 5%, se continuar a baixar > 100mg/dl/h aumentar concentração de Dx para 10%

(Curado et al., 2019; PND, 2019)

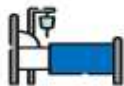


Cetoacidose Diabética



5. **Insulinoterapia EV** (iniciar 1h após o início da fluidoterapia; diferir até normalização da caliemia)
Perfusão de insulina regular ou análogo de ação rápida a 0,05-0,1 UI/kg/h (preparação: 50 UI diluída em 500ml NaCl 0,9% - 1ml/kg/h - 0,1UI/kg/h)
6. **Potássio EV - KCl 7,5%** (há sempre déficit independentemente da concentração sérica, juntar K+ ao sorol)
7. **Introdução de alimentação oral e transição para insulina SC** (dieta fracionada com HC absorção lenta, sem gordura – pão, bolachas, leite/iogurte magro)
8. **Monitorizar SV + GCS + balanço hídrico + GC 1/1h + gasimetria e cetonemia 2/2h**

(Curado et al., 2019; PND, 2019)



Cetoacidose Diabética



5. **Insulinoterapia EV** (iniciar 1h após o início da fluidoterapia; diferir até normalização da caliemia)
Perfusão de insulina regular ou análogo de ação rápida a 0,05-0,1 UI/kg/h (preparação: 50 UI diluída em 500ml NaCl 0,9% - 1ml/kg/h - 0,1UI/kg/h)
6. **Potássio EV - KCl 7,5%** (há sempre déficit independentemente da concentração sérica, juntar K+ ao sorol)
7. **Introdução de alimentação oral e transição para insulina SC** (dieta fracionada com HC absorção lenta, sem gordura – pão, bolachas, leite/iogurte magro)
8. **Monitorizar SV + GCS + balanço hídrico + GC 1/1h + gasimetria e cetonemia 2/2h**

De acordo com a caliemia (mEq/L) adicionar:	
<3,0	60 mEq/L
3,0 – 3,5	40 mEq/L
3,5 – 5,0	30 mEq/L
5,0 – 5,5	20 mEq/L

(Curado et al., 2019; PND, 2019)

Gestão Terapêutica

A gestão terapêutica da DM1 implica: educação, suporte, promoção de uma alimentação saudável, atividade física e saúde mental, controlo glicémico e administração de insulina ao longo do dia.



Uma gestão inadequada pode traduzir-se a longo prazo em comorbilidades (micro e macro vasculares), doenças autoimunes, alterações do crescimento e desenvolvimento, alterações neurológicas e da saúde mental.



Insulina

Hormona polipeptídica que é sintetizada pelas células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas

Secreção basal

Intervalos de 8-15min

50% da secreção total em 24h

Secreção prandial

Bifásica

1º - (3-5min) é libertada uma grande quantidade de insulina
2º - são libertadas pequenas quantidades de insulina de acordo com o nível de glicémia

(Cameron, Northam & Ryan, 2019; PND, 2019)

Insulinoterapia



TIPOS DE INSULINA	Princípio ativo / Nome comercial	Início de ação	Pico de ação	Duração de ação	
Análogos de ação rápida	Aspart, Lispro, Glulisina (Novorapid®, Humalog®, Apidra®)	10-15 min	1-3 horas	3-5 horas	Antes da refeição
Insulina de ação curta	Actrapid®, Humulin® R, Insuman® Rapid	30-60 min	2-4 horas	5-8 horas	30 min antes da refeição
Insulina de ação intermédia	Insulatard®, Humulin® N, Protaphane® HM,	2-4 horas	4-12 horas	12-24 h	30 min antes da refeição
Análogos de ação longa	Glargina (Lantus®)	2-4 horas	8-12 horas	22-24 h	1 ou 2 x dia
	Detemir (Levemir®)	1-2 horas	4-7 horas	20-24 h	
Conjugações	Degludeca (Tresiba®)	30-90 min	Pico mínimo	>42 h	30 min antes da refeição
	Rápida e longa ação ou curta e longa ação	30 min	4-12 horas	8-24 h	

(PND, 2019)



Insulinoterapia



A dose diária de insulina, depende de múltiplos fatores como:

Idade, peso, estágio pubertário, duração da diabetes, prática de exercício físico

A dose diária total de insulina (DDTI) recomendada é:

Durante a fase de remissão parcial < 0,5 UI/Kg/dia
Criança em idade pré-pubertária 0,7 – 1,0 UI/Kg/dia
Durante a puberdade > 1,0 – 2,0 UI/Kg/dia

O regime de administração mais comum em pediatria:

Regime de bôlus basal (1x por dia) + bôlus pré-prandial

A distribuição da administração de insulina ao longo do dia deve ser adaptada à variação circadiana do perfil glicêmico da criança (horário das refeições, de dormir, da prática de exercício, etc.)

IPND, 2019)



Insulinoterapia



Esquema de múltiplas administrações de insulina:

1. Análogo de ação longa (basal): calcular **50% DDTI** – **administrar 1x/dia**
2. Análogo de ação rápida (bôlus): calcular correção da glicemia pré-prandial e quantidade de HC a ingerir na refeição (**A+B**) – **administrar antes das refeições**

A – Correção da glicemia:

$FSI = 1800/DDTI$ e assim, 1 UI diminui a glicemia X mg/dl
(glicemia real – glicemia desejada*)/FSI = X unidades de insulina

B – Cálculo dos hidratos de carbono:

$500/DDTI = X$ gramas HC e assim, 1 UI cobre X gramas HC

*considerar 100-120mg/dl durante o dia
130-140mg/dl à ceia e durante a noite

DDTI - dose diária total de insulina
FSI - fator de sensibilidade à insulina

(Curado et al., 2019; PND, 2019; SPD, 2019)

Técnica de administração insulina



Técnica de injeção subcutânea com **agulha de 8-16mm**
Realizar **prega cutânea** e introduzir a agulha num **ângulo de 45º**

Técnica de injeção subcutânea com **agulha de 4-6mm**
Introduzir a agulha num **ângulo de 90º** (sem prega cutânea se o tecido adiposo tiver $\geq 8\text{mm}$)



Esperar 10 segundos antes de retirar a agulha

A insulina deve ser conservada no frigorífico entre 2°C a 8°C e após aberta tem uma validade de 4 semanas à temperatura ambiente (<25°C). Deve ser retirada 15 a 20min antes da administração, pois a insulina fria aumenta a dor e a sua absorção é mais lenta.

[Hanas, 2007; PND, 2019]

Locais de administração insulina



Abdômen	Mais utilizado, a absorção é mais rápida e menos afetada pela atividade muscular
Coxa	Na região anterior ou lateral, para insulinas de ação prolongada
Nádega	No quadrante superior lateral, útil em crianças mais pequenas
Braço	Pouco utilizado devido à presença de pouco tecido adiposo subcutâneo

[Hanas, 2007; PND, 2019]



Intervenções de Enfermagem

A educação precoce da criança e da família para a gestão da DM1 é fundamental para o processo de capacitação e aceitação da doença, pelo que os enfermeiros devem:

- Explicar a fisiopatologia da doença de forma adequada à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança e cuidadores;
- Planear as intervenções de acordo com a receptividade da criança e integrar a família nos cuidados;
- Procurar perceber os conhecimentos, opiniões e percepções da criança e família face ao diagnóstico e se necessário referenciar e encaminhar para um cuidado ampliado;
- Validar os conhecimentos transmitidos e fazer reforços de ensinamentos sempre que necessário;
- Capacitar a criança e a família para a utilização e manuseamento de dispositivos médicos inerentes;
- Facilitar a expressão de dúvidas, medos, emoções e sentimentos;
- Desmistificar crenças e conceitos pré-existentes, bloqueadores da aceitação da doença;
- Promover a normalização do estilo de vida o mais precoce possível;
- Trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados.

Considerações Finais

- A DM1 destaca-se como uma das doenças crónicas mais prevalentes em idade pediátrica, uma situação de saúde preocupante e em crescimento, pelo que os profissionais de saúde devem estar alerta para esta problemática;
- O diagnóstico e a deteção precoce são uma prioridade;
- A DM1 não é uma doença herdada e apresenta fatores predisponentes e fatores protetores;
- Uma gestão inadequada da doença pode traduzir-se em complicações graves;
- A Cetoacidose Diabética é a forma de descompensação mais grave e exige uma intervenção imediata;
- A equipa de enfermagem tem um papel preponderante na gestão da DM1 para uma posterior capacitação eficaz da criança e família.



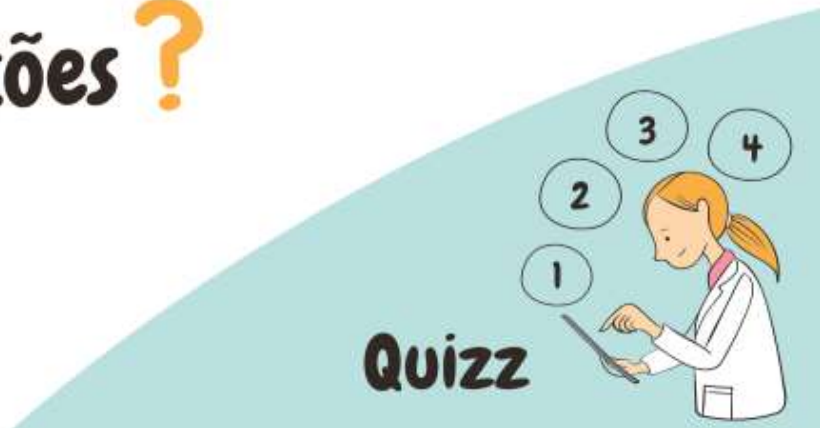
Referências Bibliográficas

- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37(Supplement 1), S81-S90.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2012). *Viver com a Diabetes* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Curado, A., Gonçalves, C. & Robado, B. (2019). Cetoacidose diabética. In Lopes, A. I. (Coord). *Protocolos de urgência em pediatria*. (4ªed., pp.116-117). Lisboa: ACSM Editora.
- Curado, A., Gonçalves, C. & Robado, B. (2019a). Diabetes Mellitus. In Lopes, A. I. (Coord). *Protocolos de urgência em pediatria*. (4ªed., pp.118-120). Lisboa: ACSM Editora.
- Marques, B., Sampaio, L. & Abrantes, M. (2019). Hipoglicemia. In Lopes, A. I. (Coord). *Protocolos de urgência em pediatria*. (4ªed., pp.123-124). Lisboa: ACSM Editora.
- Honas, R. (2007). *Diabetes Tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Referências Bibliográficas

- International Diabetes Federation (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9ªEd). Bruxelas:International Diabetes Federation.
- Mayer-Davis, E. J., Kahkoska, A. R., Jefferies, C., Dabelea, D., Balde, N., Gong, C. X., ...& Craig, M. E. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric diabetes*, 19,7-19.
- Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Record, E., Ballard, L. & Barry, A. (2014). A criança com disfunção endócrina. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 2, pp.1669-1724). Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes – Factos e Números – O ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Letra Solúvel - Publicidade e Marketing, Lda.

Questões ?



5. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Gestão de Cuidados à Criança com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 em Contexto de Urgência

Data: 29 de Dezembro de 2020

Formadora: Enfermeira Susana Figueiredo

Uma vez apresentada a sessão, gostaria de saber a sua opinião sobre alguns aspetos da sessão de formação. Assim, solicito o preenchimento deste questionário anónimo. A avaliação é efetuada numa escala de 1 a 5.

1- Insuficiente	2-Satisfaz	3-Bom	4-Muito Bom	5-Excelente
------------------------	-------------------	--------------	--------------------	--------------------

Coloque uma cruz (X) na opção que expressa a sua opinião:

Suporte Informático	Quanto à apresentação do suporte audiovisual:	1	2	3	4	5
	Quanto aos conteúdos abordados:	1	2	3	4	5
	Quanto à estrutura da apresentação:	1	2	3	4	5
Pertinência do Tema	Quanto ao interesse do tema abordado:	1	2	3	4	5
	Quanto ao contributo para a prática profissional:	1	2	3	4	5
Formadora	Quanto à utilização de linguagem técnica e adequada:	1	2	3	4	5
	Quanto ao domínio do tema:	1	2	3	4	5
	Quanto à gestão do tempo:	1	2	3	4	5

Comentários e sugestões:

Muito obrigada pela sua presença e colaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Facione, P. A., Crossetti, M. G. O, Riegel F. (2017). Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 38(3), 1-2.

Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1ª Série, (Nº 181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Tojal, A.M.A.F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

**Apêndice V – Aleitamento Materno: Guias Informativos de Educação para a
Saúde**



**11º Curso Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Aleitamento Materno
Guias Informativos de Educação para a Saúde**

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Susana Filipa Guiomar Figueiredo

Nº 9559

Orientadora: Profª Maria Filomena Sousa

Lisboa

2021

FUNDAMENTAÇÃO

O crescimento e o desenvolvimento são fenômenos biológicos inerentes que caracterizam a idade pediátrica. Têm uma abrangência multifatorial e estão fortemente associados a aspectos socioeconômicos, biológicos e ambientais. O perfil de crescimento e desenvolvimento é um dos melhores indicadores do estado de saúde da criança (PNPAS, 2019).

“Crescer” significa aumentar o volume e o tamanho dos tecidos e órgãos, em consequência do aumento do número e do volume das nossas células. Quando este acontece de forma harmoniosa e equilibrada é apelidado de “crescer saudável” (Wells, 2003).

A vigilância do crescimento durante a infância pressupõe a observação regular nas consultas de saúde infantil e juvenil (CSIJ). Nestas consultas, entre outras avaliações, procede-se à avaliação e monitorização do peso, do comprimento/altura e do perímetro cefálico (até aos 2 anos) (DGS, 2013).

O primeiro ano de vida, particularmente os primeiros 6 meses, são caracterizados por uma elevada velocidade de crescimento e desenvolvimento, a maior que ocorre em toda a vida do ser humano (OMS, 2009).

As diferentes etapas do crescimento somático, do desenvolvimento neurológico, sensorial, cognitivo, motor e da maturação dos órgãos, sistemas e enzimas digestivas são determinantes para as decisões relativas à alimentação do lactente (PNPAS, 2019).

Uma alimentação saudável durante a infância influencia e contribui para o estado de saúde e conseqüentemente para o desenvolvimento infantil, prevenindo diversas situações patológicas. Desta forma, o regime alimentar do lactente deve ser adequado à idade e às necessidades nutricionais, sem excessos ou carências. Devido à sua imaturidade gástrica e metabólica, o período neonatal destaca-se pelas necessidades alimentares (OE, 2010).

O aleitamento materno é então considerado o alimento ideal para o bebé, se possível, em exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses e complementado com outros alimentos até aos 2 anos (OMS, 2009). O leite materno é um alimento completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. As suas vantagens são múltiplas e já bastante estudadas, quer a curto, quer a longo prazo, com ganhos em saúde quer para o bebé, quer para a mãe, existindo um consenso mundial sobre as mesmas (OE, 2010).

Destaca-se que o leite materno contém os nutrientes, proteínas, vitaminas, hidratos de carbono, gorduras, minerais e água essenciais ao desenvolvimento do bebé nos primeiros seis meses de vida; reforça o sistema imunitário, protege contra infeções gastrointestinais, respiratórias, urinárias e alergias; facilita a digestão, diminuindo a probabilidade de cólicas e

obstipação; diminui o risco de Obesidade, Diabetes, Linfomas e outras doenças crónicas (Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2010; Levy & Bértolo, 2012).

A amamentação é assim comparada a um seguro de saúde, uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, sendo referenciada pelas grandes organizações como o único alimento onde não há probabilidade de desnutrição ou desidratação graves, pois para além do seu fator nutritivo, imunológico e anti-infecioso, promove a relação afetiva e fortalece a vinculação mãe-bebé e o sentimento de segurança e confiança (OE, 2010; PNPAS, 2019). Este constitui ainda o método mais barato e seguro de alimentar o bebé, não apresenta risco de contaminação na preparação e está sempre à temperatura adequada (OMS, 2009; Levy et al, 2012).

Crianças amamentadas tendem a apresentar uma maior aceitação da introdução de novos alimentos, justificada pela frequente alteração do sabor do leite materno e pela técnica de sucção à mama que promove um desenvolvimento mais saudável de toda a mandíbula e arcada dentária (OE, 2010).

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno no nosso país, contudo, os mesmos relatam que quase metade das mães desiste da amamentação durante o primeiro mês de vida do bebé. Por esta razão é essencial continuarmos a implementar medidas que promovam um maior sucesso desta prática (Levy et al, 2012).

Relativamente ao sucesso da amamentação, este depende inteiramente do desejo da mãe em amamentar, da satisfação com a amamentação, mas também da disponibilidade de sistemas de suporte. As mães necessitam de apoio, encorajamento e assistência, desde o momento do nascimento, mas também após o regresso a casa, a fim de aumentar as oportunidades de êxito. Os enfermeiros têm um papel importante neste processo e devem demonstrar disponibilidade para orientar e apoiar as famílias (Wheeler, 2014). Muitos dos problemas relacionados com a amamentação relacionam-se com falta de informação e respondem rapidamente a intervenções simples, como por exemplo, corrigir a posição do bebé a mamar ou desmistificar receios e dúvidas da mãe (Wheeler, 2014).

A OMS (2009) e a UNICEF (2012) consideram que as práticas adotadas nos serviços de saúde têm um efeito importante sobre a amamentação pois, um verdadeiro apoio emocional e físico faz com que a maior parte das mulheres consiga amamentar e que o prazer que daí advém potencie os sentimentos positivos vividos.

JUSTIFICAÇÃO

No contexto da consulta de saúde infantil considerou-se pertinente a construção de um suporte educativo que pudesse ser entregue aos cuidadores como complemento aos ensinamentos efetuados durante a consulta. Assim, foram elaborados dois guias informativos, intitulados “Aleitamento Materno – Um Alicerce para a Vida” e “Extração e Conservação do Leite Materno”. A entrega destes instrumentos poderá ser um fator importante na prevenção do abandono da amamentação, bem como, na promoção do sucesso da mesma.

O desenvolvimento desta atividade foi ao encontro dos objetivos delineados por mim para este estágio, bem como, interrelacionando-se com o meu projeto, pois as investigações mais recentes descrevem o aleitamento materno como um fator protetor para o desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 1, diminuindo o risco do bebê desenvolver autoimunidade (PND, 2019).

Alimentação aconselhada para a mãe que amamenta

- ♦ **Cumprir uma alimentação variada, completa e equilibrada;**
- ♦ Reforçar a ingestão hídrica (2 a 3 litros de água por dia);
- ♦ Realizar 6 a 7 refeições por dia;
- ♦ Não fazer intervalos superiores a 3h30 entre as refeições;
- ♦ Evitar o consumo de alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura;
- ♦ Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e de bebidas com cafeína (no máximo 2 cafés por dia);
- ♦ O cálcio (presente nos laticínios) e o iodo (nos peixes) são particularmente importantes no período pós-parto, pelo que é importante que consuma estes alimentos;
- ♦ As leguminosas em excesso poderão aumentar as cólicas do bebé e a ingestão de muitos citrinos também pode provocar a assadura do



Direito à amamentação

De acordo com o artigo 47.º do Código do Trabalho, a mãe que amamenta tem **direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação**. A dispensa diária para amamentação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de 1 hora cada. Estão também dispensadas de prestar trabalho noturno mediante a apresentação de atestado médico.

*Legislação: Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro
Diário da República, 1.ª série - N.º 30 - Artigo 47.º*

Em caso de dúvida contactar:

UCSP Aqualva
Atendimento de Enfermagem
219142314 ou 219146331

Elaborado por: Enf.ª Susana Figueiredo

Revisão científica:
EEESIP Marta Gonçalves
Prof.ª Maria Filomena Sousa

Janeiro 2021

Bibliografia

Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2010). *Alimentação materna: promover saúde!* Porto: Alameda Saúde.
Lei n.º 7/2009 (2009). Aprova a revisão do código do trabalho.
Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série (N.º 30 de 12.02.2009) 987-987. E.U. <https://dre.pt/applications/files/i/602198>
Levy, L. & Borio, H. (2012). *Manual de alimentação materna*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
Organização Mundial da Saúde. (2009). *WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: method and development*. Organização Mundial da Saúde.
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Imagens retiradas de www.google.pt

ALEITAMENTO MATERNO

Um Alicerce Para a Vida



O **aleitamento materno** é considerado o alimento ideal para o bebé, se possível, em **exclusivo até aos 6 meses** e complementado com outros alimentos **até aos 2 anos**.

Benefícios da amamentação para o bebé

- Contém os nutrientes essenciais aos primeiros 6 meses de vida, proteínas, vitaminas, hidratos de carbono, gorduras, minerais e água;
- Reforça o sistema imunitário;
- Protege contra infeções gastrointestinais, respiratórias, urinárias e alergias;
- Facilita a digestão, diminuindo a probabilidade de cólicas e obstipação;
- Diminui o risco de obesidade, diabetes e outras doenças crónicas;
- Melhora o desenvolvimento dos músculos da face, dos dentes e da fala e reduz o aparecimento de cáries dentárias;
- Fortalece a relação afetiva mãe-bebé e o sentimento de segurança.

Benefícios da amamentação para a mãe

- Facilita a recuperação do peso habitual;
- Diminui o risco de hemorragia no pós-parto;
- Reduz o risco de osteoporose, cancro da mama, do ovário e útero e de doenças cardíacas;
- É prático, está sempre disponível e à temperatura adequada, não requer preparação

Horário e duração das mamadas

- Não devem existir regras rígidas quanto à duração e intervalo das mamadas;
- A amamentação deve responder às necessidades do bebé, numa média de 8 a 12 vezes por dia;
- O horário deve ser definido pelo bebé, contudo, no primeiro mês de vida não deve ultrapassar intervalos superiores a 3/4 horas;
- A mamada seguinte deve ser iniciada pela mama que o bebé mamou menos ou por aquela que o bebé não mamou.

Posições para amamentar



Procure um ambiente calmo e sente-se ou deite-se numa posição confortável, colocando o bebé junto ao seu corpo (a barriga do bebé em contacto com a da mãe), com a face de frente para a mama e o nariz de frente para o mamilo.

Cuidados a ter para uma boa pega



Boca bem aberta

Nariz livre para respirar

Queixo toca na mama

Lábio inferior virado para fora

Bochechas arredondadas

Auréola totalmente dentro da boca

Bebé encostado à mãe

- O bebé deve estar à mesma altura da mama, com a cabeça e o corpo alinhados;
- Aproxime o bebé da mama e não o contrário;
- Esprema um pouco de leite e espalhe no mamilo (se a mama estiver demasiado cheia, extraia um pouco de leite para facilitar a pega);
- Toque com o mamilo nos lábios do bebé e espere que ele abra a boca;
- Estimule o bebé se ele adormecer (mexa nos pés, orelhas, face, fale com ele ou troque a fralda se necessário).

Locais e tempos de conservação

Leite recém
extraído
fresco

6 a 8 horas

Leite
refrigerado
(0 a 4°C)

8 dias

Leite
refrigerado
(4 a 10°C)

3 a 5 dias

Leite
congelado

Até 6 meses

DESCONGELAÇÃO DO LEITE

Dentro do
frigorífico

Até 24 horas

Fora do
frigorífico

Até 2 horas

- Se for necessário descongelar para utilizar de imediato, pode fazê-lo em banho maria ou em água morna corrente;
- Depois de descongelar deve agitar o recipiente suavemente para misturar os componentes do leite.

Nunca descongele ou aqueça o leite materno no micro-ondas!

Não se esqueça que

Inicialmente, a quantidade de leite produzida é pequena, aumentando ao longo do tempo. No entanto, mesmo as quantidades mais pequenas devem ser valorizadas e nunca rejeitadas.

Em caso de dúvida contacte:

UCSP Agualva
Atendimento de Enfermagem
219142314 ou 219146331

Elaborado por: Enfª Susana Figueiredo

Revisão científica:
EEESIP Marta Gonçalves
Profª Maria Filomena Sousa

Janeiro 2021

Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2010). *Alimentação materno: promover saúde!* Porto: Alameda Bento.

Direção Geral de Saúde. (2020). *Amamentação*. Acessado em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/ajuda-da-mulher/amamentacao/>

Levy, L. & Birtolo, H. (2012). *Manual de alimentação materno*. Lisboa: Conselho Português para a UNICEF.

Organização Mundial da Saúde. (2009). *WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development*. Organização Mundial da Saúde.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Imagens retiradas de www.google.pt

EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO



O **aleitamento materno** é considerado o alimento ideal para o bebé, se possível, em **exclusivo até aos 6 meses** e complementado com outros alimentos **até aos 2 anos**.

Quando se deve extrair o leite

- Impossibilidade do bebé realizar a sucção do leite (ex: bebé prematuro);
- Facilitar a pega quando a mama está cheia;
- Necessidade de contabilizar as quantidades ingeridas pelo bebé;
- Manter a produção de leite e conservar leite para utilizar numa ausência da mãe;
- Desejo da mãe de guardar ou doar o leite excedente;
- Prevenir ou aliviar o ingurgitamento mamário;
- Por doença da mãe.

Cuidados a ter na extração

- Lavar muito bem as mãos com água e sabão;
- Escolher um local calmo, limpo e onde possa estar confortável e relaxar;
- Massajar suavemente a mama, com as pontas ou os nós dos dedos em movimentos circulares em direção ao mamilo;
- Para melhorar a saída do leite pode aplicar uma fonte de calor sobre a mama.

Extrair leite materno durante a noite contribui para o aumento da produção de leite!

Extração manual

É bastante eficaz, simples, económica e pode utilizar-se a qualquer hora e em qualquer local, sem recurso a utensílios.

Técnica:

- Colocar a mão com 4 dedos por baixo e o polegar por cima do mamilo, formando um C, na zona de transição da aréola para a pele da mama;
- Com o polegar e o indicador, fazer uma ligeira pressão para trás. Não deve doer. Não deslizar os dedos ao longo da pele;
- Mantendo a pressão, comprimir o polegar e o indicador, comprimindo com um ligeiro movimento para a frente;
- Libertar a pressão dos dedos para reiniciar;
- Mudar a posição dos dedos à volta da mama para permitir retirar o leite de todos os ductos. Não espremer ou puxar a mama porque poderá magoar;
- Extrair o leite durante 3 a 5 minutos e mudar de



Extração mecânica

Pode optar por bombas manuais ou elétricas, duplas ou simples, conforme as suas necessidades. Deve seguir as instruções descritas no folheto da bomba, pois variam consoante o equipamento.

Conservação do leite materno

- Armazenar em recipientes esterilizados e adequados (frascos de vidro ou plástico com tampa ou sacos de plástico de congelação);
- Rotular os recipientes com o dia/mês/ano e hora antes de conservar no frigorífico ou no congelador;
- Guarde-o em doses individuais apropriadas a uma refeição do bebé;
- Pode juntar leite de várias sessões de extração: aproximar as temperaturas do leite antes de juntá-lo no frigorífico e quando tiver a quantidade pretendida congele.

Nunca adicione leite recém extraído a leite frio ou congelado, não congele leite quente e não congele leite materno que já descongelou!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2010). *Aleitamento materno: promover saúde!*. Porto: Alexandra Bento.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2020). *Amamentação*. Acedido em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/amamentacao/>

Lei n.º 7/2009 (2009). Aprova a revisão do código do trabalho. Assembleia da República. Diário da República, 1ª Série (N.º 30 de 12-02-2009), 937-937. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/602193>

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Série I, Número 3, Volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2009). *WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development*. Organização Mundial da Saúde.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Wells, J. C. K. (2003). Body composition in childhood: effects of normal growth and disease. *Proceedings of the Nutrition Society*, 62 (2), 521-528.

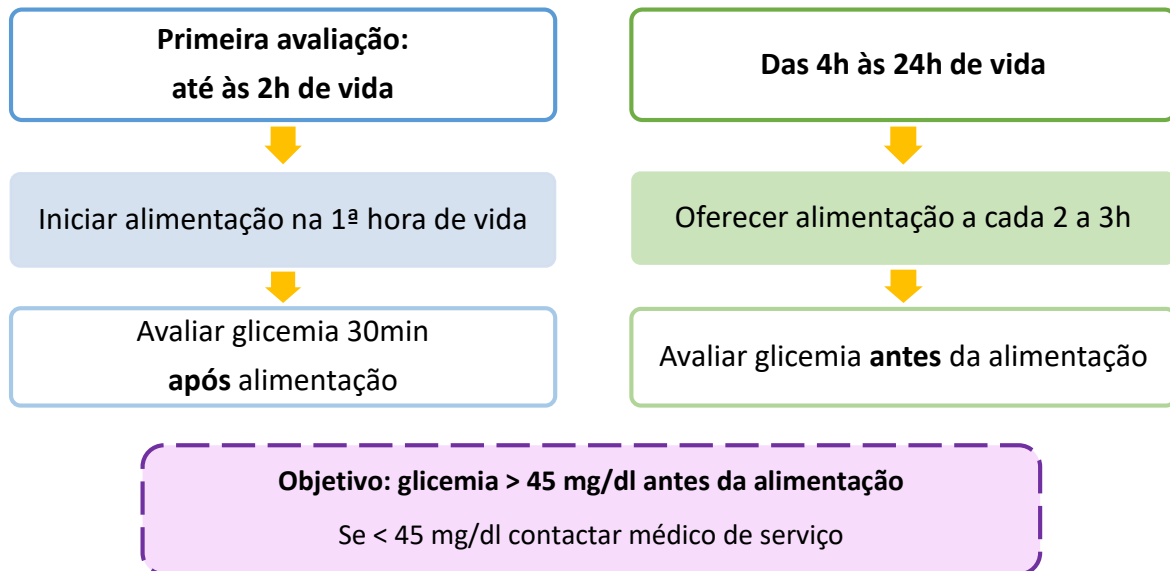
Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 1, pp.240-293). Loures: Lusociência.

Apêndice VI – Hipoglicemia no Recém-Nascido: Instrumento de Apoio

HIPOGLICEMIA NO RECÉM-NASCIDO

CONDIÇÕES DE RISCO DE HIPOGLICEMIA	
Neonatais	Maternas
Recusa alimentar	Diabetes gestacional ou não gestacional**
Recém-nascido pré-termo*	Pré-eclâmpsia ou HTA induzida pela gravidez
Restrição de crescimento intrauterino*	Outros filhos macrossômicos
Grande para a idade gestacional ou Leve para a idade gestacional*	Toxicodependência
Sépsis	Terapêutica com tocolíticos beta-agonistas
Hipotermia	Administração de glicose durante o parto
Doenças metabólicas/malformações cardíacas	
Hipoxia-isquémica perinatal	

MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA AO RECÉM-NASCIDO ASSINTOMÁTICO:



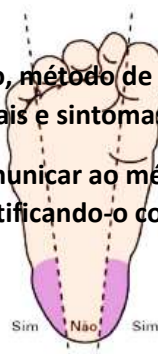
*RN pré-termo / RCIU / LIG – ponderar monitorizar glicemia até às 36/48h de vida (de 4/4 ou 6/6h)

**Filho de mãe diabética – suspender monitorização após as 12h de vida se glicemia > 45mg/dl

SINAIS E SINTOMAS POSSÍVEIS DE HIPOGLICEMIA	
Tremores	Cianose
Hipotonia	Choro fraco ou gritado
Alterações do estado de consciência	Recusa alimentar ou dificuldade na sucção
Apneia ou taquipneia	Hipotermia
Bradycardia	Convulsão

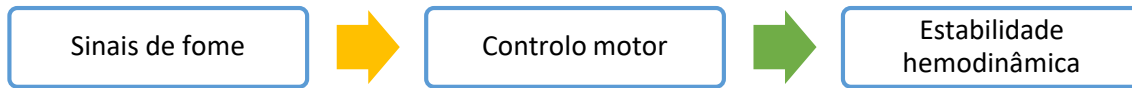
REGISTAR: Data e hora da avaliação, método de avaliação (glicemia capilar ou avaliação laboratorial), valor obtido, sinais e sintomas presentes, intervenção realizada.

Em situação de resultado crítico, comunicar ao médico assistente e registar: data e hora da comunicação, o resultado (identificando-o como crítico), o emissor do resultado.



**Apêndice VII – Promoção das Competências Oro-Motoras do Recém-Nascido:
Instrumento de Apoio**

PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ORO-MOTORAS DO RECÉM-NASCIDO






SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

Chucha	Dedo enluvado	Adaptação à mama após extração
Em estágio de alerta, estimular o palato com uma pressão firme, durante 10 ou 15 minutos, ao colo ou no leito		

Avaliação da preparação para a alimentação oral (imediatamente antes de iniciar)

Estádio de alerta	Sim	Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura fletida durante a observação	Sim	Não
Consegue manter o corpo numa posição de flexão com as mãos/braços na linha média	Sim	Não
Oferecer chucha ou dedo – dirige a atenção para a mama/tetina, leva as mãos à boca ou abre-a espontaneamente	Sim	Não
Linha basal fisiológica sem alterações significativas, SpO ₂ > 93%	Sim	Não

SUCÇÃO NUTRITIVA

Biberão/Tetina	Sonda-dedo	Sonda-mama
<ul style="list-style-type: none"> RN que não é capaz de realizar adaptação à mama Mãe que não quer amamentar 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção oral do RN Treino da sucção quando a mãe está ausente Avaliar a maturação dos reflexos de sucção e deglutição e a coordenação sucção-deglutição-respiração Alternativa à tetina 	<ul style="list-style-type: none"> RN com reflexo de sucção estabelecido mas pouco eficaz Treinar e estimular os reflexos de sucção e melhorar a coordenação oral Mãe com baixa lactação Bebés que necessitem de fazer suplementação ao leite materno
<ol style="list-style-type: none"> Lavar as mãos antes de manusear o equipamento; Colocar a quantidade de leite prescrita no biberão ou seringa à temperatura adequada; 		
<ol style="list-style-type: none"> Escolher a tetina de acordo com o fluxo pretendido; Iniciar estimulação oro-motora com toques lentos e profundos nos lábios e língua até que o RN demonstre interesse através da abertura da boca; Introduzir a tetina na boca do bebé, apoiar contra o palato duro, dar suporte às bochechas e mento e estabilidade à mandíbula;  <ol style="list-style-type: none"> Inclinar o biberão, para que a tetina esteja totalmente preenchida de leite; Fazer pausas, se necessário, para que o bebé respire, acorde e/ou eructe; Deixar o bebé mamar até querer, sem insistir. 	<ol style="list-style-type: none"> Alinhar a extremidade da sonda gástrica (5Fr) com a ponta do dedo e fixar com adesivo na face anterior do dedo, ao nível da segunda falange; Colocar a outra extremidade da sonda dentro do biberão ou adaptada à seringa; Iniciar estimulação oro-motora com toques lentos e profundos nas bochechas, lábios, gengiva e língua até que o RN demonstre interesse através da abertura da boca; Introduzir o dedo na boca do bebé com a face anterior do dedo virada para o palato duro; Realizar o treino de sucção com 5 estímulos e uma pausa; Regular a dificuldade da mamada através da posição do biberão. 	<ol style="list-style-type: none"> Alinhar a extremidade da sonda gástrica (5Fr) com o final do mamilo, fixar e depois adaptar o bebé à mama OU adaptar primeiro o bebé à mama e posteriormente inserir a extremidade da sonda pelo canto da boca do bebé, para que fique sobre a língua; Colocar a outra extremidade da sonda dentro do biberão ou adaptada à seringa; Regular a dificuldade da mamada através da posição do biberão: acima da boca da criança menor dificuldade, abaixo da boca da criança maior dificuldade. 

Apêndice VIII – Motricidade Global: Instrumento de Educação para a Saúde



**11º Curso Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Motricidade Global
Instrumento de Educação para a Saúde
Consulta de Desenvolvimento Infantil**

Susana Filipa Guiomar Figueiredo

Nº 9559

Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Sousa

Lisboa

2021

FUNDAMENTAÇÃO

É através do corpo que a criança estabelece a relação com o mundo, e este é fundamental para o desenrolar de todo o processo, tanto ao nível do seu desenvolvimento como das suas aprendizagens nas dimensões cognitiva, socioafetiva e psicomotora (Borges, 2014).

A psicomotricidade é a capacidade do ser humano se movimentar com intencionalidade e de determinar e coordenar mentalmente os movimentos corporais (Barreiros, 2016). Este mesmo autor refere que o desenvolvimento motor é caracterizado por ser um processo evolutivo sequencial e que subentende um conjunto de alterações comportamentais, dos movimentos e das atividades entendidas numa base diacrónica. É um processo dependente da interação entre a maturação, o crescimento e a aprendizagem e exprime-se pela alteração das possibilidades de ação e movimento e pela complexidade das competências e jogos.

As funções motoras devem ser estimuladas. Esta, deve ocorrer por meio de uma abordagem propriocetiva, visando proporcionar à criança a sensação de onde se localizam as partes do seu corpo no espaço, com a maior diversidade de experiências sensitivas/sensoriais possíveis que reforcem movimentos diversos e favoreçam a adequação do tónus e da força muscular (Ministério da Saúde, 2016).

Os autores Formiga, Pedrazzani e Tudela (2010) citados pelo Ministério da Saúde (2016) destacam a importância do contacto físico da criança com os cuidadores, profissionais de saúde, brinquedos e brincadeiras proporcionando o apoio afetivo, a segurança e o equilíbrio de que necessita para crescer em harmonia com o meio envolvente. Para isso, é necessário compreender que a quantidade de estímulos oferecidos estará diretamente relacionada com a capacidade, interesse e possibilidades da criança. Estes autores referem que é importante que o ambiente familiar seja estimulador e que cada posicionamento, cuidado de higiene e conforto, troca de roupa ou brincadeira seja acompanhada de estímulos verbais e táteis.

O contacto com o meio e com objetos de diferentes cores, texturas e sons são de fácil execução e obtenção pela família e permitem a criança desenvolver novas aquisições, no que diz respeito à sua motricidade (Ministério da Saúde, 2016).

Neste sentido, o desenvolvimento da motricidade nas crianças é fundamental ao longo de todo o seu crescimento. (Borges, 2014). A motricidade pode ser dividida em duas categorias, a motricidade global e a motricidade fina. A motricidade global foca-se sobretudo na realização de movimentos que desenvolvem o equilíbrio, a locomoção, a agilidade, a fluidez, a postura e a precisão trabalhando a coordenação motora ligada aos grandes grupos musculares (Borges, 2014).

É importante ter em atenção o desenvolvimento da motricidade nas crianças pois esta está diretamente ligada aos processos de aprendizagem, superação, bem-estar, harmonia, realização e interação com os pares (Borges, 2014).

A criança tem diversas formas de utilizar e de sentir o seu corpo, como: correr, gatinhar, baloiçar, rodopiar, deslizar, rastejar, saltar a pés juntos ou num só pé, agarrar, pontapear, lançar e transportar e através destes movimentos, a criança está em constante aprendizagem (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016). Estas aprendizagens levarão a que exista um maior controlo sobre o seu corpo, e conseqüentemente, um controlo voluntário dos seus movimentos, tendo a capacidade de iniciar e terminar, seguir vários ritmos e diferentes direções. Como afirma Silva et al (2016) “A exploração de diferentes formas de movimento permite ainda tomar consciência dos diferentes segmentos do corpo, das suas possibilidades e limitações, facilitando a progressiva interiorização do esquema corporal e também a tomada de consciência do corpo em relação ao exterior.” (p. 45).

Por outro lado, o trabalho da motricidade global também se nota quando a criança tem capacidade de inibir o movimento, mantendo-se quieta, pois consegue controlar o seu corpo (Borges, 2014).

Jogar e brincar é imprescindível para o desenvolvimento integral da criança e com as atividades expostas seguidamente, a criança trabalha não só a motricidade global mas também a sua individualidade física, intelectual e emocional.

Cabe ao enfermeiro sensibilizar e capacitar as famílias para a importância da intervenção e estimulação da motricidade global na criança disponibilizando meios e informações, contribuindo deste modo para o desenvolvimento de competências parentais e *empowerment* da família no processo de estimulação da criança visando o seu melhor desenvolvimento.

JUSTIFICAÇÃO

No contexto da consulta de desenvolvimento infantil são acompanhadas crianças com alterações do neuro desenvolvimento, incluindo perturbações motoras, pelo que, os enfermeiros devem estar despertos para alterações no desenvolvimento normal e esperado para cada etapa do desenvolvimento da criança. Estas se não forem precocemente detetadas podem originar consequências tardias pelo que se considerou pertinente a construção de um suporte educativo que pudesse ser fornecido aos pais e que complementasse os ensinamentos efetuados durante a consulta. O documento construído consiste numa compilação de guias informativos, ordenados por faixas etárias, permitindo a sua entrega de acordo com o estágio de desenvolvimento motor em que a criança se encontra. Abordam um conjunto de estratégias, atividades e brincadeiras que a família pode realizar em casa ou ao ar livre que visam o estímulo das capacidades da motricidade global da criança.

MOTRICIDADE GLOBAL

0 - 1 Mês

O contacto físico com a criança proporciona a segurança de que necessita para crescer em harmonia com o meio em que vive.

EU JÁ CONSIGO...

- Ter as mãos quase sempre fechadas
- Apertar a mão quando em contacto com um objeto
- Ver a cerca de 20-25cm do meu rosto
- Levantar a cabeça momentaneamente quando estou deitado de barriga para baixo
- Manter a cabeça elevada e os membros semi fletidos em suspensão vertical
- Quando estou sentado, estou enrolado e tenho as mãos fechadas
- Dirigir o olhar ou parar de chorar e esticar as pernas ou abrir as mãos quando oiço um som (sineta, roca ou voz) a 15cm do ouvido



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Deixar o bebé agarrar o indicador com as mãos (Fig. 1 e 2)
- Massajar suavemente o corpo e mãos do bebé
- Pendurar e/ou movimentar objetos coloridos a 20-25cm do rosto do bebé
- Produzir sons suaves com chocalhos ou caixas de música
- Deitar o bebé de barriga para baixo por curtos períodos, sempre com vigilância (ex: após o banho para colocar o creme)
- Pegar o bebé ao colo, olhar nos olhos, sorrir e conversar com ele



Fig. 1



Fig. 2

MOTRICIDADE GLOBAL

1-3 Meses

Para o desenvolvimento infantil é importante que o ambiente familiar seja calmo e acompanhado por estímulos verbais, táteis e motores.

EU JÁ CONSIGO...

- Apertar a minha própria mão
- Ter as mãos abertas, juntá-las ao centro (linha média) e brincar com elas
- Agarrar objetos de tamanho médio
- Segurar brevemente um objeto e movê-lo em direção à face
- Apoiar-me nos antebraços deitado de barriga para baixo
- Manter a cabeça elevada e a coluna direita em tração pelas mãos
- Fletir os joelhos de pé, sem apoiar os pés



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto, manter o contacto ocular e imitar sons
- Oferecer objetos leves, coloridos e com várias texturas para o bebé segurar
- Estimular o bebé a alcançar os objetos na linha média através de uma leve tração dos ombros (Fig.1 e 2)
- Movimentar objetos a 25cm para que o bebé possa segui-los
- Colocar o bebé no tapete de atividades com objetos suspensos
- Posicionar o bebé de barriga para baixo (Fig.3) e estimular o controlo do pescoço e tronco superior e realizarmassagens na região posterior (Fig.4) se necessário colocar um rolo (Fig. 5)
- Levantar devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo (Fig.6)
- Passear com o bebé “em cadeirinha”, com os braços libertos e a olhar para a frente (Fig.7)
- Dançar em ritmo suave com o bebé ao colo



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

MOTRICIDADE GLOBAL

3-6 Meses

O movimento e a coordenação motora são uma parte muito importante do desenvolvimento infantil.

EU JÁ CONSIGO...

- Usar as duas mãos para agarrar um objeto
- Transferir objetos de uma mão para a outra
- Segurar objetos pequenos mas não apanhar
- Brincar com os pés e levá-los à boca
- Apoiar-me nas mãos deitado de barriga para baixo
- Levantar a cabeça deitado de barriga para cima
- Fazer força para me sentar quando me fazem tração pelas mãos
- Manter-me sentado sem apoio (por breves momentos)
- Fazer apoio de pé



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Brincar ao “cu-cu”
- Oferecer brinquedos coloridos e com várias texturas (passar na palma das mãos, dedos e pés do bebé com tecidos, lã, algodão, superfícies rugosas, etc)
- Ajudar o bebé a passar os objetos de uma mão para a outra
- Estimular a descoberta dos pés, com meias, argolas coloridas ou brincando com os mesmos (Fig. 1)
- Incentivar a postura sentada com as mãos apoiadas à frente do corpo, fazer uma leve tração no tronco (Fig.2)
- Posicionar o bebé num tapete macio, colocar um brinquedo longe e incentivar a deslocar-se rolando
- Estimular o rolar do corpo utilizando o colo (pernas) como facilitador do movimento (Fig.3)
- Ajudar a rolar o corpo (posicionar o braço em rotação externa e alinhado ao ombro, a perna contralateral fletida e, com apoio no quadril, realiza-se um movimento em direção ao objeto. O bebé passa pela postura lateral e fica de barriga para baixo - Fig.4 e 5)
- Colocar o bebé à frente do espelho para que ele possa ver o seu rosto e os seus movimentos
- Deixar chapinhar no banho – Sempre com vigilância!



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig.4



Fig. 5

Fontes: Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Ministério da Saúde (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde. | Villela, L. D.; Hurigil, M. G. C. & Cunha, P. V. S. (2017). *Avaliação clínica e prevenção de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. | Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.

MOTRICIDADE GLOBAL

6-9 Meses

É importante dar oportunidade ao bebé de explorar e movimentar-se ativamente no meio que o rodeia.

EU JÁ CONSIGO...

- Sentar-me sozinho e ficar sentado durante alguns minutos, sem apoio
- Colocar-me de pé com apoio, mas não consigo voltar a sentar-me
- Deslocar-me no chão gatinhando, rastejando ou rebolando
- Adaptar a postura para alcançar um objeto



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Brincar ao “esconde-esconde”
- Estimular a postura sentada com apoio lateral (Fig.1)
- Oferecer objetos diferentes e afastá-los, no sentido de incentivar o deslocamento
- Incentivar a postura de “quatro apoios” através do interesse em deslocar-se para alcançar um objeto (Fig.2)
- Brincar com a criança na bola suíça para ativar os músculos do tronco e reforçar o sentar (Fig.3)
- Incentivar o bebé a brincar em posição “side sitting” sentado de lado e daí passar para quatro apoios (Fig.4 e 5)
- Colocar objetos no topo do berço ou de uma cadeira, de forma a incentivar o bebé a colocar-se de pé, colocando um tapete ou almofadas à volta, caso caia
- Estimular a passagem da postura ajoelhado para semi ajoelhado e depois para a posição de pé através do apoio nos joelhos (Fig.6)
- Brincar aos “carrinho de mão” (Fig.7)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Fontes: Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Ministério da Saúde (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde. | Villela, L. D.; Hurigil, M. G. C. & Cunha, P. V. S. (2017). *Avaliação clínica e prevenção de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. | Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.

MOTRICIDADE GLOBAL

9-12 Meses

O desenvolvimento motor é um processo contínuo e demorado e as mudanças mais acentuadas ocorrem nos primeiros anos de vida, por vezes, necessitam de estímulos e incentivos.

EU JÁ CONSIGO...

- Manter o equilíbrio sentado
- Manter-me de pé agarrado à mobília
- Andar agarrado aos móveis ou com ambas as mãos apoiadas
- Passar de barriga para cima ou para baixo para sentado
- Gatinhar ou rastejar
- Pôr-me de pé e sentar-me sem ajuda



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Estimular a passagem da posição sentado para de pé, através do posicionamento do cuidador e com apoio nos joelhos da criança (Fig.1)
- De frente para a criança, oferecer apoio nas duas mãos e estimular o caminhar (Fig.2)
- Incentivar os passos laterais através do interesse pelo brinquedo (Fig.3)
- Permitir que a criança suba escadas pequenas com “quatro apoios”, com supervisão! (Fig.4)
- Brincar com o bebé por túneis, por baixo da mesa ou de uma cadeira, para estimular o gatinhar (Fig.5)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Fontes: Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Ministério da Saúde (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde. | Villela, L. D.; Hurigil, M. G. C. & Cunha, P. V. S. (2017). *Avaliação clínica e prevenção de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. | Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.

MOTRICIDADE GLOBAL

12-18 Meses

O crescimento e o desenvolvimento da criança não dependem apenas dos processos de maturação determinadas pelo código genético, mas também das oportunidades e experiências de interação com o meio envolvente.

EU JÁ CONSIGO...

- Andar sem ajuda
- Puxar e empurrar brinquedos
- Subir escadas com ajuda
- Ajoelhar-me sem apoio
- Colocar-me de pé sem apoio



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Estimular a marcha incentivando a criança a empurrar (ex: um brinquedo, uma cadeira ou um banco - Fig.1 e 2)
- Incentivar a criança a caminhar com as mãos apoiadas num bastão (Fig. 3)
- Colocar brinquedos no topo das escadas e apoiar a criança para subir
- Construir túneis com cadeiras, cartões, etc e incentivar a criança a explorar e a passar por dentro (Fig.4 e 5)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Fontes: Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Ministério da Saúde (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde. | Villela, L. D.; Hurigil, M. G. C. & Cunha, P. V. S. (2017). *Avaliação clínica e prevenção de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. | Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde da criança em idade *toddler* e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.

MOTRICIDADE GLOBAL

18-24 Meses

O movimento e a atividade física são os principais estímulos para o desenvolvimento do cérebro nos primeiros anos de vida da criança.

EU JÁ CONSIGO...

- Correr mas um pouco desajeitado, caio com frequência
- Apanhar objetos do chão sem cair
- Subir e descer escadas com apoio
- Sentar-me sozinho numa cadeira
- Atirar a bola com as mãos sem cair



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Brincar aos “carrinhos de mão”
- Andar de baloiço (em forma de cadeira para perder o medo da altura e do movimento)
- Brincar em túneis infantis (ex: com bolas)
- Criar um circuito com fita autocolante aos zig-zags ou com formas para a criança percorrer (mais tarde, colocar alguns objetos pequenos pelo percurso para que a criança se agache e apanhe – Fig.1)
- Caminhar por cima dos “noodles” de espuma para piscina para treinar o equilíbrio (Fig.2)
- Construir um circuito de almofadas para que a criança possa caminhar sobre ele (Fig.3)
- Colocar um brinquedo alguns degraus acima e colocar-se atrás da criança e incentivar a subir
- Construir um “bowling” com garrafas, posicionar e incentivar a criança atirar a bola com as mãos para derrubar as garrafas (Fig.4)
- Jogar com bolas de sabão ou balões e incentivar a criança a não deixar cair no chão (ex: usar apenas 1 mão, deitar no chão e usar apenas os pés, usar mais do que 1 balão)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Fontes: Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Ministério da Saúde (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde. | Villela, L. D.; Hurigil, M. G. C. & Cunha, P. V. S. (2017). *Avaliação clínica e prevenção de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. | Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde da criança em idade *toddler* e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.

MOTRICIDADE GLOBAL

3-3 Anos

As atividades de coordenação motora global ajudam a criança a controlar a força necessária para cada movimento e a desenvolver o equilíbrio e a postura.

EU JÁ CONSIGO...

- Correr facilmente, mas com apoio alargado
- Saltar no mesmo lugar com os dois pés
- Subir escadas sozinho com os dois pés no mesmo degrau
- Pontapear a bola para a frente sem perder o equilíbrio
- Dar alguns passos em bicos de pés



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Dançar
- Jogar à “apanhada” e às “escondidas”
- Andar de triciclo, trotinete com 3 rodas ou bicicleta sem pedais
- Andar de baloiço (inicialmente em forma de cadeira, evoluindo progressivamente)
- Jogar ao “faz de conta” que é um pinguim, um urso, um caranguejo, um sapo (pode utilizar um dado ou cartões com os animais)
- Construir um percurso com cadeiras, bancos, mesas, almofadas, mantas, etc. na qual a criança tenha que rastejar, passar por dentro, por cima ou por baixo
- Colocar objetos sobre uma mesa onde a criança tenha de se pôr em bicos dos pés para obter
- Marcar uma linha no chão e incentivar a criança a saltar com os 2 pés para a frente
- Construir um “bowling” com garrafas, posicionar e incentivar a criança atirar a bola para derrubar as garrafas (aumentar a distância e o peso das garrafas gradualmente)
- Construir uma torre de copos e pontapear a bola para derrubar os copos
- Ensinar a dar cambalhotas para a frente (exemplifique e ajude a criança a enrolar a cabeça, segura e empurre quando rola, colocar a mão na parte de trás do pescoço para proteger)



MOTRICIDADE GLOBAL

3-4 Anos

A motricidade global envolve os grandes grupos musculares do corpo humano e é responsável pelos movimentos de maior amplitude.

EU JÁ CONSIGO...

- Ter equilíbrio num só pé por alguns segundos
- Subir escadas alternadamente
- Descer com os dois pés no mesmo degrau
- Saltar do último degrau para o chão
- Dar saltos largos



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Dançar
- Jogar à bola
- Brincar com arco grande
- Atirar o arco pequeno e acertar nas garrafas
- Andar de triciclo contornando obstáculos no caminho
- Jogar à “macaca”, saltando de um quadrado para o outro
- Jogar ao “rei manda” (ex: dar 4 saltos à canguru)
- Andar de escorrega (1.20-1.80m), incentivar a subir e a deslizar para descer
- Andar de bicicleta (segure pelo guidador e pelo selim e vá reduzindo gradualmente a ajuda)
- Andar de baloiço (ensinar os movimentos e dar o impulso inicial, retire ajuda gradualmente)
- Pendurar um balão na ombreira da porta, para que a criança tenha que saltar para lhe tocar
- Dar cambalhotas para a frente (exemplifique e ajude a criança a enrolar a cabeça, segure-a e empurre quando rola, colocar a mão na parte de trás do pescoço para proteger)
- Descer as escadas ao lado da criança com apoio de um dedo e posteriormente sem apoio



MOTRICIDADE GLOBAL

4-5 Anos

Brincar, correr e saltar são atividades fundamentais para o crescimento e desenvolvimento infantil.

EU JÁ CONSIGO...

- Saltar sobre um só pé
- Atirar a bola acima da cabeça
- Apanhar a bola em segurança
- Subir e descer escadas com os pés alternados
- Andar para trás (ponta do pé-calcanhar)



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Dançar
- Saltar à corda
- Jogar à “macaca”
- Dar cambalhotas
- Andar de baloiço
- Andar de escorrega
- Brincar aos “carrinhos de mão” na areia
- Jogar ao “twister” ou construir jogo com recortes de mãos e pés e colar no chão
- Andar de bicicleta (segure pelo guidão e pelo selim e vá reduzindo gradualmente a ajuda)
- Jogar ao “rei manda” (ex: o rei manda equilibrar-se em bicos de pés com as mãos acima da cabeça durante 3 segundos)
- Dispor um fio a 5cm do chão e incentivar a criança a saltar por cima (aumentar gradualmente)
- Atar um cordel colorido a um dos sapatos da criança e outro cordel de cor diferente ao outro e colocar um fio com as mesmas cores em degraus alternados para a guiar
- Atirar uma bola para a criança apanhar com as duas mãos, (aumentar a distância progressivamente)



MOTRICIDADE GLOBAL

5-6 Anos

O movimento e as atividades de coordenação motora global estimulam e promovem não só o desenvolvimento físico e motor da criança, como também o desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

EU JÁ CONSIGO...

- Saltar em pés alternados
- Atirar e receber a bola com segurança
- Ficar sobre um só pé 8 a 10 segundos, com os braços cruzados
- Saltar em comprimento (60 a 80cm) e em altura (40cm) apoiando-me nos dois pés
- Equilibrar-me em pés alternados com os olhos fechados
- Subir escadas a correr



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Dançar
- Jogar à bola
- Saltar à corda
- Dar cambalhotas
- Jogar à “macaca”
- Jogar ao “twister”
- Andar de baloiço
- Andar de bicicleta
- Andar de escorrega (3m de altura)
- Brincar aos “carrinhos de mão” na areia
- Andar de patins (inicialmente sobre um tapete, depois num pavimento apropriado, segurar na mão ou debaixo dos braços da criança e retirar gradualmente)
- Jogar ao “rei manda” (ex: o rei manda equilibrar-se num só pé durante 10 segundos)
- Construir uma corrida de estafetas, colocando objetos pelo caminho para a criança apanhar
- Colocar uma plataforma estável com aproximadamente 30cm de altura e incentivar a criança a saltar para o chão (aumentar gradualmente a altura)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreiros, J. (2016). *Desenvolvimento motor e aprendizagem*. Lisboa: Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.
- Borges, C. F. B. (2014). O desenvolvimento da motricidade na criança e as expressões um estudo em contexto de pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.3/3151>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monroe, R. A. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 622-644). Loures: Lusociência.
- Pretto, L. M., Fassbinder, T. R. C., Llano, D. C., Bonamigo, E. C. B., & Winkelmann, E. R. (2009). Formas de estimulação motora para aquisição e execução da marcha em crianças. *Revista Contexto & Saúde*, 8 (16), 111-120.
- Silva, I. L.; Marques, L.; Mata, L & Rosa, M. (2016). *Orientações curriculares para a educação pré-escolar*. Lisboa: Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação.
- Villela, L. D.; Hurigil, M. G. C. & Cunha, P. V. S. (2017). *Avaliação clínica e prevenção de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.
- Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde do da criança em idade *toddler* e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.

**Apêndice IX – Comunicação e Relação com a Criança e Jovem: Intervenções
de Enfermagem**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO COM A CRIANÇA E JOVEM

Estádio de desenvolvimento	Principais medos	Estratégias de comunicação e relação
<p style="text-align: center;">Lactente (0 - 1 ano)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pessoas estranhas ▪ Estímulos intensos e desconhecidos ▪ Sensação de queda 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicar com um tom de voz calmo e suave; ▪ Incentivar a presença do cuidador/pais/família, envolvendo-os nos cuidados e procedimentos e mantendo-os sempre na linha de visão do bebé; ▪ Informar o cuidador sobre o que vai acontecer e quais as possíveis reações que o bebé pode apresentar; ▪ Dar colo, afeto, olhar, sorrir, conversar, embalar e cantar; ▪ Promover a distração com música ou brinquedos coloridos e com som; ▪ Incluir os objetos de segurança da criança (chucha, ô-ô, fralda de pano, peluche, etc) ▪ Utilizar a sucção não nutritiva; ▪ Realizar massagem de relaxamento.
<p style="text-align: center;">Toddler (1 – 3 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separação dos pais ▪ Pessoas estranhas ▪ Ambiente e meio desconhecido ▪ Lesão corporal ▪ Perda de controlo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicar com tom de voz amigável e simpático; ▪ Proporcionar a presença do cuidador sempre que possível, envolvendo-os nos cuidados e explicando-lhe as intervenções e procedimentos; ▪ Posicionar-se à altura da criança; ▪ Promover a cooperação da criança através de ordens simples; ▪ Manter os objetos assustadores fora do campo de visão, permitindo a manipulação do material não perigoso que for utilizar; ▪ Incluir a brincadeira terapêutica; ▪ Promover a distração através de filmes, músicas, jogos, histórias, etc.
<p style="text-align: center;">Pré-escolar (4 – 6 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separação dos pais ▪ Dor e lesão corporal ▪ Perda de controlo ▪ Escuro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a presença do cuidador, mas informá-lo previamente à criança; ▪ Encorajar e permitir a participação e a tomada de decisão da criança; ▪ Incentivar a expressão dos medos e sentimentos; ▪ Explicar as intervenções e procedimentos, motivo e importância, enfatizando que não são uma punição; ▪ Permitir o manuseamento do material, esclarecendo as dúvidas e receios, se pertinente, mostrar os objetos ameaçadores mas somente depois de utilizados; ▪ Promover a distração através de filmes, músicas, jogos, histórias, etc. ▪ Utilizar o brincar terapêutico; ▪ Elogiar o comportamento e oferecer uma recompensa (diploma, medalha, balão).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO COM A CRIANÇA E JOVEM

Escolar (7 – 11 anos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor e lesão corporal ▪ Perda de controlo ▪ Incapacidade ▪ Separação dos pais ▪ Mutilação ▪ Morte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar privacidade; ▪ Explicar os procedimentos calmamente, usando terminologia adaptada à idade e desenvolvimento; ▪ Envolver a criança na tomada de decisão, solicitando a sua participação e verbalizando o que se espera que faça; ▪ Permitir o manuseamento do material; ▪ Esclarecer as dúvidas, medos e preocupações; ▪ Reforçar o pensamento positivo e a autoestima; ▪ Elogiar o comportamento e oferecer ou sugerir ao cuidador uma recompensa.
Adolescente (12 – 18 anos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração da imagem corporal ▪ Perda de controlo ▪ Separação dos pares ▪ Dor e lesão corporal ▪ Incapacidade ▪ Rejeição ▪ Morte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir e respeitar a privacidade e a confidencialidade; ▪ Proporcionar ao adolescente a possibilidade de decidir pela presença ou não dos pais; ▪ Encorajar a partilha de sentimentos e demonstrar tempo, disponibilidade, preocupação e interesse para os escutar; ▪ Respeitar as opiniões, evitando críticas e julgamentos; ▪ Explicar os procedimentos utilizando terminologia científica e apropriada à idade, situação de saúde e estágio de desenvolvimento; ▪ Envolver na tomada de decisão e esclarecer dúvidas; ▪ Solicitar a participação e cooperação, comunicando o que se espera que faça; ▪ Promover a distração e ensinar técnica de respiração controlada; ▪ Proporcionar conforto e reforçar a autoestima; ▪ Elogiar e fazer reforço positivo.

Referências Bibliográficas:

Hockenberry, M. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed., Vol. 1, pp.122–183). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 1, pp.1-20). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Série I, Número 3, Volume 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 1, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.

**Apêndice X – Lista de Ensinos sobre a Diabetes *Mellitus* Tipo 1: Episódio
Inaugural**

**CHECK-LIST DE ENSINOS SOBRE A DIABETES MELLITUS TIPO 1
EPISÓDIO INAUGURAL**

Etiqueta de identificação do cliente

	Data – Turno – Assinatura do Enfermeiro						
ENSINOS							
Entregar Kit da Diabetes e explicar a sua utilização							
Fisiologia da Diabetes Mellitus Tipo 1							
Sinais e sintomas (hipo e hiperglicemia)							
Avaliação e interpretação da glicemia capilar							
Avaliação e interpretação da cetonemia							
Técnica de administração da insulina e locais de punção							
Autonomia da criança/cuidador na montagem e preparação do material							
Autonomia do cuidador na avaliação da glicemia e administração da insulina							
Autonomia da criança na avaliação da glicemia e administração da insulina							
Contagem dos hidratos de carbono							
Hábitos de alimentação saudáveis							
Hábitos de exercício físico							
Indicação e administração do Glucagon							

Legenda:

- 1 Ensino iniciado
- Ensino a decorrer
- ✓ Ensino concluído
- × Não se aplica

Apêndice XI – Tabela de Monitorização da Glicemia Capilar e/ou Cetonemia

Apêndice XII – Diabetes *Mellitus* Tipo 1 Inaugural - Insulinoterapia e Controle Glicêmico: Guia de Ensino

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – INAUGURAL

Insulinoterapia e controlo glicémico

Regime de administração de insulina em Pediatria:

Bolus basal (1x por dia) – insulina ação longa
+
Bolus antes das refeições – insulina ação rápida

➤ **Insulina ação longa** (_____): administrar _____ unidades 1x por dia, às _____ h.

➤ **Insulina ação rápida** (_____): administrar antes das refeições.

Horários de avaliação da glicemia capilar:

Pequeno almoço	Meio da manhã	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
____h	____h	____h	____h	____h	____h

Cálculo do nº unidades de insulina de ação rápida:

Correção da glicemia + Correção dos hidratos de carbono

- **Correção da glicemia:**

$$\frac{\text{Glicemia avaliada} - \text{Glicemia objetivo}}{\text{Fator de sensibilidade insulina (FSI)}} = \text{nº de unidades insulina}$$

Glicemia objetivo (**durante o dia**) = ____

Glicemia objetivo (**à ceia e durante a noite**) = ____

FSI = ____

DIABETES MELLITUS TIPO 1 – INAUGURAL

Insulinoterapia e controlo glicémico

- Correção dos hidratos de carbono:

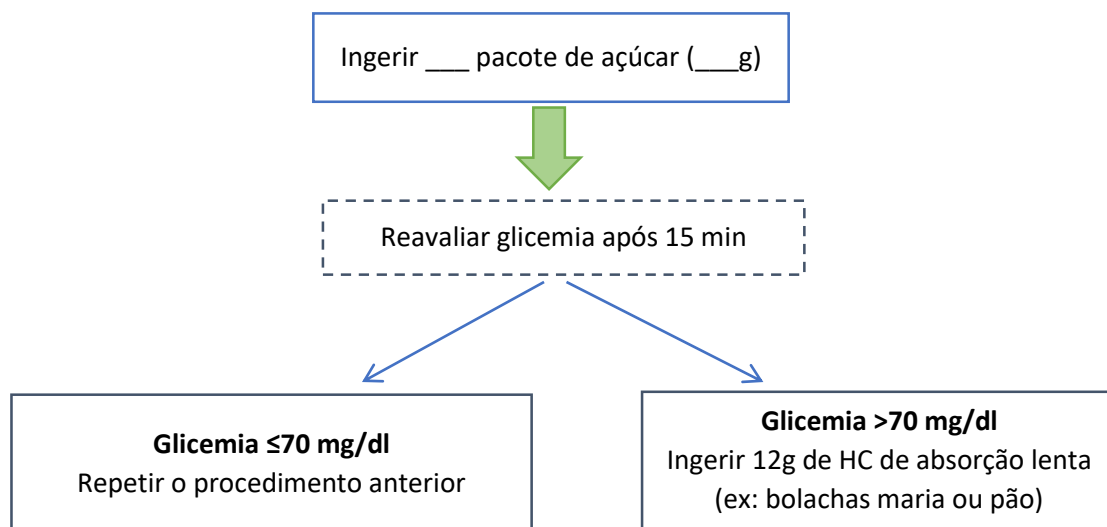
Pequeno almoço	Meio da manhã	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
1U = __g HC	1U = __g HC	1U = __g HC	1U = __g HC	1U = __g HC	1U = __g HC

Intervalo entre a administração de insulina e o início da refeição:

- ≤70 mg/dl – corrige primeiro a hipoglicemia
- 71 - 80 mg/dl – come de imediato
- 81 - 120 mg/dl – espera 10min
- > 120 mg/dl – espera os minutos correspondentes aos 2 primeiros dígitos da glicemia
(ex: 150mg/dl - aguarda 15min, máx: 30min)

Situações de Hipoglicemia (≤ 70mg/dl)

Sintomas mais comuns: palidez, suores, fraqueza, tremores, palpitações, irritabilidade, fome, tonturas, alterações visuais, alterações da linguagem e dificuldade na concentração.

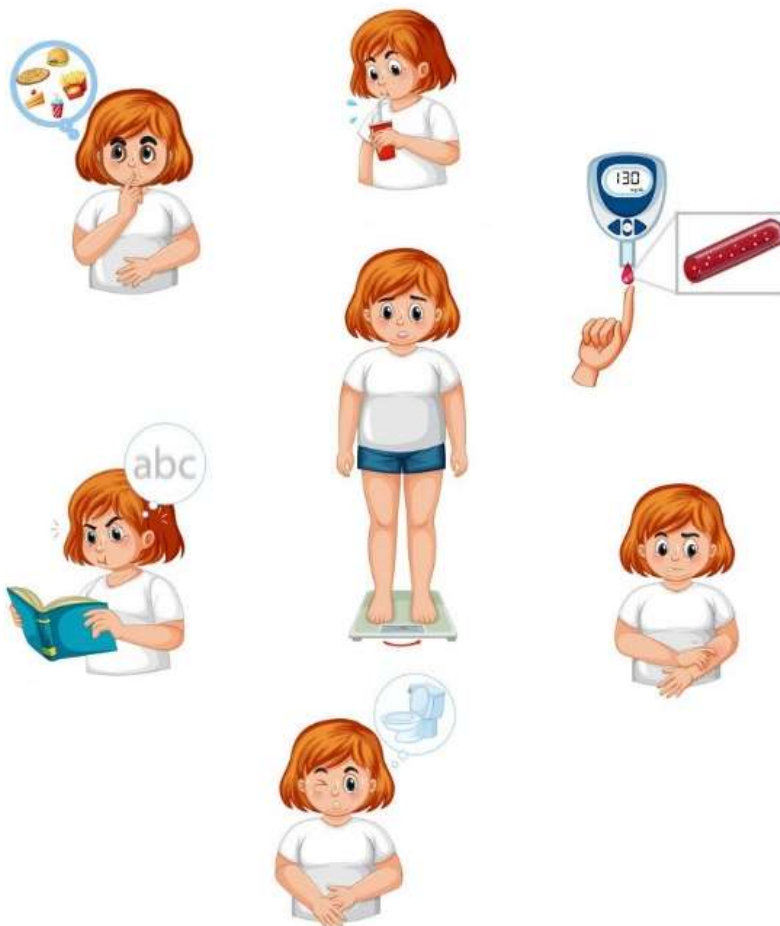


- Se hipoglicemia persistir (após 3 tentativas de correção) ou se apresentar alteração do estado de consciência - administrar 1 ampola de glucagon subcutânea ou intramuscular



Apêndice XIII – Diabetes *Mellitus* Tipo 1: Guia Informativo

Diabetes Mellitus Tipo 1



O que é a Diabetes Mellitus Tipo 1?

É uma doença crônica, caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glucose) no sangue, à qual chamamos de glicemia. A glucose constitui a principal fonte de energia do nosso organismo e para que possa ser utilizada é necessária insulina.

A insulina é produzida nas células do pâncreas e na diabetes tipo 1 ocorre uma destruição destas células o que leva à perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, açúcares, gorduras e proteínas presentes na nossa alimentação, o que leva ao aparecimento da hiperglicemia.

--- **Por isto, o tratamento com insulina é urgente e essencial!** ---

*A Diabetes Tipo 1 é uma das doenças crônicas mais comuns da infância!
No mundo, são realizados cerca de 95.000 novos diagnósticos por ano em crianças com menos de 15 anos, aproximadamente 260 crianças por dia.*

Tratamento:

- ✓ Monitorizar a glicemia com frequência
- ✓ Administrar insulina segundo prescrição médica
- ✓ Cumprir uma alimentação saudável e equilibrada
- ✓ Praticar exercício físico regular

Complicações agudas:

- Hipoglicemia (glicemia \leq 70mg/dl)
- Hiperglicemia (glicemia $>$ 200mg/dl)
- Cetonemia positiva (\geq 0,6 mmol/L)

- Cetonemia

Possíveis causas:

Hipoglicemia – atraso na refeição ou incorreta contagem dos hidratos de carbono, exercício físico, sono prolongado, álcool ou erro na administração da insulina (dose em excesso).

Hiperglicemia - excessos alimentares, dias de doença, stress emocional, ingestão de alguns medicamentos, erro na administração da insulina (dose, técnica, local ou horário).

Cetonemia – dias de doença, omissão da toma de insulina ou erro na sua administração, período de jejum prolongado ou alimentação inadequada.

Hipoglicemia
Palidez, suores
Irritabilidade, ansiedade
Fome súbita
Palpitações, tremores, tonturas
Dores de cabeça ou abdominais
Alterações visuais
Dormência dos lábios, língua e dedos
Discurso pouco claro, desorientação
Cansaço, fraqueza
Desmaio, convulsões, coma

Cetonemia
Náuseas, vômitos
Dor abdominal
Dor de cabeça
Confusão mental
Coma

Como reconhecer?

Hiperglicemia
Fome, sede intensa
Urinar mais vezes
Dor abdominal
Tonturas
Cansaço
Respiração mais rápida
Alterações visuais
Palpitações

Avaliação da glicemia capilar

- Antes de todas as refeições
- 2h após o pequeno-almoço e jantar
- De madrugada
- Sempre que clinicamente relevante



A picada deve ser realizada em **todos os dedos** de forma uniforme e somente na **região lateral** pois, no centro existem muitas terminações nervosas que tornam a picada mais dolorosa e a longo prazo contribui para diminuir a sensibilidade.

A agulha da lanceta deve ser trocada 1 vez por dia.

Objetivos glicemicos:

- ✓ Antes da refeição: 70-145mg/dl
- ✓ Depois da refeição: 90-180mg/dl
- ✓ Antes de dormir: 100-140mg/dl

A Insulinoterapia

A insulina é administrada por injeção subcutânea, isto é, no tecido adiposo que se situa por baixo da pele.

A insulina deve ser conservada no frigorífico entre 2°C a 8°C e após aberta tem uma **validade de 4 semanas** à temperatura ambiente (<25°C). Deve ser retirada 15 a 20min antes da administração, pois a insulina fria aumenta a dor e a sua absorção é mais lenta.

Técnica de administração:



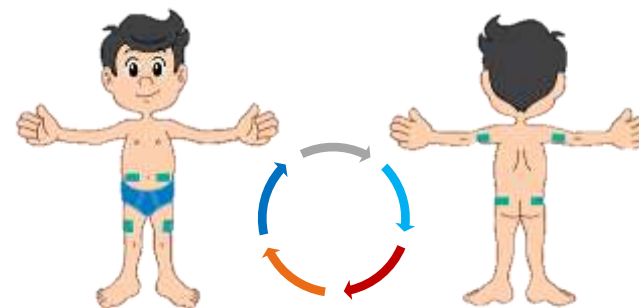
Agulha de 4-6mm



Agulha de 8-16mm

Utilizar uma agulha nova para cada administração, expurgar com 1 a 2UI e esperar 10 segundos após a injeção, antes de retirar a agulha.

Locais de administração:



A rotação dos locais é fundamental para evitar lipo-hipertrofias (nódulos) provocados por administrações consecutivas na mesma zona, pelo que, se deve distanciar 1 a 2 dedos do local anterior.

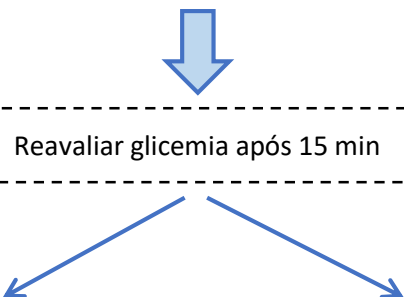
Abdómen	Região lateral direita e esquerda, distantes três dedos do umbigo (absorção mais rápida)
Nádega	Região superior externa (para insulina de ação prolongada)
Coxa	Região frontal e lateral, três dedos abaixo da virilha e três dedos acima do joelho (para insulina de ação prolongada)
Braço	Região posterior, três dedos abaixo da axila e três dedos acima do cotovelo (pouco utilizado)

HIPOGLICEMIA

Valores de glicemia $\leq 70\text{mg/dl}$

Como atuar?

Ingerir 1 ou 2* pacotes de açúcar (6 a 18g)



Glicemia $\leq 70\text{ mg/dl}$
Repetir o procedimento anterior

Glicemia $> 70\text{ mg/dl}$
Ingerir 12g de HC de absorção lenta
(ex: bolachas maria ou pão)

Se a hipoglicemia persistir (após 3 tentativas de correção) ou se a criança apresentar alteração do estado de consciência: administrar $\frac{1}{2}$ ou 1* ampola de Glucagon (hormona que aumenta os níveis de glicose no sangue) em injeção subcutânea ou intramuscular.



Validade: 18 meses à temperatura ambiente

CETONEMIA

Os corpos cetônicos resultam da utilização das reservas de gordura do organismo, quando a glicose não consegue entrar nas células para ser utilizada como fonte de energia. É fundamental fazer a sua determinação e tratamento, para prevenir a cetoacidose.

Níveis	Interpretação
$< 0,6\text{ mmol/L}$	Negativa
$0,6 - 0,9\text{ mmol/L}$	Ligeira
$1,0 - 1,4\text{ mmol/L}$	Moderada
$1,5 - 2,9\text{ mmol/L}$	Moderada a grave
$> 3,0\text{ mmol/L}$	Grave

Quando se deve avaliar os corpos cetônicos?

Sempre que os valores de glicemia sejam superiores a 250mg/dl e/ou em caso de doença.

Como atuar?

- Avaliar a glicemia e a cetonemia a cada 2-3h até negativar
- Manter a administração de insulina de ação lenta

Cetonemia positiva e Glicemia $> 180\text{mg/dl}$	Cetonemia positiva e Glicemia $< 180\text{mg/dl}$
<ul style="list-style-type: none">• Administrar insulina de ação rápida a cada 2h, de acordo com a prescrição médica• Fazer pequenas refeições com HC <u>sem gordura</u>• Ingerir líquidos• Ficar em repouso	<ul style="list-style-type: none">• Ingerir líquidos, incluindo líquidos açucarados (solução de hidratação oral, chá com açúcar, sumos)• Fazer pequenas refeições com HC <u>sem gordura</u>• Ficar em repouso

*de acordo com o peso da criança

CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

De onde provém o açúcar?

O açúcar é a principal fonte de energia das nossas células, fornecido ao nosso organismo através dos alimentos que possuem hidratos de carbono (HC), como:

- Cereais e tubérculos: pão, cereais, tostas, bolachas, arroz, massa, batata
- Leguminosas: feijão, grão, ervilhas, favas, lentilhas, soja
- Fruta
- Lacticínios: leite, iogurtes
- Refrigerantes
- Doces: Mel, compotas, chocolate, gomas, rebuçados, bolos, gelados

Assim, os hidratos de carbono (amido, lactose, frutose e sacarose) transformam-se em açúcar durante a digestão dos alimentos para depois ser absorvido na corrente sanguínea, entrando nas nossas células, quando a insulina está presente.

Por este motivo, é importante ingerir fontes de HC a todas as refeições, no entanto, devem ser moderadas e distribuídas ao longo do dia, evitando que haja uma hiperglicemia 2h após a refeição.



O rótulo: informação fundamental!

Estes fornecem a informação nutricional, onde consta a composição do alimento (hidratos de carbono também denominados de glúcidos ou glicídios, proteínas, lípidos ou gorduras, etc), aparecendo expressa em 100g ou 100ml do alimento ou ainda por dose ou porção do mesmo.

Exemplo de um rótulo: *Bolachas tipo Maria*

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	POR 100g DE PRODUTO	POR PORÇÃO (25g-4 BOLACHAS)		DR*
			%DR*	
ENERGIA	1871kJ 444kcal	468kJ 111kcal	6	8400kJ 2000kcal
LÍPIDOS	11g	2,8g	4	70g
DOS QUAIS: ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	5,3g	1,3g	7	20g
HIDRATOS DE CARBONO	79g	20g	8	260g
DOS QUAIS: AÇÚCARES	23g	5,8g	6	90g
FIBRA	2,4g	0,6g		
PROTEÍNAS	6,0g	1,5g	3	50g
SAL	0,95g	0,24g	4	6g

Como calcular a quantidade de HC que vai ingerir?

Se quiser comer por exemplo: 5 bolachas

1. Começamos por pesar o alimento (5 bolachas = 31.25g)
2. Fazer a proporção entre o peso e a quantidade de HC

$$\begin{array}{l} 100\text{g bolachas} \text{ --- } 79\text{g HC} \\ 31.25\text{g bolachas} \text{ --- } X \end{array} \quad X = \frac{31.25 \times 79}{100} \quad X = 24.7\text{g HC}$$

Logo, **5 bolachas maria** contêm aproximadamente **25g HC**



PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Porque é importante?

Melhora o controlo da glicemia, aumenta a sensibilidade à insulina, controla o peso, melhora a sensação de bem-estar e aumenta a autoestima.

Quais os cuidados a ter para fazê-lo em segurança?

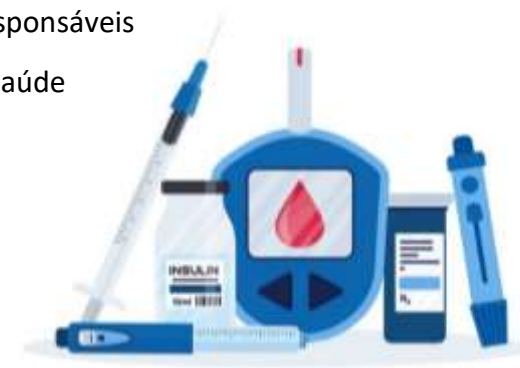
- ✓ Avaliar a glicemia antes e depois do exercício
- ✓ Não praticar exercício em situação de hipoglicemia ($\leq 70\text{mg/dl}$) ou se cetonemia positiva ($\geq 0.6\text{mmol/L}$)
- ✓ Se glicemia $> 250\text{mg/dl}$, realizar teste de cetonemia e se estiver negativa pode praticar exercício
- ✓ Adaptar a ingestão de hidratos de carbono antes e durante o exercício, conforme a glicemia, a duração e o tipo de exercício
- ✓ Ingerir água antes, durante e após a prática de exercício físico
- ✓ Reduzir a dose de insulina na refeição anterior ao exercício e se necessário na refeição posterior também
- ✓ Não administrar a insulina nos locais que vão estar envolvidos na atividade física (dar preferência ao abdómen)
- ✓ Registrar o tipo de atividade e o tempo de duração, o valor das glicemias avaliadas e a alimentação realizada
- ✓ Utilizar roupas e calçado confortável e meias de algodão

O exercício faz baixar a glicemia devido ao consumo de glucose pelos músculos. Após a prática de exercício estes ficam mais sensíveis à insulina existindo um maior risco de hipoglicemia.

NOTAS IMPORTANTES

A criança com Diabetes deve ter SEMPRE consigo:

- Caneta de insulina rápida
- Material para a pesquisa da glicemia e cetonemia
- Pacotes de açúcar
- Bolachas (tipo Maria)
- Injeção de glucagon
- Cartão de identificação com informação da Diabetes
- Contacto dos pais ou responsáveis
- Contacto da equipa de saúde



Referências Bibliográficas: Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2012). *Viver com a Diabetes* (3ª ed.). Lisboa: Lidel; Hanas, R. (2007). *Diabetes Tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos* (3ª ed.). Lisboa: Lidel; Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Série I, Número 3, Volume 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; Record, E., Ballard, L. & Barry, A. (2014). A criança com disfunção endócrina. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., Vol 2, pp.1669-1724). Loures: Lusociência.

PARA O **TRATAMENTO EFICAZ DA DIABETES TIPO 1** É FUNDAMENTAL UM BOM AUTOCONTROLO E **VIGILÂNCIA REGULAR DAS GLICEMIAS**, COMPLEMENTADO PELA **ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIO FÍSICO!!!**

DEVE RECORRER A UM SERVIÇO DE URGÊNCIA EM CASO DE:

- Febre, vômitos ou diarreia persistentes;
- Incapacidade para prestar os cuidados necessários no domicílio (exaustão da criança ou familiares);
- Confusão mental, alteração do estado de consciência, perda de conhecimento, dificuldade respiratória, dor abdominal mantida, língua seca ou convulsão;
- Glicemias que se mantêm > 250mg/dl e cetonemia 1-1.5mmol/L e não diminuir após 3 determinações.

É importante integrar a gestão da diabetes na rotina de vida habitual da criança e não viver em função da doença, desta forma, a criança irá crescer e desenvolver-se de acordo com os padrões esperados para a idade.

Elaborado por: Enfª Susana Figueiredo (aluna de Mestrado ESEL)

Revisão científica: EEESIP Leonardo Trancoso e Profª Mª Filomena Sousa