



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Alexandra Raquel Rodrigues Brito Duarte

Porto – abril de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Internship Report

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Alexandra Raquel Rodrigues Brito Duarte

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – abril de 2023

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 15º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Nele é feita uma articulação das competências propostas pelo plano de estudos com os objetivos previamente formulados e as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, abordadas numa dimensão de análise crítico-reflexiva. O estágio decorreu nos contextos de Unidade de Cuidados na Comunidade, de Unidade de Saúde Familiar e de serviço de Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico. As competências, intrínsecas à assistência especializada e à obtenção do grau de mestre, estão estruturadas em torno dos domínios de atuação do enfermeiro: a Prestação de Cuidados, a Gestão de Cuidados, a Formação e a Investigação. Deu-se especial ênfase a temas como a gestão da dor, a promoção da parceria de cuidados e o apoio à parentalidade, a vigilância e a promoção do crescimento e desenvolvimento infantis, a saúde escolar, o papel da formação para o desenvolvimento profissional, quer pessoal, quer dos pares, e a imprescindível incorporação dos resultados da investigação na prática para alcançar a excelência dos cuidados.

Em suma, este relatório reflete o meu percurso de aquisição e desenvolvimento com sucesso de competências científicas, técnicas e humanas essenciais para uma resposta eficaz e de qualidade às necessidades, desafios e complexidade que hoje se impõem no cuidar da criança e da sua família.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Saúde Infantil e Pediátrica; Competências; Criança; Família

ABSTRACT

This report was elaborated within the scope of the Final Internship and Report curricular unit, inserted in the 15th master's degree in nursing with specialization in Child and Pediatric Health Nursing, at the Institute of Health Sciences, of Universidade Católica Portuguesa – Porto. It articulates the skills proposed by the course syllabus with the previously formulated objectives and the activities developed in the internship context, addressed in a critical-reflective analysis dimension. The internship took place in the context of a Community Care Unit, a Family Health Unit and a Pediatric Medical-Surgical Inpatient unit. The skills, intrinsic to specialized assistance and to obtaining a master's degree, are structured around the areas in which nurses work: Care Delivery, Care Management, Training and Research. Special emphasis was given to issues such as pain management, promotion of care partnerships and support for parenting, surveillance and the promotion of child growth and development, school health, the role of the specialist nurse as a manager of care and resources, the importance of training for professional development, both personally and with peers, and the essential incorporation of research results into practice to achieve excellence in care.

In short, this report reflects my journey of successfully acquiring and developing scientific, technical, and human skills essential for an effective and quality response to the needs, challenges and complexity that are imposed today in the care of children and their families.

Keywords: Specialist Nurse, Child and Pediatric Health; Skills; Children; Family

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Quelhas, pela orientação, disponibilidade e apoio ao longo de todo este percurso e pelo rigor exigido que tanto me fez crescer.

Ao meu marido, meu companheiro, meu suporte, pela paciência e pelos projetos adiados, para que eu pudesse atingir os meus objetivos.

Aos meus filhos, pelas ausências toleradas, pelos passeios e brincadeiras proteladas e por serem, muitas vezes, fonte de inspiração.

Aos meus colegas de curso, meus companheiros de jornada, que partilharam comigo as dificuldades, os desafios e as conquistas, pelo apoio e amizade demonstrados: sem eles o caminho teria sido muito mais penoso.

Aos meus tutores de estágio, pelo acompanhamento, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos e experiências, que contribuíram para o meu crescimento não só profissional, mas também pessoal.

Às minhas colegas de trabalho, pelas palavras de incentivo e colaboração na gestão do horário de trabalho.

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei, pelos sorrisos, abraços e por tudo aquilo que me permitiram aprender para que pudesse tornar-me melhor enfermeira.

A todos o meu muito obrigada!

São as crianças, que sem falar, nos ensinam as razões para viver.

Elas não têm saberes a transmitir.

No entanto, elas sabem o essencial da vida.

Rubem Alves

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- AES – Ação de Educação para a Saúde
- APA - American Psychological Association
- BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
- CEC – Cateter Epicutâneo-Cava
- CESIJ – Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil
- CNPDP CJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens
- CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ECTS- European Credit Transfer System
- EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica
- EESMO – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica
- ELI – Equipa Local de Intervenção
- FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consability
- h – horas
- IUHPE - International Union for Health Promotion and Education
- Km² – Quilómetros-quadrados
- NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PEG – Percutaneous Endoscopic Gastrostomy
- PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce
- PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSI – Plano de Saúde Individual

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	10
1. PERCURSO FORMATIVO PRÉVIO.....	13
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	16
2.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	16
2.2 INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO PEDIÁTRICO	17
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	19
3.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	20
3.2 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	58
3.3 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO.....	64
3.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO.....	70
4. CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICES	90
APÊNDICE I – Dispositivos da Ação de Educação para a Saúde “A criança com diabetes <i>mellitus</i> tipo 1”	91
APÊNDICE II – Planeamento da Ação de Educação para a Saúde “Promoção da Saúde Oral”	102
APÊNDICE III – Planeamento da Formação de Pares “Gestão da Dor na Criança em Procedimentos Dolorosos”	125
APÊNDICE IV – Revisão Integrativa da Literatura	163

0. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a par de profundas mudanças sociodemográficas como a melhoria das condições de vida, a diminuição da taxa de mortalidade e melhores cuidados de saúde, assistiu-se a uma mudança significativa na forma como se vê e trata a criança, passando esta a ter um papel de maior valorização no seio familiar e na sociedade, e a ser vista como um bem que é necessário proteger. Esta nova abordagem da criança teve inevitavelmente impacto sobre a perspetiva do cuidar em enfermagem, levando a uma necessária diferenciação e especialização dos cuidados, bem como exigência técnica e científica.

Dado que, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, a competência e o aperfeiçoamento profissional são valores universais a observar na relação profissional (Ministério da Saúde, 1996) e tendo em conta o meu gosto particular pela área, decidi investir na minha formação especializada na área da criança e assim ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A elaboração do presente relatório surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 15º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Porto. De acordo com o plano de estudos, a unidade curricular supracitada contempla 360 horas (h) de contacto direto de prestação de cuidados em contexto clínico (Estágio Final), 20h de Orientação Tutorial, 20h de Seminários e 440h de trabalho individual, perfazendo um total de 840h, o que corresponde a 30 ECTS (*European Credit Transfer System*). O Estágio Final decorreu de 5 de setembro a 17 de dezembro de 2022.

O presente relatório pretende demonstrar a concretização dos objetivos propostos pelo plano de estudos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, que são:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem no desenvolvimento das

competências adquiridas no curso de licenciatura de enfermagem, incluindo no domínio da investigação;

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem;
- Ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Para além disso, tem como objetivos:

- Descrever os objetivos de aprendizagem e as atividades realizadas para dar resposta às competências preconizadas no plano de estudos;
- Fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as experiências vivenciadas, as aprendizagens efetuadas e as competências adquiridas ao longo deste percurso.

Este relatório foi elaborado segundo uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, fundamentado na evidência científica mais atual, através de pesquisa bibliográfica. No que diz respeito à estrutura do relatório, após a presente introdução, este encontra-se dividido em quatro capítulos. Num primeiro capítulo, é feita uma referência ao desenvolvimento de competências ocorrido no percurso formativo prévio, nomeadamente o contributo do estágio realizado no 2º semestre do 1º ano: A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica. O segundo capítulo é dedicado à caracterização dos diferentes contextos de estágio de modo a enquadrar o percurso efetuado. No terceiro capítulo, encontra-se descrito o processo de desenvolvimento de competências delineadas no plano de estudos do curso para a obtenção do grau de mestre,

organizadas em torno dos domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação, articulando com cada competência, ou conjunto de competências, os objetivos que me propus atingir e a descrição e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas para a sua concretização. Num quarto e último capítulo, é apresentada a conclusão onde se sintetizam os principais aspetos deste trabalho e do percurso efetuado, e é feita uma reflexão sobre as implicações para a prática profissional deste percurso formativo. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas que apoiaram a concretização deste relatório e os apêndices que pretendem melhor espelhar o trabalho desenvolvido.

As referências bibliográficas do presente documento encontram-se redigidas de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) 6ª edição.

1. PERCURSO FORMATIVO PRÉVIO

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, sendo esta uma disciplina aplicada, traduz-se em *“desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”* (Benner, 2001, p. 32). Daqui se pode inferir a importância que os estágios realizados ao longo do curso do mestrado em enfermagem têm no proporcionar de diferentes experiências práticas para o desenvolvimento das competências preconizadas, na construção de saberes, com vista à perícia.

Deste modo, após o enriquecimento curricular teórico no 1º ano do curso, realizei estágio no 2º semestre no âmbito da unidade curricular: A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica. Este decorreu de 2 de maio a 26 de junho de 2022 e foi realizado em dois contextos distintos: numa unidade de Neonatologia (90h) e num serviço de Urgência Pediátrica (90h), perfazendo um total de 180h de contacto, e permitiu-me o desenvolvimento de algumas competências preconizadas.

Um dos primeiros desafios deste estágio foi **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, competência que consegui desenvolver com sucesso. De facto, foi crucial a capacidade de adaptação a contextos novos e desconhecidos, com práticas assistenciais tão díspares do meu contexto profissional, compreender as suas dinâmicas de funcionamento bem como os seus recursos humanos, físicos e materiais. Destaco que fui sempre recebida com muita receptividade, respeito e valorização da minha experiência profissional, o que favoreceu a minha adaptação.

Quer o serviço de Neonatologia, quer o de Urgência Pediátrica foram contextos de estágio ricos em experiências que me permitiram desenvolver e **demonstrar conhecimentos sobre as situações de especial complexidade relacionadas com a criança e família**, bem como aprofundar competências na **execução de intervenções adequadas em diferentes contextos de cuidados à criança e família**.

Quando um recém-nascido (RN) necessita de internamento numa unidade de Neonatologia logo após o nascimento, quer devido a prematuridade ou por doença/má adaptação à vida extrauterina, a transição para a parentalidade e a adaptação ao papel materno encontra-se comprometida. A separação mãe-bebé, inevitável nestes casos devido à necessidade de cuidados especializados, dificulta a formação do vínculo uma vez que a mãe se encontra privada de desempenhar a totalidade dos cuidados ao seu filho, vê frustradas as suas expectativas em relação ao filho nascido por comparação com o filho idealizado, o que pode levar a sentimentos de angústia, afastamento e dificuldades na aceitação do papel materno (Santos, et al., 2017). Neste contexto, promovi a vinculação e a ligação mãe-filho, avaliei o desenvolvimento da parentalidade, utilizei estratégias para promover o contacto físico dos pais com o RN, promovi a amamentação e negocieei o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, o que vai de encontro às competências específicas requeridas ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Outra das competências que pude desenvolver no serviço de Neonatologia foi no âmbito dos cuidados centrados no desenvolvimento segundo a filosofia NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*), em que implementei intervenções que contribuem para a promoção das competências do RN tendo em conta o seu comportamento interativo. Esta filosofia de cuidados também ajuda os pais a interpretar o comportamento do RN, de que forma ele comunica, e permite demonstrar-lhes que o seu toque, a sua presença é crucial para o desenvolvimento do seu filho.

No serviço de Urgência Pediátrica, tendo em conta que o seu ambiente é visto geralmente como impessoal e assustador, implementei intervenções de modo a minimizar o impacto negativo causado por um episódio de urgência. A utilização excessiva e, por vezes, indiscriminada dos serviços de urgência pediátrica leva a sobrecarga dos mesmos, daí a importância de estabelecer prioridades e **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança e família**. Neste contexto, pude colaborar no processo de triagem e perceber a importância da intervenção do EESIP neste processo, nomeadamente a capacidade para mobilizar conhecimentos e habilidades para fazer uma

avaliação rápida e eficaz da situação clínica e identificação de focos de instabilidade que possam colocar a criança em risco de vida.

Em ambos os contextos, tive a preocupação em comunicar com a criança e família de forma adequada à sua idade e estágio de desenvolvimento, no respeito pelas suas crenças e valores culturais, **demonstrando assim conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família.**

Sendo o foco de atenção dos cuidados do EESIP, o binómio criança/família, procurei valorizar sempre a parceria de cuidados e pautar a minha intervenção assente nos pressupostos desta filosofia de cuidar. Os pais devem ser vistos como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e é papel do EESIP incentivar, negociar a participação nos cuidados e empoderar os pais, tendo por base uma partilha de poder, de conhecimentos e objetivos comuns.

Em todo o percurso deste estágio, na construção do meu perfil de competências de EESIP, procurei **manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e mobilizar diferentes fontes na busca da evidência científica** para fundamentar as decisões tomadas. Este processo culminou na elaboração de um portefólio no final da unidade curricular que pretendeu fazer uma **análise crítico-reflexiva sobre a prática**, bem como **comunicar de forma adequada e fundamentar o raciocínio clínico.**

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Após análise das competências adquiridas durante o estágio realizado no 2º semestre do 1º ano do curso, importa fazer uma caracterização dos contextos onde ocorreu o Estágio Final de modo a obter uma compreensão mais integral do percurso efetuado. Este foi realizado em dois contextos distintos: o primeiro decorreu em contexto de Cuidados de Saúde Primários, que contemplou 400h na totalidade (180h de contacto+220h de trabalho autónomo), sendo que desenvolvi atividades numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF), no período compreendido entre 5 de setembro e 25 de outubro de 2022. O segundo contexto foi realizado num serviço de Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico, também com uma duração de 400h totais, sendo 180h de contacto e 220h de trabalho autónomo, que decorreu de 26 de outubro a 17 de dezembro de 2022.

2.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A UCC onde realizei o estágio pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região Norte e tem uma área de abrangência de 57,49 Km², servindo uma população de 48720 utentes e abrangendo 16 freguesias. Presta cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional ou doença que requiera acompanhamento próximo; atua também na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família. Tem, como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população por si abrangida, visando a obtenção de ganhos em saúde. Esta missão e objetivos vão de encontro ao preconizado no Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (Ministério da Saúde, 2009).

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa é constituída por 12 enfermeiros, uma assistente técnica e uma técnica superior de Serviço Social. Dos

enfermeiros, duas são enfermeiras generalistas, 5 são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, duas especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma especialista em Enfermagem Comunitária, uma especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e uma EESIP que também assume a função de coordenadora de unidade. Na área de saúde infantil, esta unidade colabora com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) através da Equipa Local de Intervenção (ELI), da qual a minha tutora faz parte, implementa o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) nas suas diferentes áreas de intervenção e colabora na implementação do projeto do ACES: Parentalidade Positiva, no âmbito do Programa Anos Incríveis.

Embora maioritariamente tenha estado alocada à UCC, para dar resposta ao objetivo de desenvolver competências na promoção da saúde, do crescimento e do desenvolvimento infantil, assumiu particular relevância as atividades desenvolvidas também em USF onde tive a oportunidade de realizar consultas de saúde infantil. Esta unidade situa-se no mesmo edifício da UCC, no piso superior, embora as consultas de saúde infantil sejam realizadas numa sala que se situa no mesmo piso da UCC e que é exclusivamente usada para este fim. A equipa da USF é composta por 6 médicos, 5 secretários clínicos, 3 internos e 6 enfermeiros, dos quais duas são EESIP (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

2.2 INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO PEDIÁTRICO

O segundo contexto de estágio decorreu num serviço de internamento médico-cirúrgico de Pediatria que está integrado na área de assistência da Mulher e da Criança (onde estão englobados também os serviços de Ginecologia e Obstetrícia e serviço de Neonatologia) e encontra-se inserido numa unidade hospitalar de grupo II da região Norte, com uma área de influência de 8 concelhos (dados consultados no regulamento interno da unidade hospitalar). Tem capacidade de lotação de 28 camas, cuja taxa de ocupação durante o período em que ocorreu o estágio esteve frequentemente acima dos 75%. Esta taxa de ocupação de internamento é consistente com o aumento do número de atendimentos na urgência hospitalar pediátrica verificada no mês de novembro, cujo

número de crianças atendidas por dia rondou uma média de 157 crianças/dia (Serviço Nacional de Saúde, 2023), o número mais elevado desde que há registo (dados disponíveis apenas a partir de 2013). A unidade admite sobretudo crianças com patologia do foro médico, mas também, embora em menor número, com patologia do foro cirúrgico.

A equipa de enfermagem é composta por 38 enfermeiros, dos quais 5 são especialistas em Reabilitação e 9 são EESIP, encontrando-se 4 enfermeiras a fazer o seu percurso de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Nesta equipa, os enfermeiros não estão apenas alocados ao serviço de internamento, também asseguram o serviço de urgência pediátrica e a consulta externa de pediatria.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Os avanços científicos e tecnológicos que se deram nas últimas décadas provocaram inevitavelmente alterações nas necessidades de cuidados de saúde, que hoje exigem maior diferenciação e especialização, condição esta que abrange também a enfermagem. Assim, o enfermeiro especialista é o profissional dotado de competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização, que advém do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e que se objetiva em competências comuns e competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Tendo em conta que este documento se refere ao percurso de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, importa definir que o beneficiário dos cuidados do EESIP não se restringe à criança, mas abarca a criança e a sua família (ou pessoa significativa) como alvo dos cuidados, como um binómio indissociável, dada a vulnerabilidade e natural dependência da criança.

Este capítulo pretende descrever o processo de aquisição das competências comuns e específicas neste meu percurso de enfermeira de cuidados gerais a EESIP, descritas nos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como das competências preconizadas no plano de estudos para a obtenção do grau de mestre. Tendo em conta que, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), *“os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”* (Ministério da Saúde, 1996, p. 2961), organizei este capítulo em torno dos quatro domínios de atuação do enfermeiro: a Prestação de Cuidados, a Gestão de Cuidados, a Formação e a Investigação. Para cada um deles, agrupei as competências do plano de estudos do curso, articulando com cada competência, ou conjunto de competências, os objetivos delineados para as atingir e a descrição e a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas para a sua concretização e que visam fundamentar a aquisição das referidas competências.

3. 1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A enfermagem é uma ciência humana prática e tem, como foco de atenção, as respostas humanas à doença e aos processos de vida. Dada a natureza dos fenómenos estudados, o conhecimento em enfermagem não se circunscreve ao saber proveniente da investigação; embora seja por ele alimentado, ele é desenvolvido na prática de cuidados. O enfermeiro, na sua ação cuidativa, aplica o conhecimento proveniente da evidência científica, resultante da investigação, e o conhecimento que é criado, acumulado e aperfeiçoado na prática, em função da sua experiência pessoal e do seu modo de ser e fazer. O conhecimento em enfermagem surge *“da compreensão da situação clínica, da sua interpretação e da aplicação das soluções encontradas. Processando-se num retorno a uma nova compreensão que não coincide com a compreensão inicial, pois que enriquecida pela práxis”* (Queirós, 2014, p. 779). Pode, por isso, dizer-se que o enfermeiro *“usa e cria conhecimento na ação, numa racionalidade prático-reflexiva”* (Queirós, 2014, p. 780).

Após explanação da importância da prática de cuidados, importa também contextualizar o campo de intervenção do EESIP. Este trabalha em parceria com a criança e família em qualquer contexto em que esta se encontre, e tem como finalidade promover a saúde, prevenir a doença, educar para a saúde, prestar cuidados em situação de doença e mobilizar recursos de suporte à família, num período que vai desde o nascimento até aos 18 anos. No caso de doença crónica, alteração da funcionalidade ou incapacidade, este período pode ser alargado para além dos 18 anos, até aos 21 ou 25 anos, até que seja alcançada, de forma eficaz, a transição para a vida adulta.

A atuação como enfermeiro especialista deve traduzir-se na prestação de cuidados de nível avançado, dotada de segurança, competência e satisfação da criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2018), baseada na mais recente evidência científica. Esta foi a linha orientadora para o desenvolvimento de competências neste domínio.

Competência desenvolvida

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Objetivos específicos

- Conhecer a estrutura física e integrar a dinâmica de funcionamento dos diferentes contextos de estágio.
- Desenvolver uma relação profissional com a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Análise crítico-reflexiva

Conhecer a estrutura física e a dinâmica de funcionamento de cada contexto é um dos primeiros passos para favorecer um processo de integração eficaz, que é determinante no sucesso da consecução dos objetivos delineados.

No primeiro dia em cada um dos contextos, **realizei uma visita guiada às instalações** proporcionada pela enfermeira coordenadora da UCC (que também foi a minha tutora) e pela enfermeira-chefe, no caso do internamento pediátrico. Esta visita foi fundamental não só para conhecer a estrutura física, mas também para me apresentar à equipa de enfermagem.

Na UCC, encontrei uma estrutura física simples, quase exclusivamente constituída por gabinetes de trabalho. Apenas a sala onde são realizadas as sessões do projeto Parentalidade Saudável, dinamizadas por uma enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica (EESMO), é mais ampla, com uma decoração adequada à área de atuação e mais acolhedora. Contudo, posso concluir que a estrutura física da UCC está, no geral, adequada aos objetivos da unidade pois centra-se numa dinâmica de prestação de cuidados de proximidade, nos contextos onde as pessoas se encontram, seja o domicílio ou o contexto comunitário, sendo que apenas no exemplo anterior acolhe utentes na sua estrutura física.

No caso da USF onde realizei as consultas de saúde infantil e pediátrica, pude constatar que, apesar de ter uma sala exclusiva para estas consultas, esta está pouco acolhedora, sem qualquer decoração que se adeque à faixa etária que serve ou objetos lúdicos. Este foi um ponto de reflexão com a enfermeira tutora como potencial de melhoria, dado o impacto que o ambiente tem na minimização da ansiedade e medo provocados pelo recurso a uma unidade de saúde (Tavares, 2020). Porém, esta lacuna está relacionada com a resposta provocada pela pandemia de Covid-19, em que foram retirados todos os brinquedos e material didático dos espaços físicos que pudessem ser

fonte de transmissão, para proporcionar maior facilidade na limpeza e desinfecção dos espaços e assim diminuir o risco de infeção (DGS, 2020).

No internamento de Pediatria, encontrei uma estrutura física muito mais adequada aos utentes de idade pediátrica: corredores com pinturas de desenhos animados, exposição na parede de trabalhos feitos pelas crianças em colaboração com as educadoras da unidade, cartazes/posters com informação relevante para os pais. Para além disso, possuí duas salas de atividades lúdicas amplas, projetadas especificamente para as crianças: uma delas semelhante a um parque infantil, com escorrega e casa de brincar, a outra onde se encontram livros, uma grande variedade de brinquedos, jogos e livros, piscina de bolas, um aquário com peixes (com grande sucesso entre os utentes pediátricos) e mesas de trabalho onde as educadoras dinamizam diariamente (em dias úteis) atividades de acordo com a faixa etária das crianças internadas, que se possam deslocar à sala.

Neste primeiro contacto, **consultei o “Manual de acolhimento”** da UCC, um documento que apresenta a história e a organização da unidade, os seus valores e missão, faz a caracterização dos recursos humanos e dos projetos/programas ao qual a UCC se dedica. No serviço de Pediatria, não existe um manual de integração próprio da unidade, apenas existe um manual de integração institucional, o que corrobora o que Macedo concluiu na sua investigação: *“não existe, na maioria dos serviços, um plano de integração estruturado e implementado, de modo a colmatar tanto as necessidades dos serviços integradores como dos enfermeiros que iniciam funções nos mesmos”* (Macedo, 2012, p. 85). Contudo, para me inteirar da dinâmica do serviço, **consultei as normas e protocolos de atuação específicos da unidade** disponibilizados no portal interno do hospital, bem como os panfletos aprovados para o serviço para me inteirar da informação neles contida e os poder incluir na minha prestação de cuidados, para além das informações transmitidas pelo enfermeiro tutor.

Neste processo de integração, **conheci a articulação existente entre os contextos e outras unidades da própria instituição ou recursos da comunidade**. Esta articulação é crucial para melhorar a resposta às necessidades da criança e sua família e proporcionar um cuidado mais abrangente, conscientes dos limites e especificidades de atuação de cada profissional ou unidade. Geralmente, esta articulação faz-se através de pedidos de colaboração (diferentes especialidades médicas, Nutrição, Serviço Social) ou referenciação (por exemplo, do hospital para a UCC ou USF).

Também **conheci os recursos humanos e a sua diferenciação e integrei-me na equipa multidisciplinar**, promovendo um bom relacionamento com todos os seus elementos. A capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar é de fulcral importância em qualquer contexto de cuidados de saúde, pois em contextos onde trabalham vários profissionais de diferentes áreas, mais que uma mera amálgama de profissionais, deve haver compreensão e respeito pela diversidade de competências e de saberes de cada um. Assim, o trabalho em equipa multidisciplinar requer não só colaboração, mas interação e negociação entre os seus elementos, numa conjugação de vários saberes interdisciplinares que propiciam uma melhor compreensão dos problemas de saúde e beneficiam a tomada de decisão em termos de cuidados. Isto potencia uma prática promotora de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, ao integrar as várias disciplinas e áreas de conhecimento na resolução de problemas de saúde (Neves, 2012). O enfermeiro especialista, sendo detentor de um conjunto de competências que lhe confere uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019), assume um papel importante e indispensável nesta equipa multi e interdisciplinar, na medida em que atua como elo de ligação entre os outros profissionais e a criança/família, numa participação que se pretende que seja mais efetiva na decisão, planeamento e coordenação de cuidados (Neves, 2012).

De realçar que me senti muito bem recebida em ambas as equipas, que me apoiaram no desenvolvimento das competências preconizadas, demonstrando disponibilidade para responder a dúvidas ou apoiar nas dificuldades, o que me permitiu uma integração célere e eficaz. Sem dúvida que para isso contribuíram os meus tutores que, tal como a OE preconiza, adotaram a missão de *“facilitar e apoiar a socialização do supervisionado, na equipa multiprofissional e ao seu novo papel (indução e/ou transição socioprofissional), e simultaneamente o de garantir que este o assume de forma gradual, segura e responsável”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 6).

De uma forma geral, considero que demonstrei sempre uma postura de responsabilidade, interesse e curiosidade, que me permitisse ter o maior número possível de experiências e oportunidades de aprendizagem, potenciando o desenvolvimento de competências, mas também de demonstração de conhecimentos e habilidades já adquiridos.

Competência desenvolvida

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objetivo específico

- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais com a criança e família.

Análise crítico-reflexiva

A comunicação é a base de qualquer relação humana, como tal, é um elemento indissociável do processo de cuidar em enfermagem. Contudo, não é um fenómeno linear, mas antes *“uma rede articulada de informações que se fazem presentes na forma do enfermeiro se comunicar”* (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013, p. 43). Engloba não só a linguagem verbal, como a linguagem não verbal ou comportamental e as atitudes do profissional. Estes fatores devem ser tidos em consideração uma vez que influenciam a forma como a mensagem se transmite e é percebida pelo outro, o que interfere no resultado desejado e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados.

Na assistência em Saúde Infantil e Pediátrica, a comunicação é um dos grandes desafios colocados ao enfermeiro: implica a aplicação de conhecimentos aprofundados sobre técnicas comunicacionais na relação com a criança, com respeito pelas suas crenças e contexto sociocultural, e a adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento e competências comunicacionais da mesma, sem esquecer que esta se encontra inserida num núcleo familiar, pelo que a família não pode ser esquecida neste processo comunicacional.

De uma maneira geral, ao comunicar com a criança, **promovi um ambiente adequado ao estabelecimento de uma comunicação eficaz**. Usei um tom de voz calmo, tranquilo e confiante e, simultaneamente, usando palavras simples e frases curtas de modo que a mensagem fosse clara e facilmente compreensível. Procurei em todos os momentos ser honesta com ela: considero fundamental não mentir à criança pois isso irá diminuir a confiança no profissional de saúde. Solicitei a sua autorização para procedimentos e forneci informação sobre o que ia ser feito, adequando as explicações ao seu estágio de desenvolvimento. Ofereci ainda a possibilidade de escolha, sempre que possível, e

expliquei-lhe qual o comportamento esperado e o que poderia fazer, para que deste modo se sentisse envolvida e empoderada. Considerei sempre o contexto em que a criança está inserida, fazendo perguntas sobre a sua vida, como por exemplo, a escola que frequenta, os desenhos animados que gosta de ver ou atividades que gosta de fazer. Adotei ainda uma atitude de escuta ativa, **promovendo a expressão de emoções e sentimentos**, uma vez que, quando é permitido à criança expressá-los, a sua colaboração é maior (Hockenberry, 2014). Neste processo comunicacional foi igualmente importante dar tempo à criança para se adaptar e sentir-se à vontade, consciente de que qualquer processo assistencial, seja a nível hospitalar ou de cuidados de saúde primários, acarreta alterações no comportamento, na sua forma de agir, reagir e interagir, pois é uma situação desconhecida (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). Quando esta se apresentava envergonhada ou renitente ao contacto, dirigi a atenção para os pais ou procurei comunicar com ela através de um objeto de transição (boneca, peluche), antes de a questionar diretamente.

Para além da linguagem verbal, **valorizei a linguagem não verbal**, tanto minha como da criança. Segundo (Hockenberry, 2014, p. 127), as crianças “*estão permanentemente atentas ao ambiente e a atribuir significados em todos os gestos e movimentos*”, sendo mais competentes na compreensão desta paralinguagem, as crianças mais novas. Assumi uma posição ao seu nível embora evitando contato visual prolongado, que pode ser percebido como ameaça. Usei o toque e o afago, sempre que a criança o permitiu, uma vez que o toque e o contacto físico tornam os cuidados mais humanizados (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). Por outro lado, estive atenta à linguagem não verbal da criança procurando identificar comportamentos de aceitação ou de negação através da sua postura, expressão facial, gestos, desvio do olhar e ocupação do espaço (próximo, distante, escondido atrás do adulto).

Para além disso, promovi técnicas para facilitar a comunicação como a brincadeira e o jogo, a distração, as recompensas para reforçar os comportamentos, o elogio, a música, estratégias estas que facilitam a aproximação e a interação entre enfermeiro e criança, permitindo a construção de uma relação de confiança.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de cuidar de crianças de diversas faixas etárias, pelo que foi essencial **a adequação de todas estas estratégias comunicacionais à faixa etária e estágio de desenvolvimento infantil**, consciente da influência que estes

fatores têm no sucesso do processo comunicacional. Só assim pude garantir um cuidado individualizado e integral, almejando a qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta a especificidade de cada criança. Na comunicação com os adolescentes, por exemplo, procurei ter uma abordagem que privilegiasse o diálogo e permitisse o reconhecimento da diversidade de contextos que envolvem a adolescência, permitindo a colocação de questões (Santos, Andrade, Silva, & Mello, 2020). Promovi a reflexão sobre os problemas que os afetam, mostrando interesse nas suas atividades diárias, respeito pelas suas opiniões e evitando julgamentos ou críticas, bem como a imposição de valores que poderiam levar à rejeição por parte do adolescente (Hockenberry, 2014).

No que diz respeito à comunicação com o RN, importa referir que, dada a sua incapacidade em usar a linguagem verbal, a forma mais eficaz que este tem de comunicar é o choro, sendo através dele que expressa as suas necessidades (fome, dor, necessidade de contacto, cansaço, entre outras). A minha atuação passou por ajudar os pais a estabelecer uma comunicação eficaz com o RN, através de um tom de voz tranquilo e promovendo o contacto físico, a interpretar o seu choro e alterações comportamentais, de modo a compreenderem e satisfazerem as suas necessidades.

Para além da comunicação com a criança, preocupei-me em **otimizar a comunicação com a família**, fundamental no processo de cuidar, dado que não se pode dissociar a criança desta. A comunicação eficaz com a família não só melhora o envolvimento desta nos cuidados, como fornece informações relevantes acerca da criança, do seu estado de saúde, estágio de desenvolvimento e fatores que influenciam a sua vida. Para além disso, permite avaliar a relação existente entre a criança e os seus cuidadores e os problemas que daí possam advir, levando a uma avaliação mais integral da necessidade de cuidados. Procurei criar desde logo uma relação empática com os pais, estimular o diálogo, encorajando a expressão de dúvidas, receios e sentimentos, promover a escuta ativa e evitar juízos de valor. Embora deva ser incentivada a liberdade de expressão, usando perguntas abertas e abrangentes, em determinadas situações necessitei direccionar o diálogo para a informação que queria obter, particularmente quando a família se desviava do foco de atenção. Em contrapartida, por vezes também é essencial respeitar o silêncio como uma forma de dar espaço à pessoa para pensar, procurar resposta às questões ou para exprimir sentimentos (Hockenberry, 2014).

Um dos bloqueios à comunicação pode ser a barreira linguística. Relembro uma situação no internamento de pediatria em que estava internado um lactente cujos pais eram paquistaneses. Estes só falavam inglês, para além da sua língua nativa, embora a mãe o fizesse ainda com alguma dificuldade, o que dificultava a comunicação. Porém, foi com agrado que consegui ajudar neste processo comunicacional servindo de intérprete para alguns elementos da equipa que não dominavam a língua inglesa, para além do facto de que já conhecia este casal desde o internamento no serviço de Puerpério, o que facilitou o relacionamento. De facto, é cada vez mais frequente a entrada no nosso país de imigrantes provenientes de diversos países (Brasil, Ucrânia, países asiáticos donde provêm refugiados), o que exige do enfermeiro um esforço de adaptação, não só em termos linguísticos, mas também no respeito pelas suas crenças e diferenças culturais, consciente da influência destes no processo comunicacional.

Competências desenvolvidas

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Objetivos específicos

- Promover os cuidados centrados na família tendo como base a filosofia de parceria de cuidados.

- Aperfeiçoar competências na promoção da transição para a parentalidade e do desempenho do papel parental.

Análise crítico-reflexiva

A criança, dada a sua condição humana e as suas características específicas, é um ser vulnerável e naturalmente dependente dos cuidados da família, sendo esta responsável por lhe prestar cuidados e promover o seu crescimento e desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012). Por isso, os cuidados de saúde devem ser prestados numa abordagem de cuidados centrados na família, considerando não apenas as necessidades da criança, mas as necessidades de todos os elementos da família, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Deste modo, o EESIP assume, como beneficiário dos seus cuidados, o binómio criança-família, estabelecendo com este, em qualquer contexto em que se encontre, “*uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192). Esta relação de parceria é a base de um dos modelos conceptuais com mais impacto na área de saúde infantil e pediátrica: o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

De acordo com este modelo, o processo de enfermagem deve ser realizado em parceria com a criança e os pais, devendo estes ser envolvidos ativamente nos cuidados, em função das suas capacidades e desejo de participação (Casey & Mobbs, 1988). Assenta num processo de negociação em que o enfermeiro providencia suporte contínuo e capacita a família para a tomada de decisão informada sobre os cuidados a prestar e o seu nível de envolvimento nestes (Casey, 1995). Trata-se de uma relação de colaboração mútua entre pais e enfermeiro em que os papéis de ambos devem ser claramente definidos e complementar-se (Monteiro & Sequeira, 2020). No contexto de hospitalização, por exemplo, os pais podem prestar cuidados familiares, ou seja, os que resultam das necessidades diárias da criança, como a higiene, alimentação e conforto, bem como cuidados de enfermagem, isto é, cuidados especializados que visam satisfazer as necessidades de saúde da criança. Quando os pais desejam realizar cuidados de enfermagem (ou a criança, quando tem capacidade para tal), o enfermeiro deve avaliar os seus conhecimentos e capacidades para o fazer com segurança, ensinando, instruindo e supervisionando os mesmos (Casey & Mobbs, 1988), (Monteiro & Sequeira, 2020). Este

modelo assenta no reconhecimento, respeito e valorização da experiência e dos conhecimentos da família no cuidado ao seu filho, e a sua vontade em contribuir para o seu desenvolvimento. Na ausência dos pais, ou quando estes não querem ou não têm capacidade para participar, o enfermeiro procura atender as necessidades de cuidados e de conforto da criança da forma como a família o faria (Casey, 1995), adotando uma atitude de apoio em vez de culpabilização por esta ausência ou incapacidade.

O estabelecimento desta parceria traz benefícios para todos os envolvidos no processo de cuidar. Para a criança, representa uma garantia de afeto, segurança e apoio, fundamentais para minimizar o impacto negativo que a doença e a hospitalização podem ter. Para os pais, esta participação aumenta a sua confiança, segurança e o sentimento de ser-se útil, permitindo a manutenção do seu papel parental mesmo numa situação estranha e assustadora como o processo de doença e hospitalização. Para o enfermeiro, tem como vantagens, uma maior vigilância das crianças e a partilha de conhecimento, uma vez que ninguém conhece melhor os filhos do que os seus pais (Mendes & Martins, 2012).

Foi com base nos pressupostos do modelo de parceria de cuidados atrás descritos e alicerçado no conceito de cuidados centrados na família que desenvolvi toda a minha atuação durante o estágio. **Reconheci a família como uma parte essencial dos cuidados à criança e respeitei a sua vontade e disponibilidade para participar nos mesmos**, reconhecendo as suas fragilidades e dificuldades. Por outro lado, **reconheci e valorizei a experiência e a perícia da família nos cuidados à criança**: os pais são geralmente os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, pelo conhecimento que detêm deles, para além de facilitarem a comunicação com estes. Esta aceitação e compreensão das capacidades, limitações e vontade de cada interveniente na relação de parceria é essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança no qual assenta esta filosofia de cuidados (Monteiro & Sequeira, 2020). Procurei **envolver a família nos cuidados e capacitá-la para dar resposta às necessidades da criança** através da partilha de informação e da promoção da aquisição de novos conhecimentos e habilidades ou desenvolvimento dos já adquiridos. Nesta interação, procurei que a família se sentisse confiante das suas capacidades e tivesse um sentimento de controlo sobre o processo de cuidados, reconhecendo a importância do seu papel. Procurei igualmente que houvesse uma **negociação de cuidados**, com uma definição de objetivos comuns no processo de cuidar que permitisse uma tomada de decisão em conjunto. Por exemplo, em contexto de

internamento, numa fase inicial, os pais podem recear ou mesmo recusar prestar os cuidados que habitualmente prestam em casa aos seus filhos devido à presença de dispositivos médicos ou estado clínico da criança, que os fazem pôr em causa a competência no seu papel parental. Nesta fase, necessitam de uma atitude empática e de apoio por parte do enfermeiro para entenderem os limites da sua participação nos cuidados: aquilo que podem fazer autonomamente, sob supervisão do enfermeiro ou que necessita de intervenção especializada de enfermagem. O objetivo é promover o seu envolvimento gradual para que possam aumentar a sua participação nos cuidados, de modo a satisfazer as necessidades da criança e, assim, preparar o regresso a casa.

Embora o modelo de parceria de cuidados tenha sido desenvolvido no contexto da criança hospitalizada, o domínio da sua aplicabilidade não se restringe a este âmbito. Na minha opinião, os princípios desta filosofia de cuidar aplicam-se a todos os contextos onde se cuidam de crianças. Nas consultas de vigilância de saúde infantil, por exemplo, também deve ser promovida uma relação igualitária, de partilha de poder, onde a família é vista como um parceiro na satisfação das necessidades de crescimento e desenvolvimento infantis pois, como nos refere (Mendes & Martins, 2012, p. 115), “quando na relação se traduz uma manifestação de poder em que um “parceiro” procura dominar o outro, a parceria torna-se impraticável”. Deste modo, nestas consultas, há o estabelecimento de objetivos comuns e partilha de conhecimentos, ou seja, a família partilha aquilo que sabe da criança (o seu comportamento, os seus hábitos, as suas conquistas desenvolvimentais) e o enfermeiro fornece conhecimentos para ajudar a família a lidar com problemas existentes ou que poderão surgir. Valores como a negociação, a capacitação dos pais, o respeito e a valorização das competências que os pais detêm no cuidar dos seus filhos, não são apenas fundamentais em caso de doença e hospitalização, mas também na promoção da saúde, no crescimento e no desenvolvimento infantil e na prevenção da doença.

Apesar do conceito de família englobar “o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e não se possa desvalorizar a importância que outras pessoas possam ter neste mesmo processo (avós, prestador de cuidados informal, entre outros), os pais são geralmente os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados. Por esse motivo, na parceria de cuidados é valorizada a

parentalidade, sendo da competência do EESIP ser promotor das competências parentais e implementar intervenções que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De facto, tornar-se pai ou mãe nos dias de hoje constitui um grande desafio, não só pela responsabilidade que acarreta e pelas mudanças que ocasiona, como pela adaptação que é necessário que aconteça aquando do nascimento de uma criança no seio da família. Este é um processo de transição que acarreta riscos pois implica a aprendizagem de novos papéis e a reorganização dos já existentes, o desenvolvimento de capacidade de resposta, alteração nas rotinas e alterações nas dinâmicas familiares, o que provoca sentimentos de insegurança e medo nos pais, sobretudo quando se trata do primeiro filho (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Contudo, este é apenas o primeiro desafio. A parentalidade não é um processo estanque, antes se desenvolve ao longo do ciclo vital e muda consoante as exigências do crescimento e desenvolvimento da criança, pelo que é necessária uma constante adaptação. Essa adaptação é ainda mais exigente no caso de doença da criança e necessidade de hospitalização, o que constitui uma crise na adequação do papel parental.

Constituiu foco da minha atenção durante o período de estágio, independentemente do contexto assistencial, compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição e colaborar na promoção e adequação da parentalidade, bem como **apoiar e capacitar para o desempenho do papel parental**. Para isso, **encorajei os pais a expressarem as suas preocupações, dúvidas e medos e adotei uma atitude de escuta ativa** para identificar as suas perceções e sentimentos, de forma a fazer um planeamento de cuidados centrados nas suas expectativas e necessidades. **Avaliei o desenvolvimento de competências parentais e promovi os cuidados antecipatórios** de modo a melhorar a compreensão dos pais acerca das competências das crianças em cada fase de desenvolvimento, antevendo problemas e estratégias de resolução dos mesmos. Dotei os pais de conhecimentos e habilidades, capacitando-os para uma resposta eficaz às necessidades da criança, através do ensino, instrução e treino. A **educação para a saúde** teve um papel fundamental na capacitação dos pais para o seu papel parental, permitindo partilha de informação, dúvidas e expectativas.

Uma das atividades que me permitiu apoiar e promover a transição para a parentalidade e o desempenho do papel parental foi a **realização de uma visita domiciliária ao RN e família nos primeiros dias de vida**, após a alta hospitalar,

realizada no contexto de estágio na USF. Durante esta visita, pesei o RN para avaliar a sua evolução ponderal, avaliei o seu estado físico e neuromotor, realizei o diagnóstico precoce e avaliei uma mamada. A puérpera em questão apresentava um ingurgitamento mamário e estava com dificuldade em amamentar, pelo que pude intervir neste âmbito e **promover o aleitamento materno**, dotando-a de conhecimentos e habilidades para lidar com esta situação. A visita domiciliária é uma estratégia fundamental para avaliar a adaptação da família ao novo elemento no ambiente familiar, para além de permitir avaliar as condições socioeconómicas e habitacionais e a rede de suporte familiar/social, que poderão ter impacto no desenvolvimento harmonioso da criança. Foi também avaliada a vinculação e a ligação mãe-filho, bem como o envolvimento do pai, que se encontrava presente, nos cuidados e a sua ligação com o filho. Permitiu-me perceber as dificuldades dos pais nesta transição do hospital para casa, dar resposta às suas dúvidas e preocupações e capacitá-los para a adequação das respostas às características e necessidades do RN. De acordo com as necessidades identificadas foram abordados os cuidados com o coto umbilical, os cuidados de higiene, o vestuário e a temperatura do RN, o choro e o comportamento interativo do bebé, a extração e a conservação de leite materno, a prevenção da síndrome da morte súbita, entre outros. Partilho da opinião de (Almeida, Nelas, & Duarte, 2016, p. 268) que consideram que *“a visita domiciliária à puérpera/recém-nascido e família constitui uma estratégia de suporte e ajuda, proporciona apoio e aconselhamento e contribui, deste modo, para uma melhor adaptação à parentalidade”*.

Tal como já foi referido, a parentalidade é um processo dinâmico e contínuo, que exige constantes ajustamentos consoante os desafios impostos pelo crescimento e desenvolvimento infantis. Deve ser tido em consideração que a aprendizagem parental não é isenta de erros e dificuldades, é variável tendo em conta as características individuais, a cultura e os valores de cada família, podendo existir estilos parentais muito diferentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os pais também têm sido confrontados com inúmeras mudanças e desafios face à parentalidade decorrentes das alterações da sociedade. Ao EESIP cabe avaliar a adequação das competências parentais às necessidades da criança e promover uma parentalidade positiva, indo de encontro às recomendações do Conselho da Europa sobre a parentalidade positiva: *“reconhecer a essencialidade das famílias e do papel parental e criar as condições necessárias a uma parentalidade positiva no superior interesse da criança”*, definindo esta como “o

comportamento dos pais baseado no melhor interesse da criança que é carinhoso, capacitador, não violento e fornece reconhecimento e orientação que envolve o estabelecimento de limites para permitir o pleno desenvolvimento da criança” (Conselho da Europa, 2006).

No âmbito desta recomendação, tive a oportunidade, em contexto de estágio na UCC, de **participar no programa “Anos Incríveis”**. Este é um programa integrado no projeto Adélia da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens (CNPDPJ) local, com o qual o ACES se articula. O projeto Adélia é um projeto de apoio à parentalidade positiva e à capacitação parental, como estratégia preventiva de promoção e proteção dos direitos da criança, e engloba, para além de uma multiplicidade de ações e recursos nesta área, vários programas de acordo com a faixa etária e problemas identificados (CNPDPJ, 2023). O programa Anos Incríveis foi desenvolvido nos Estados Unidos da América pela psicóloga Carolyne Webster Stratton em 1990, foi introduzido em Portugal pela primeira vez em 2003, através da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e, posteriormente, traduzido e adaptado ao contexto português em 2008 (Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012). Este programa destina-se a profissionais que trabalham com pais/cuidadores pretendendo a dinamização de grupos de pais de crianças dos 3 aos 8 anos, para diminuir os fatores de risco familiar através da promoção de competências parentais. Visa fortalecer as relações pais-crianças, incentivar estilos parentais positivos, aumentar a competência social, o comportamento de cooperação e a autoconfiança da criança, fomentar uma comunicação eficaz, encorajar a imposição de limites efetivos e a definição de regras claras, e promover o uso de estratégias disciplinares não violentas.

A implementação do programa Anos Incríveis é da responsabilidade de um grupo de trabalho (denominado SPA - Sempre com Pais em Aventura), constituído por uma EESIP e uma médica de Medicina Geral e Familiar, com formação certificada na implementação do programa. Este grupo de trabalho dinamiza grupos de pais, em 14 sessões semanais, com 2h de duração, que se destinam a pais com interesse em aumentar estratégias de parentalidade positiva, referenciados por médico ou enfermeiro de família, pela ELI, pelos psicólogos ou assistentes sociais do ACES, pela CPCJ ou pelo Serviço de Psicologia e Social do hospital da área de abrangência. Durante a realização do estágio,

pude **assistir a uma reunião deste grupo de trabalho**, o qual se encontrava em fase de planeamento as sessões para um novo grupo de pais, a iniciar em janeiro de 2023.

Para além da dinâmica de grupos de pais, o grupo de trabalho deste programa também divulga mensagens (intituladas de sementes), através da página de Facebook do ACES, para difundir as ideias-chave deste programa, de modo a que cheguem ao maior número possível de famílias. Esta estratégia também vai de encontro à recomendação do Conselho da Europa: *“Mensagens-chave sobre parentalidade positiva devem ser transmitidas a todos os pais (...) devem deixar claro como a criança deve ser respeitada como pessoa e como a sua participação deve ser promovida, e que os pais têm direitos, assim como responsabilidades”* (Conselho da Europa, 2006). Na reunião acima referida, tive a oportunidade de **contribuir com ideias para melhorar a divulgação destas mensagens**: a divulgação através de outras redes sociais e através de parceiros que tenham uma forte presença nestas redes (por exemplo, profissionais de saúde), a colaboração de outros recursos da comunidade como, por exemplo, as associações de pais. Pude também contribuir para a elaboração das mensagens de início do ano letivo, que é sempre uma fonte de ansiedade para pais e crianças e que carece de estratégias para melhor lidar com esta fase que é o regresso ou ida para a escola/jardim de infância.

Objetivo específico

- Minimizar o impacto negativo da hospitalização na criança e família e maximizar o potencial de crescimento e de desenvolvimento da experiência de doença e hospitalização.

Análise crítico-reflexiva

A doença e a hospitalização em idade pediátrica geram instabilidade e desequilíbrio na criança e na família, constituem uma ameaça a nível emocional, com potencial para causar trauma (Lerwick, 2016). Por isso, considere fundamental **perceber e analisar o impacto que a hospitalização tem no binómio criança-família**.

Quando a criança é hospitalizada, ela é afastada do seu mundo, das suas rotinas, da sua família e amigos, pelo que surgem inevitavelmente fatores de stress: a ansiedade de separação (proporcionada pelo afastamento da família e amigos, num ambiente estranho, com pessoas desconhecidas), a perda de controlo e autonomia (devido à restrição física

motivada pelo processo de doença e restrição ambiental, com interrupção das suas rotinas diárias) e a lesão corporal e dor (relacionados com a própria patologia ou procedimentos invasivos) (Sanders, 2014). Estes fatores de stress condicionam reações comportamentais que variam consoante a idade e estágio desenvolvimental, as experiências anteriores de doença e hospitalização, o sistema de apoio disponível e a gravidade da situação. Procurei, assim, em contexto de prática, **identificar os fatores de stress e as reações comportamentais da criança tendo em conta a sua faixa etária**, de modo a prestar cuidados de forma mais integral e humanizada.

A hospitalização, sendo um evento inesperado, também é fonte de stress e ansiedade para os pais e impacta na estrutura e dinâmica familiar. Durante a permanência no hospital, surgem muitas vezes dificuldades em conciliar os diferentes papéis familiares: as tarefas domésticas, os cuidados com outros filhos e as repercussões económicas que advêm da interrupção da atividade profissional (Andrade, et al., 2015). Os pais frequentemente manifestam angústia e ansiedade perante o diagnóstico médico, a gravidade da doença, o tipo de procedimentos a que o filho é sujeito, a necessidade de cuidados futuros. Para além disso, experienciam muitas vezes sentimentos de culpa, de falha do seu papel parental: durante o estágio, mais que uma mãe me perguntou “o que é que eu podia ter feito para evitar isto?”.

Ter consciência de todos estes fatores e reconhecer as necessidades que crianças e família têm durante o processo de hospitalização é crucial para contribuir para um planeamento de cuidados de qualidade, pelo que **adotei estratégias para minimizar o stress e o impacto negativo da hospitalização**, numa dinâmica de cuidados centrados na família.

Uma das estratégias adotadas foi **informar e preparar as crianças e os pais para a hospitalização**. O défice de informação dificulta a adesão e participação da criança e dos pais no processo de tratamento, bem como incrementa a ansiedade e insegurança que ambos experimentam (Fernandes A. , 2020). Este processo iniciou-se na admissão uma vez que apenas tive contacto com internamentos urgentes/não programados. Durante o processo de admissão da criança, forneci informação em linguagem simples acerca da estrutura do serviço, explicando a dinâmica de funcionamento e rotinas, e fazendo uma pequena visita ao mesmo para permitir uma melhor adaptação ao espaço físico (localização da casa de banho/chuveiros, gabinete de enfermagem, salas de atividades

lúdicas). **Entreguei o guia de acolhimento do serviço**, que complementa a informação prestada anteriormente, e outros panfletos como, por exemplo, cuidados a ter em caso de isolamento (quando aplicável) e prevenção de quedas em meio hospitalar (que está preconizado ser entregue na admissão de todas as crianças) e encorajei a colocação de questões. Durante o internamento, informei sempre sobre os procedimentos que iria realizar, efetuando preparação prévia e adequando a forma e o conteúdo da informação à idade e capacidade cognitiva da criança. Nesta transmissão de informação também é importante *“avaliar o que já sabem e perguntar o que desejam saber, para que a informação dada seja suficiente, mas não redundante ou excessiva”* (Fernandes A. , 2020).

Por outro lado, **incentivei e negocieei a participação dos pais nos cuidados**, bem como a sua presença em todos os procedimentos. Para a criança, essa presença e participação nos cuidados minimiza a ansiedade de separação e permite-lhe sentir-se mais segura pois as suas necessidades são atendidas, não por pessoas desconhecidas, mas por quem tão bem os conhece. Simultaneamente, **estimulei a participação da criança nos cuidados de acordo com as suas capacidades, promovendo o autocuidado e a sua independência**, para minimizar a perda de controlo e autonomia.

Para além disso, procurei **proporcionar a manutenção das rotinas diárias da criança**: aconselhei a manter o horário do banho, a manter atividades que fazia em casa, permiti a vinda de alimentos do exterior da preferência da criança (se a condição clínica o permitia), incentivei a vinda de casa de brinquedos ou objetos preferidos e o uso das suas roupas. Uma das dificuldades que senti foi na manutenção dos hábitos de sono e repouso, tão fundamentais para o desenvolvimento e regulação infantis. Muitas vezes, os horários da rotina hospitalar não se coadunam com as rotinas de sono: a necessidade de fazer exames (com agendamento fora do serviço), observações médicas, a administração de medicação, levam à interrupção do sono da criança, com impacto negativo sobre o seu bem-estar, sobretudo nas mais pequenas, com maiores necessidades de sono. Outra preocupação minha foi **promover a liberdade de movimentos**, incentivar o uso das salas de atividades lúdicas ou deambular pelo corredor para prevenir a imobilidade e diminuir a sensação de “estar fechado”. Contudo, o período do estágio em internamento pediátrico coincidiu com um pico de infeções respiratórias, com uma prevalência de isolamentos de contacto muito grande, o que dificultou esta meta.

Relativamente ao prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor com o intuito de diminuir os efeitos negativos da hospitalização, **promovi a gestão da dor através da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas após uma adequada avaliação da dor**. Estas estratégias serão fonte de análise e reflexão posteriormente neste relatório.

Outra das estratégias mais relevantes para diminuir o impacto da doença e da hospitalização foi **promover as atividades lúdicas**. Brincar é fundamental na vida de uma criança, fulcral para o seu bem-estar e uma necessidade que deve ser atendida. É uma ferramenta eficaz para gerir a ansiedade e o medo, aumenta a sensação de controlo e de segurança num ambiente estranho, oferece a oportunidade de fazer escolhas, proporciona diversão e relaxamento e promove a interação com outras crianças (Sanders, 2014). Por isso, promovi e participei em algumas brincadeiras e jogos, cantei músicas infantis, incentivei o desenho e a pintura. No caso dos adolescentes, procurei conhecer e demonstrar interesse pelos seus gostos: música, jogos online e até futebol, visto que o período de estágio coincidiu com a realização do mundial de futebol. Esta abordagem permite prestar um cuidado mais humanizado à criança e, deste modo, tornar a experiência de hospitalização menos traumática e potenciar uma recuperação mais rápida (Falke, Milbrath, & Freitag, 2018).

Apesar do impacto negativo que a hospitalização possa ter, a experiência de doença e hospitalização também pode ser vista como positiva e com potencial para proporcionar desenvolvimento. Num estudo realizado por Lapa e Souza (2011), crianças em idade escolar referiram, como aspetos positivos da hospitalização, a atenção e o carinho que recebiam em exclusivo da mãe, o acesso a alimentos que geralmente não tinham disponíveis em casa e as recompensas que recebiam como brinquedos e festas (Lapa & Souza, 2011). De facto, tendo em conta a vida agitada do dia-a-dia, em que os pais estão a trabalhar grande parte do dia e as crianças na escola, o tempo passado com os filhos é reduzido. Por isso, procurei refletir com alguns pais sobre esta vantagem: a disponibilidade de estar mais tempo com os filhos e de desenvolver com estes atividades e brincadeiras que de outra forma não conseguiam, **promovendo assim as relações pais-filho**. Aproveitei de igual modo todas as oportunidades para **educar para a saúde e dotar os pais de conhecimentos** acerca do crescimento e desenvolvimento infantil, de aumentar os conhecimentos de ambos sobre o corpo humano e a doença, de preparar o regresso a

casa, dotando-os de competências que permitam a continuidade de cuidados no domicílio. Para além destas oportunidades educativas, sempre que a condição da criança em idade escolar ou adolescente o permitia, incentivei-a a manter as suas atividades escolares como fazer trabalhos de casa ou assistir a aulas online (caso a escola o disponibilizasse) para que o impacto da hospitalização não se fizesse sentir no seu progresso escolar.

A hospitalização também pode ser uma oportunidade para **fomentar as relações sociais**, não só para as crianças, mas também para os pais. Por exemplo, na distribuição das crianças pelas enfermarias, havia a preocupação de alocá-las, sempre que possível, por faixa etária e por problema de saúde para promover a socialização entre elas e a partilha de experiências. Para a família, a socialização com outros pais com filhos com os mesmos problemas de saúde permitia-lhes minimizar o sentimento de solidão que podem experienciar no decurso de uma hospitalização, bem como a partilha de conhecimentos sobre a doença, recursos da comunidade ou dificuldades sentidas. Por outro lado, a experiência da hospitalização pode proporcionar crescimento pessoal: ao desmitificar medos e fantasias relacionados com o internamento ou procedimentos, ao elogiar a sua forma de lidar com a situação de crise e desvalorizando comportamentos negativos, as crianças podem sentir-se mais respeitadas, autoconfiantes e independentes, amadurecendo com a experiência.

Objetivo específico

- Promover a adaptação da criança e família à doença crónica, incapacidade ou alteração da funcionalidade.

Análise crítico-reflexiva

Apesar de qualquer doença ou episódio de hospitalização constituir uma crise, o diagnóstico de doença crónica, incapacidade ou alteração da funcionalidade desafia a família muito mais intensamente, quer pelas exigências inerentes às necessidades de saúde da criança, quer pela gestão que a sua condição de saúde exige (Charepe, 2020). Os pais são desafiados a lidar não apenas com as necessidades de crescimento e desenvolvimento normais, como também a responder eficazmente à complexidade das consequências da doença crónica. O diagnóstico de doença crónica ou incapacitante produz uma grande variedade de reações e mecanismos de adaptação, diferentes de família para família (e mesmo entre os diferentes elementos da família), que dependem

da experiência individual, do contexto familiar, cultural e social e da gravidade da doença. Neste processo de adaptação, habitualmente a família passa por três estádios: o choque e negação, comportamentos estes que devem ser vistos como normais e respeitados pois funcionam como um mecanismo de defesa do impacto emocional e de estratégia de *coping*; o ajustamento, em que há aceitação da existência da doença e predominam sentimentos de culpa, autorrecriminação, frustração e raiva; a aceitação e reintegração, fase em que há o desenvolvimento de expectativas realistas em relação à criança, a adaptação da vida familiar à doença e a reintegração social (McElfresh & Merck, 2014).

Ao EESIP compete **avaliar os mecanismos de *coping* e as forças que a família apresenta** para lidar de forma competente com a situação, bem como a assistência que necessita para gerir os cuidados à criança. Esta avaliação pode ser feita através de instrumentos de avaliação familiar como o genograma e o ecomapa. O genograma permite avaliar a estrutura familiar, a sua composição e vínculos, fornecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família. Por sua vez, o ecomapa mostra a natureza das relações entre os membros da família e entre estes e outros sistemas, como o emprego, grupos sociais, serviços da comunidade, evidenciando as necessidades/fragilidades da família e os seus recursos/forças (Figueiredo, 2012). Estes dois instrumentos permitem identificar o sistema de suporte da família, cuja quantidade e composição tem impacto significativo na adaptação à doença crónica da criança.

A forma como os pais reagem e se ajustam a este processo impacta invariavelmente na adaptação da própria criança, no modo como interpretam as suas emoções, como reagem face ao desconhecido, às limitações impostas pela doença e à necessidade de mecanismos compensatórios, como o uso crónico de medicação ou de dispositivos médicos (Charepe, 2020). É fundamental observar as reações da criança, as suas capacidades funcionais, os comportamentos de adaptação que manifesta, explorar a compreensão que detém sobre a sua própria doença e encorajá-la a verbalizar as suas preocupações e sentimentos. Por outro lado, deve ser promovida a normalização, ou seja, ajudar os pais a estabelecer uma rotina diária o mais próxima possível do normal para diminuir o sentimento de ser diferente e promover o desenvolvimento da criança (McElfresh & Merck, 2014).

De uma forma geral, **a identificação das reações da criança e da família perante a situação de doença crónica ou incapacidade** possibilitou-me a adequação das

intervenções de modo a fornecer apoio e promover uma adequada adaptação à situação tanto da criança como da sua família. **Encorajei a expressão de sentimentos e emoções e ajudei os pais a identificar recursos da família e estratégias de adaptação eficazes. Furneci informação sobre a doença e capacitei a família para a prestação de cuidados à criança, dotando-a de conhecimentos e habilidades** de acordo com as necessidades de cada binómio e **informei sobre recursos da comunidade e grupos de ajuda mútua** (como por exemplo, a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal). Por outro lado, **promovi o autocuidado e a autogestão da doença por parte da criança** sempre que a sua capacidade cognitiva assim o permitia, incluindo-a na tomada de decisões sempre que possível, para que esta se sentisse mais envolvida, menos insegura e com maior sentimento de controlo.

Relembro uma situação com uma criança de 9 anos com o diagnóstico de diabetes inaugural: no 2º dia de internamento, começou a recusar a administração de insulina e a comer (que associava à necessidade de insulina), manifestando raiva, indisponibilidade para cooperar e gritando. A mãe encontrava-se numa fase de ajustamento, com algum comportamento de superproteção, evitando a disciplina e a frustração da filha, mas compreendendo a necessidade do tratamento. Mais tarde, esta mãe veio ter comigo emocionalmente abalada, manifestando sentimentos de culpa e dúvida em relação ao seu papel parental, com o sentimento de “não ser capaz”. De realçar que esta mãe tinha outro filho de três anos também com necessidades de saúde especiais (NSE) desde o nascimento, portador de traqueostomia. **Promovi a escuta ativa, dei apoio emocional e explorei com ela os recursos da família, de suporte social e recursos da comunidade. Analisei a presença de alguns mecanismos de coping** já presentes resultantes do processo de aceitação da doença crónica do outro filho: já tinha contactado por sua iniciativa a enfermeira de saúde escolar (que já acompanhava o filho mais novo) e era acompanhada por um psicólogo. Realcei-lhe que os sentimentos que revela, como a tristeza e o desânimo, fazem parte destes mecanismos de adaptação.

Sobre a adaptação da criança à doença crónica, recordo o caso de um adolescente de 12 anos cujo motivo de admissão foi cetoacidose diabética, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) há cerca de 6 meses e que tinha deixado de fazer insulina na escola. Demonstrava um fâcies triste, pouco comunicativo, respondendo a qualquer questão com apenas “sim” ou “não”. No turno da noite, à ceia (tinha sido admitido no

turno anterior), demonstrou saber fazer as pesquisas de glicémia capilar, contabilizar os hidratos de carbono e utilizava uma app no telemóvel para fazer o cálculo da dose de insulina a administrar. Quando me comunicou o resultado da dose da insulina calculado pela app, apercebi-me que o valor era diferente (inferior) àquele que eu tinha visto no ecrã do telemóvel. Quando confrontado com isso, desvalorizou, parecendo ter uma atitude de desinteresse, pelo que o ajudei a efetuar novamente os cálculos. De realçar que se encontrava acompanhado pelo pai, que demonstrava alguma dificuldade em manusear o material, insegurança e passividade. Procurando inteirar-me melhor da situação clínica deste adolescente, consultei o processo clínico e constatei vários problemas: sofria de *bullying* na escola, foi diagnosticado com perturbação de défice de atenção e hiperatividade, tinha sido abandonado em criança pela mãe, vivendo atualmente com o pai e com uma tia que era quem o acompanhava às consultas e que se encontrava em *burnout* (segundo informação médica). Apesar de não ter tido a oportunidade de continuar a acompanhar este adolescente, esta situação levou-me a refletir sobre os possíveis motivos desta interrupção do tratamento.

A adolescência é, de facto, “*um período muito difícil para se ser visto como diferente pelos seus pares*” (McElfresh & Merck, 2014, p. 908). Para além de ter de lidar com as alterações desenvolvimentais normativas que ocorrem consigo, quer a nível físico, como psicológico e intelectual, o adolescente com doença crónica tem a tarefa adicional de lidar com a ansiedade provocada pelo diagnóstico, adaptar-se às suas necessidades e restrições, com impacto na autonomia que tanto almeja e que é característica desta fase de desenvolvimento. Para promover esta autonomia, por vezes quer assumir a responsabilidade total pelos cuidados de que necessita, o que nem sempre é possível. Também é frequente sentir rejeição devido à alteração da imagem corporal (motivada pelo uso de dispositivos médicos, por exemplo) ou pela limitação em participar nas atividades esperadas para um adolescente saudável. Estas dificuldades podem levar a comportamentos de rebeldia que se exprimem em diminuição da adesão ao tratamento, negação da doença ou comportamentos de risco (McElfresh & Merck, 2014). Na minha opinião, estas características podem estar na origem da interrupção do tratamento do adolescente supracitado na escola, aliado ao facto de já sofrer de *bullying* previamente. Para além disso, presumem-se problemas na estrutura familiar com impacto na vigilância e no apoio que este adolescente precisava. No contexto escolar, talvez porque o

adolescente já demonstrasse autonomia no seu tratamento, provavelmente houve uma falha no acompanhamento eficaz da comunidade educativa que permitisse detetar precocemente este problema.

Objetivo específico

- Promover a gestão da dor e do bem-estar da criança.

Análise crítico-reflexiva

O controlo da dor não só é um direito humano universal, como a avaliação, prevenção e tratamento eficaz da dor constitui um dever, para além de ser um indicador da qualidade dos cuidados (Batalha, 2007), (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Isto assume particular relevância quando falamos de crianças, dada a sua natural vulnerabilidade. A experiência de dor em idade pediátrica é influenciada por múltiplos fatores: a idade e estágio desenvolvimental, o tipo de doença ou lesão, a personalidade, as experiências anteriores de dor, o nível sociocultural, entre outros. No entanto, vários estudos sugerem que a dor pediátrica continua a ser subtratada, com uma avaliação da mesma pouco consistente, uma administração inadequada de analgésicos e o uso de estratégias não farmacológicas ainda de forma pouco criteriosa (Batalha, 2007), (Jacob, 2014).

O EESIP tem uma responsabilidade acrescida neste domínio: compete-lhe fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, garantindo a adequação de medidas farmacológicas de combate à dor e aplicando conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Atendendo a que uma dor não identificada ou não quantificada interfere na avaliação da necessidade de tratamento ou na eficácia do tratamento instituído (Batalha, 2017), no decurso do estágio, **avalei a dor utilizando escalas da dor adequadas à idade e desenvolvimento da criança**. Na utilização dessas escalas, tive em consideração que estas se encontrassem validadas para a idade e condição clínica da criança (criança com multideficiência ou défice cognitivo exige a aplicação de escalas específicas) e que a escala utilizada fosse sempre a mesma para a mesma criança, pois só assim se consegue ter termo de comparação (Fernandes A. , 2020). Tive também em atenção que as escalas podem ser de autorrelato ou de heteroavaliação. As escalas de autorrelato, isto é, aquelas em que a criança nos fala sobre a sua dor, devem ser privilegiadas pois a dor é uma

experiência pessoal. Quando a autoavaliação não é possível, ou seja, nas crianças que ainda não adquiriram capacidades verbais, com défices cognitivos/comunicacionais ou não colaborantes, devem ser usadas escalas de heteroavaliação, em que a dor é avaliada por outros que não a criança. De um modo geral, estipula-se o uso destas últimas em crianças com idade inferior a 4 anos uma vez que não conseguem relatar com precisão a intensidade da sua dor.

No serviço de internamento pediátrico, as escalas utilizadas na avaliação da dor pediátrica seguem as recomendações da orientação técnica nº 014/2010 da DGS e foram também estas orientações que pautaram a minha atuação. Nas crianças com idade inferior a 4 anos, usei a escala Face, Legs, Activity, Cry, Consability (FLACC). Esta foi desenvolvida para ser simples, de fácil e rápida aplicação e proporcionar indicadores comportamentais fiáveis e objetivos que permitam rigor na quantificação da dor e, consequentemente, uma tomada de decisão segura no controlo desta. A FLACC encontra-se validada na sua versão portuguesa e apresenta boa reprodutibilidade (Batalha, Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009). Contudo, senti algumas dificuldades na aplicação desta escala. Por exemplo, o choro não significa necessariamente que a criança está com dor, em lactentes pode indicar fome, sono/cansaço, necessidade de contacto com a figura maternal, entre outros. No caso da atividade, por outro lado, nem sempre a imobilidade significa ausência de dor, muitas crianças ficam mais quietas quando estão desconfortáveis, sobretudo as mais pequenas. Estas minhas inquietações são semelhantes às dúvidas encontradas no estudo que (Batalha, Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009) conduziram. Para colmatar estas lacunas, segundo estes autores, o enfermeiro deve *“ajuizar tendo em conta todos os factores que podem positiva ou negativamente influenciar a percepção e resposta à dor”* (Batalha, Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009, p. 13) em função daquilo que observa e não descurar a informação que pode ser fornecida pelos pais, que são quem melhor conhece a criança.

Também tive a oportunidade de aplicar a escala FLACC-Revised quando cuidei de uma criança com perturbação do espectro do autismo, que tinha sofrido uma queda no domicílio e que estava internada por alterações vertebrais. Esta é uma adaptação da escala FLACC em que há uma descrição mais pormenorizada de cada parâmetro e que engloba comportamentos específicos de dor de crianças com multideficiência e défice cognitivo

(Batalha, 2017). Considerei esta escala muito útil e fácil de aplicar devido a estes comportamentos específicos que incorpora e que são facilmente identificáveis.

A partir dos 4 anos, apliquei as escalas de heteroavaliação na avaliação da dor: entre os 4 e os 6 anos, a Revised Faces Pain Scale (FPS-R), a partir dos 6 anos a escala visual analógica (EVA) ou a escala numérica, esta última sobretudo nos adolescentes. Nestas faixas etárias, encontrei também algumas dificuldades. Muitas crianças têm dificuldade em quantificarem a sua dor e perceberem o valor do uso de escalas, dificuldade esta também partilhada por alguns pais. Para colmatar estes obstáculos, procurei explicar de forma clara e simples a utilidade e as instruções de uso destas escalas, bem como dar tempo para assimilar a informação e dar uma resposta (Batalha, 2017). Considerei importante explicar que a dor é considerada o 5º sinal vital e como tal, deve ser “medida”; como não tenho um equipamento que me permita quantificá-lo, como no caso da tensão arterial ou temperatura, necessito de usar escalas e que seja a criança a fornecer esse valor (qualitativo ou quantitativo).

Outra das dificuldades sentidas é a aparente discrepância entre a avaliação feita pela criança e o comportamento que esta manifesta. Relembro um caso de um adolescente num 2º dia pós-operatório de uma apendicectomia que me referiu um valor de 9 na escala numérica, mas que se encontrava sentado na cama, sem fâcies de dor, com comportamento calmo e até a sorrir quando conversava com ele. Estes obstáculos também estão em concordância com o encontrado na literatura, pelo que o recomendado passa por *“explorar a situação, pois o comportamento e/ou as medidas fisiológicas podem correlacionar-se pouco com o autorrelato”* (Batalha, 2017, p. 18). Em caso de dúvida, considero que deve ser sempre valorizada a quantificação dada pela criança, dado a natureza pessoal da experiência de dor, e atuar em conformidade com a mesma.

Para além da avaliação da dor, considerei fundamental **utilizar estratégias farmacológicas para o controlo e gestão da dor**. De facto, o tratamento farmacológico é um dos aspetos mais importantes e eficazes na gestão da dor. Embora a maioria dos tratamentos farmacológicos se insira no âmbito das ações interdependentes de enfermagem, o papel do enfermeiro é igualmente relevante. Apesar da escolha do fármaco, dose e via de administração ser uma decisão médica, constituiu minha responsabilidade: decidir quando administrar o analgésico, garantir a segurança na sua preparação e administração, informar a criança e/ou os pais acerca do medicamento a

administrar, avaliar a sua eficácia analgésica, detetar o aparecimento de efeitos secundários e colaborar na revisão terapêutica junto da equipa médica (Batalha, 2003).

No âmbito das ações autónomas de enfermagem, **utilizei e promovi o uso de estratégias não farmacológicas para o alívio ou prevenção da dor**. Estas estratégias ajudam a diminuir a sensação de dor, aumentam a tolerância à dor, diminuem a ansiedade e aumentam a eficácia dos analgésicos (Jacob, 2014), para além de serem seguras, não invasivas e de baixo custo. Não pretendem substituir as medidas farmacológicas, devem ser usadas de forma complementar a estas, sobretudo no tratamento da dor ligeira a moderada (Batalha, 2007). Algumas das estratégias não farmacológicas que usei foram: a amamentação, a sucção não nutritiva, a administração de soluções orais açucaradas, nomeadamente a sacarose a 24%, a distração e a brincadeira, o reforço positivo (elogio e recompensa) e a aplicação de frio.

Ainda na gestão da dor na criança, um tema ao qual desenvolvi uma sensibilidade crescente desde o início do curso, foi a gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos. Este é um ponto crucial quando defendemos uma filosofia de cuidados atraumáticos e procuramos diminuir o impacto que o recurso aos cuidados de saúde pode ter na criança. Por isso, preocupei-me em diminuir a perceção de dor sempre que realizei procedimentos dolorosos. Recorri a analgesia transdérmica usando o EMLA (Eutectic Mixture of Local Anesthetics), sempre que era possível programar o procedimento, ou o cloreto de etilo quando o procedimento era mais urgente. Contudo, estas opções terapêuticas não se encontravam disponíveis em todos os contextos de estágio. Nos lactentes, usei a sucção não nutritiva associada à administração de sacarose a 24% ou glicose a 30% (quando disponível) ou a amamentação como estratégia não farmacológica de controlo da dor, quando esta estava instituída. Em relação à amamentação, incentivei a mãe a amamentar antes, durante e após o procedimento doloroso, explicando-lhe que o contacto que a amamentação propicia, o sabor naturalmente doce do leite materno e o estímulo da sucção que se associa, têm efeitos analgésicos comprovados (Galvão, Pedroso, & Ramalho, 2015).

A gestão da dor em procedimentos dolorosos foi o ponto de partida para a formação de pares que levei a cabo na UCC onde estagiei e que será oportunamente abordada noutro item deste relatório.

Objetivos específicos

- Desenvolver competências na avaliação e na promoção do crescimento e do desenvolvimento infantis.
- Desenvolver conhecimentos e habilidades na deteção precoce de situações de risco que possam afetar negativamente a saúde ou qualidade de vida da criança e família.

Análise crítico-reflexiva

Sendo um dos desígnios da atuação do EESIP promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015), é crucial que dê relevância à prevenção da doença e à promoção da saúde, bem como a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantis, para detetar precocemente desvios que impactem na sua saúde. Os cuidados de saúde primários são o contexto privilegiado para intervir sobre os fatores que influenciam o estado de saúde da criança e família (Fernandes & Andrade, 2020), nomeadamente através das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ). Estas consultas são espaços privilegiados de interação entre enfermeiro e criança/família, que devem distanciar-se da simples avaliação dos dados antropométricos prévia à consulta médica e carecem de estar assentes numa *“prática sistematizada, cientificamente estruturada, que favorece a aquisição do autocuidado possível, e facilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a melhoria da qualidade de vida do cliente”* (Fernandes & Andrade, 2020, p. 87). Para isso, o EESIP deve utilizar instrumentos de avaliação com validade científica e cumprir as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), sem prejuízo da articulação com outros programas de saúde e encaminhamento para outros profissionais sempre que necessário.

Foi com base nesta fundamentação que desenvolvi parte do estágio em Cuidados de Saúde Primários numa USF, onde **realizei consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil**. Estas consultas estão programadas para coincidir com idades-chave, que correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança, como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade (DGS, 2013). No entanto, esta calendarização não carece de rigidez: deve ser ajustada às necessidades de cada criança/família e devem ser aproveitadas todas as oportunidades de deslocação a consultas, se próximo de idades-chave, para efetuar estas avaliações (se a condição clínica da criança o permitir). Isto é particularmente importante

no caso dos adolescentes, que recorrem aos cuidados de saúde primários com muito menos frequência e demonstram até alguma relutância em o fazer se não apresentarem nenhum problema orgânico.

Assim, tive a oportunidade de realizar CESIJ desde o 1º mês de vida até aos 10-11 anos, não tendo tido a oportunidade de realizar nenhuma consulta de enfermagem a adolescentes a partir desta idade, infelizmente. **Avaliei o crescimento infantil através da avaliação dos dados antropométricos:** peso, comprimento/altura, perímetro cefálico (até aos 2 anos) e índice de massa corporal, e efetuei os registos destes dados no Boletim de Saúde Infantil, no Sclinico (plataforma de registo informático) e nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Importa referir que estas curvas foram elaboradas a partir de estudos feitos com RN de termo, crianças amamentadas até aos 4-6 meses de idade, com um plano de diversificação alimentar correto, cuidados de saúde adequados e ausência de hábitos tabágicos nas mães durante e após a gestação, reforçando a importância destas condições para um crescimento mais próximo do ideal, nomeadamente o reconhecimento do leite materno como o alimento ideal desde o nascimento (Guerra, 2009). Foram adotadas em Portugal em 2013 aquando da entrada em vigor do novo PNSIP e são uma ferramenta importante para a correta avaliação do crescimento e monitorização do estado de saúde e de nutrição infantil, permitindo identificar precocemente crianças, por exemplo, com risco de desnutrição ou excesso de peso/obesidade. Estas curvas devem ser interpretadas juntamente com os pais, para que estes entendam o que significam e quando é que os valores encontrados constituem um problema.

A avaliação do desenvolvimento infantil também foi foco da minha atenção nas CESIJ. Sendo que os parâmetros do desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os do crescimento físico, a aplicação de testes estruturados, como a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, permite avaliar este percurso desenvolvimental e a deteção de eventuais alterações que possam ter impacto na qualidade de vida da criança e que requerem intervenção precoce. Embora a avaliação clínica seja fundamental, quando usada de forma isolada, apenas permite detetar cerca de 30% das alterações do desenvolvimento, ao passo que os instrumentos de rastreio padronizados têm uma sensibilidade e especificidade na identificação destas situações entre os 70 e 90% (DGS, 2013). Por isso, os testes padronizados devem ser utilizados

para complementar a observação e avaliação clínica, servindo como “padrão de referência da normalidade”. Assim, avalei o desenvolvimento infantil utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada até aos 5 anos, para além da minha observação que se iniciou desde o momento que a criança entrou na consulta até à sua saída, e complementando esta avaliação com a colaboração dos pais.

Para além disso, **valorizei os cuidados antecipatórios** como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, transmitindo aos pais os conhecimentos e habilidades necessários para um melhor desempenho da parentalidade, promoção e proteção dos direitos da criança e uma adequada resposta aos novos desafios da saúde (DGS, 2013). Adotei, como estratégia, a leitura, em conjunto com os pais, dos cuidados antecipatórios incluídos no Boletim de Saúde Infantil, bem como a recomendação de atividades promotoras do desenvolvimento. Deve ser tido em consideração que, embora o desenvolvimento seja um processo dinâmico e contínuo, que obedece a padrões previsíveis de surgimento das diferentes funções, existem grandes variações de criança para criança, na velocidade de obtenção de novas competências e de passagem de um estágio para outro. Por esse motivo, as atividades promotoras do desenvolvimento são fulcrais para que a criança tenha a oportunidade de atingir todo o seu potencial de desenvolvimento, apesar das variações individuais.

Nas CESIJ, foquei-me igualmente na **promoção de comportamentos promotores de saúde**, tal como preconizado no PNSIJ, nomeadamente no que diz respeito à promoção de uma alimentação saudável, da saúde oral, da segurança infantil e prevenção de acidentes, do sono e repouso, da atividade física e de lazer, entre outros. Os temas abordados em cada consulta foram adequados à idade e estágio de desenvolvimento de cada criança, focando-me sobretudo nos aspetos identificados como os de maior risco mediante a avaliação feita ou problemas previamente identificados. Esta educação para a saúde foi não só dirigida aos pais, como tentei direcioná-la para a própria criança de modo a promover o seu desenvolvimento pessoal e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, com vista a uma tomada de decisão progressivamente responsável, de acordo com a sua capacidade cognitiva.

Neste domínio, assumiu particular relevância a **promoção do aleitamento materno**. Apesar da taxa de aleitamento materno à saída da maternidade ser alta (80-90%), alguns estudos demonstram que cerca de metade das mães desistem de amamentar

durante o primeiro mês de vida (Levy & Bértolo, 2012) e a taxa de amamentação decresce para os 25% aos 6 meses (Cardoso, 2006). Deste modo, observei mamadas, prestei apoio na resolução de problemas associados à amamentação e esclareci dúvidas e preocupações, incentivei a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses tal como preconizado pela OMS, abordando o regresso ao trabalho da mãe e as estratégias para a sua manutenção neste período.

Uma das recomendações do PNSIJ é a harmonização das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil com o esquema cronológico preconizado pelo Plano Nacional de Vacinação (PNV), a fim de reduzir o número de deslocações às unidades de saúde. Por esse motivo, uma das atividades desenvolvidas nas CESIJ foi a **administração de vacinas de acordo com o PNV**. A implementação de um PNV foi uma das medidas mais eficazes na erradicação e controlo de várias doenças, redução da mortalidade infantil e diminuição da morbilidade associada a doenças abrangidas pelo esquema vacinal proposto. Os enfermeiros foram fundamentais para o sucesso desta medida de saúde pública uma vez que são os responsáveis por manter atualizados os calendários vacinais de toda a população (Fernandes, et al., 2016). Todavia, a administração de vacinas engloba muito mais que a simples aplicação de um injetável. Foi uma área que constituiu um desafio para mim pois implicou, para além da adoção de estratégias para tranquilizar a criança, garantir uma adequada gestão da dor e minimização do sofrimento, a adoção de estratégias para tranquilizar os pais e lhes transmitir confiança relativamente à importância e segurança da vacinação, a sua eficácia, possíveis reações adversas e como atuar perante estas. Exigiu também a mobilização de conhecimentos não só acerca do PNV mais atual (2020), como das recomendações sobre vacinas extra PNV. Algumas crianças, por exemplo, trazem a indicação do seu pediatra de administrar vacinas não contempladas no PNV, o que requer que o enfermeiro tenha conhecimentos também acerca destas, de modo a adequar o esquema vacinal.

A deteção precoce de situações de risco que possam afetar de forma negativa a saúde ou qualidade de vida da criança e família, embora seja transversal a todos os contextos cuidativos, mereceu particular destaque no contexto de cuidados de saúde primários, particularmente nas CESIJ, já que este é um dos objetivos destas consultas (DGS, 2013). Para além da deteção de alterações ao nível do crescimento e desenvolvimento tal como já foi desenvolvido previamente, o enfermeiro tem um

importante papel na identificação de outras situações de risco como perturbações da visão, problemas dentários, presença de maus-tratos ou negligência, dificuldades na vinculação e ligação mãe-filho ou no desempenho da parentalidade, contextos familiares adversos, perturbações emocionais e comportamentais. Durante a realização de CESIJ, procurei **identificar a existência de qualquer situação de risco e estar atenta a sinais de alerta:** indicadores físicos e comportamentais da criança, indicadores familiares ou indicadores individuais dos pais. Para além disso, **sensibilizei a família para as situações de risco, consequências e sua prevenção**, nomeadamente no que diz respeito a comportamentos nocivos para a saúde, alterações desenvolvimentais e perturbações emocionais e comportamentais. Em virtude do contexto de pandemia de Covid-19 que se viveu nos últimos três anos, este último grupo de perturbações carece de uma especial atenção por parte do EESIP dado o impacto que a pandemia evidencia ter na saúde mental de crianças e adolescentes. De facto, os estudos recentes acerca deste tema dão conta que uma grande percentagem da população pediátrica a nível mundial registou alterações emocionais e comportamentais, com aumento dos sintomas de ansiedade e de depressão, dificuldades na concentração, perturbações no sono ou descompensação de patologia mental previamente existente (Figueirinhas, 2021).

Pude constatar a importância que o enfermeiro de família tem neste processo: pela relação de proximidade e o conhecimento prévio que detém das famílias que acompanha, é capaz de mais facilmente identificar necessidades e problemas que estejam a surgir e a capacidade destas de os enfrentar ou resolver, pois conhece as suas forças e fragilidades. Perante a identificação de qualquer uma das situações de risco supracitadas, a atuação do enfermeiro passa pela educação para a saúde para prevenir ou eliminar as situações de risco, pelo garantir o acompanhamento da criança para avaliar a evolução da situação, pela sinalização e encaminhamento adequado das crianças vulneráveis para outros profissionais ou para outros recursos da comunidade (para a equipa de Saúde Escolar, por exemplo, para a ELI, NACJR ou CPCJ).

Quando são identificadas crianças com alterações na funcionalidade, incapacidade ou atraso de desenvolvimento ou crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento devido à presença de vários fatores de risco biológico e/ou ambiental, com idade compreendida entre os 0 e os 6 anos, estas são elegíveis para o apoio no âmbito da Intervenção Precoce na Infância (IPI). Esta é definida como um conjunto de medidas de

apoio integrado da área social, da educação e da saúde, que incluem ações de prevenção e reabilitação, centradas na criança e na família (Ministério da Saúde, 2009). A IPI visa a promoção do desenvolvimento da criança ou a prevenção de atrasos quando há fatores de risco, fortalecer as competências da família para otimizar as oportunidades de desenvolvimento da criança e apoiar as famílias de acordo com as suas necessidades (Gronita, Pimentel, Bernardo, Matos, & Marques, 2016). As respostas na IPI estão organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), criado pelo decreto-Lei nº 281/2009, composto por Comissão de Coordenação Nacional, Subcomissões Regionais e Equipas Locais de Intervenção (ELI). As ELI são a base funcional de todo o sistema e integram profissionais da área da educação (educadores de infância), de ação social (técnicos de serviço social) e da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas), numa abordagem transdisciplinar. Cada um dos elementos da equipa é responsável pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, sendo definido como gestor de caso. Têm, como função, identificar as crianças elegíveis tendo em conta os critérios de elegibilidade, elaborar e implementar um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), identificar e articular com os recursos existentes na área de abrangência e preparar a transição para o 1º ciclo do Ensino Básico (Carvalho, et al., 2016).

Uma das atividades que tive oportunidade de desenvolver foi a **realização de uma visita domiciliária a uma criança e família em acompanhamento pela ELI**. Esta coincidiu com o primeiro contacto com a criança/família com a gestora de caso (tutora do estágio) e cujo objetivo foi conhecer a criança e a família, identificar os recursos e as necessidades do binómio e avaliar o contexto em que esta vive, para definir as ações a desenvolver e elaborar o PIIP. A criança em questão tinha cerca de 15 meses, tinha nascido com vários problemas médicos que obrigaram a internamentos prolongados em Neonatologia e Pediatria, com necessidade de intervenção cirúrgica, pelo que era considerada uma criança em risco de atraso do desenvolvimento. Esta visita domiciliária pretendeu, deste modo, estabelecer uma relação de colaboração e parceria com a família para definir objetivos da intervenção em conjunto com esta, e cumprir o propósito de avaliação centrada no contexto natural da criança, pois permite um conhecimento mais integral da mesma, durante as suas rotinas e atividades diárias. Após esta visita, pude partilhar com a minha tutora as competências desenvolvimentais da criança que tive

oportunidade de avaliar no contexto, a minha observação acerca das condições habitacionais, bem como refletir em conjunto com esta as forças (mãe atenta ao desenvolvimento psicomotor do seu filho e conhecedora de atividades promotoras do desenvolvimento) e as fragilidades (o pai estava emigrado e não havia qualquer outro apoio familiar) que identifiquei naquela família.

Objetivos específicos

- Desenvolver competências no âmbito da Saúde Escolar.
- Aprofundar conhecimentos e habilidades na educação para a saúde na comunidade.

Análise crítico-reflexiva

É na escola que as crianças e os adolescentes passam um período significativo do seu dia o que, tendo em conta o longo ciclo de vida escolar, é um contexto que tem grande impacto na sua saúde. Isto faz da escola um espaço privilegiado para a aquisição de conhecimentos que vão ter impacto no crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, influenciar as suas atitudes e a adoção de comportamentos saudáveis na vida adulta. Desde 1994 que Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, seguindo as recomendações da OMS, numa parceria coordenada entre o Ministério da Educação e da Saúde. As Escolas Promotoras de Saúde têm, como finalidade, melhorar os resultados escolares, assente no princípio que um aluno saudável aprende melhor, e facilitar ações a favor da saúde de modo a gerar conhecimentos e habilidades nos domínios cognitivo, social e comportamental (IUHPE, 2009). Assente nos princípios das Escolas Promotoras de Saúde, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) constitui um instrumento orientador das políticas nacionais relativo à promoção da saúde em meio escolar e visa promover estilos de vida saudáveis, aumentar o nível de literacia em saúde da comunidade educativa, minimizar os riscos para a saúde e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos (DGS, 2015). O enfermeiro integrado na Equipa de Saúde Escolar contribui para a operacionalização do PNSE, sendo o seu papel de grande responsabilidade: deve deter uma formação sólida sobre as diversas áreas que influenciam a saúde dos alunos e restante comunidade educativa, bem como dominar as técnicas de ensino-aprendizagem de acordo com as

especificidades destes, para além de efetuar uma gestão eficaz dos recursos de saúde (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

O desenvolvimento de atividades no âmbito da Saúde Escolar ocupou um lugar de destaque no decurso do estágio realizado na UCC. Exigiu a articulação dos conhecimentos obtidos na fase teórica do curso acerca do PNSE 2015, com a sua efetiva implementação no contexto da prática, bem como o aprofundamento destes conhecimentos acerca dos seus eixos estratégicos e áreas de intervenção de cada eixo, e também outros programas de saúde que com ele se articulam, nomeadamente o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) e o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO).

Dado que o decorrer do estágio coincidiu com o início do ano letivo, **participei em reunião com a equipa da Promoção e Educação para a Saúde (PES)** de um agrupamento de escolas, onde se discutiu a continuação do projeto PES que o agrupamento já tinha programado para o biénio 2021/2023, o que me permitiu **conhecer os programas de intervenção implementados e as atividades programadas para o presente ano letivo**. Também foi possível **conhecer a articulação que o enfermeiro de Saúde Escolar estabelece com a escola**: contribui para a operacionalização do PNSE, sendo parte integrante do grupo de trabalho que é responsável pela elaboração do projeto PES, dá resposta a solicitações feita pela escola decorrentes de necessidades de saúde detetadas ao longo do ano letivo, colabora com o Gabinete de Apoio ao Aluno, é o elo de ligação entre a comunidade educativa, a família e outros profissionais de saúde, para além das atividades de educação para a saúde de que é responsável.

Uma das grandes preocupações no início do ano letivo e que foi um dos pontos abordado na reunião diz respeito aos alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), ou seja, aquelas que *“resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual”* (DGS, 2015, p. 43). Os professores presentes manifestaram preocupação com o aumento do número de alunos com NSE, reconhecendo a sua falta de preparação no lidar com as necessidades de cuidados dessas crianças, nomeadamente a administração de medicação ou como lidar com situações de emergência, cuidados esses que consideram ser do âmbito da enfermagem. Estas

preocupações parecem ser transversais à realidade sentida em vários países pois coadunam-se com o encontrado em vários estudos internacionais: os professores consideram a sua formação inicial insuficiente para lidar com alunos com condições crónicas que se repercutem em NSE, preocupam-se com o tempo extra necessário para atender às necessidades de saúde desses alunos, o que se traduz em menos tempo para lecionar, e têm dificuldade em saber como responder a uma situação de emergência (Selekman, 2017).

O enfermeiro de Saúde Escolar tem um papel fulcral na contribuição para uma resposta adequada às NSE, uma das áreas de intervenção do eixo estratégico 3 do PNSE: condições de saúde, de modo a promover uma escola inclusiva onde todos os alunos tenham a possibilidade de adquirir um nível de educação e formação facilitadoras da sua inclusão social, independentemente da sua condição, e que lhes permita responder às suas potencialidades, expectativas e necessidades (Conselho de Ministros, 2018).

Constatei que foram várias as solicitações para a equipa de Saúde Escolar no início do ano letivo no âmbito das NSE. Uma delas foi efetuada por um jardim de infância referenciando uma criança com doença de Pompe. Esta é uma doença genética rara, crónica e progressiva, do grupo das doenças lisossomiais de sobrecarga, causada por uma deficiência da enzima alfa-glicosidase ácida, o que resulta numa acumulação de glicogénio no músculo e outros órgãos, levando a miopatia e fraqueza muscular progressiva (Brito-Avô, et al., 2014). A criança em questão deslocava-se numa cadeira de rodas e, como já apresentava algumas alterações na deglutição, tinha-lhe sido colocada, durante o período de interrupção letiva, uma gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) para alimentação, motivo pelo qual foi efetuada a referenciação. Neste âmbito, **colaborei e participei de forma ativa numa ação de educação para a saúde (AES) sobre alimentação por PEG** dirigida à educadora e às assistentes operacionais do jardim de infância, que também contou com a presença da mãe e da própria criança. Nessa sessão, para além da descrição teórica acerca dos cuidados a ter com a PEG, de como administrar alimentação e a resolução de possíveis problemas, foi efetuada também a demonstração prática e treino da técnica de alimentação por PEG por parte das assistentes operacionais e educadora, de modo a avaliar a capacitação destas para o pretendido. Apesar de não ter sido responsável pelo planeamento desta AES, efetuei pesquisa bibliográfica acerca do tema de modo a poder participar e intervir com base na evidência científica mais atual.

Também foi solicitado por outro jardim de infância a colaboração da equipa de Saúde Escolar para a formação e capacitação dos seus profissionais (docentes e não docentes) para o acompanhamento de uma criança de 3 anos com DM1. A saúde e bem-estar da criança com DM1 depende da gestão, ao longo das 24h, de três eixos: administração de insulina, alimentação e atividade física. Esta gestão visa promover a sua saúde, prevenir as complicações associadas à doença e minimizar o impacto que esta possa ter no seu desenvolvimento e desempenho escolar. Cabe à equipa de Saúde Escolar mobilizar os recursos de saúde disponíveis para apoiar a inclusão escolar da criança, elaborar o plano de saúde individual (PSI) em colaboração com a família e um elemento da escola, com base no plano terapêutico (da consulta da especialidade), e capacitar os elementos da escola para o acompanhamento da criança com DM1 (DGS, 2016).

Integrada na dinâmica da equipa de Saúde Escolar, e no âmbito da situação referida, **planeei e realizei a AES subordinada ao tema: “A criança com Diabetes *Mellitus* tipo 1”**, dirigida às educadoras e assistentes operacionais do jardim de infância e cujo material de apoio elaborado se encontra no Apêndice I. Esta teve como objetivos: dotar o pessoal docente e não docente de conhecimentos e habilidades sobre a doença, o regime terapêutico da mesma (vigilância da glicémia, insulino terapia, alimentação e atividade física) e a vigilância de complicações, e capacitar os mesmos para um adequado acompanhamento da criança com DM1. Para dar resposta a estes objetivos, foi utilizada uma metodologia expositiva para a parte teórica da sessão, com recurso a Powerpoint®, e uma metodologia demonstrativa para a parte prática, onde foi demonstrado e promovido o manuseamento do glucómetro, de canetas de insulina e da caneta de glucagon, para além de um espaço para a colocação e esclarecimento de dúvidas. Na AES, estiveram presentes duas educadoras e três assistentes operacionais, tendo havido lugar à colocação de questões, denotando interesse pelo tema e uma preocupação genuína em adquirir os conhecimentos veiculados. Também esteve presente na sessão a mãe da criança uma vez que está preconizado que a família trabalhe em conjunto com os serviços de saúde como elo essencial na comunicação e na atualização da informação entre educação e saúde, para além de participar na elaboração do PSI e ser a responsável pelo fornecimento de todos os materiais necessários à gestão da diabetes, como a insulina e a caneta de glucagon (DGS, 2016). O feedback em relação à formação foi também positivo: demonstraram satisfação com os conteúdos abordados referindo terem sido esclarecedores de muitas

dúvidas que apresentavam e que estes iriam contribuir para melhorar o acompanhamento da criança referida.

Contudo, aponto como lacuna desta AES o facto de, por lapso pedagógico, não ter sido feita a avaliação da sessão, já que estou convicta que a avaliação é um passo fundamental para se perceber se os objetivos iniciais foram atingidos satisfatoriamente, bem como permite ajustes no conteúdo e otimização da metodologia utilizada em futuras ações.

No domínio do eixo da capacitação do PNSE, tive a oportunidade de **planear e realizar a AES sob a temática “Promoção da Saúde Oral”**, num jardim de infância, cujo planeamento e material de apoio se encontra no apêndice II. O tema desta AES foi identificado como uma necessidade do contexto, era uma das atividades propostas pelo projeto PES para o 1º período letivo, para além de dar resposta ao cumprimento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Teve, como objetivos, melhorar os conhecimentos e os comportamentos das crianças relativamente à saúde oral e promover o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, dado que a alimentação saudável é um dos principais pilares da manutenção da saúde oral (DGS, 2021). Foram realizadas duas AES no mesmo dia a duas turmas do mesmo jardim de infância, tendo cada uma destas uma constituição heterogénea, constituída por crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. Estas AES exigiram a adequação da metodologia e dos recursos utilizados, bem como das estratégias comunicacionais, à faixa etária alvo e ao seu estágio desenvolvimental. O desenvolvimento cognitivo das crianças em idade pré-escolar não lhes permite compreender com facilidade conceitos abstratos como a definição de saúde ou a importância da alimentação. Por isso, na educação para a saúde nesta faixa etária, devem ser usadas expressões simples e concretas, sendo particularmente adequado o recurso a fotografias, desenhos para colorir, jogos e modelos tridimensionais, de modo que a criança possa usar os seus sentidos e participar ativamente na aprendizagem (Baskale, Bahar, Başer, & Ari, 2009). No planeamento desta AES, tive em consideração estas características desenvolvimentais e adequação de recursos. Fiz uso de uma linguagem simples e concreta e recorri ao uso de várias imagens (em diapositivos), associando a cada imagem uma cara feliz ou triste, ou um “certo” ou “errado”, focando a mensagem no comportamento desejado ou preterido, sempre numa dinâmica interativa, ao invés de meramente expositiva. Sendo o brincar a linguagem universal da criança,

utilizei as atividades lúdicas como estratégia pois constitui um método que auxilia o processo de ensino-aprendizagem, despertando o interesse da criança para aprender (Coscrato, Pina, & Mello, 2010) e torna a aprendizagem mais divertida e atraente, gerando conhecimento sobre o assunto abordado (Fonseca, Santo, Silva, & Silvino, 2015). Recorri à visualização de dois vídeos musicais, incentivando as crianças a cantar pois é uma forma de integrar mais facilmente os conteúdos abordados. Para além disso, construí um jogo constituído por dois dentes em feltro, um dente saudável (dente feliz) e um dente cariado (dente triste), e imagens de vários alimentos (cariogénicos e cariostáticos). O jogo consistia em dar a cada criança a imagem de um alimento e esta deveria colá-la (com velcro) no dente ao qual o alimento se associa. Este jogo, para além do carácter lúdico e de promover a participação ativa da criança no processo de aprendizagem, serviu como instrumento de avaliação.

Outra estratégia utilizada foi a demonstração da técnica correta de escovagem dos dentes usando um modelo dentário tridimensional. No final da AES, as crianças tiveram a oportunidade de manusear o mesmo modelo e praticar a técnica demonstrada, que também serviu para avaliar a aquisição de competências sobre uma correta escovagem. A AES terminou com a oferta de um kit de higiene oral, composto por uma escova de dentes e uma pasta dentífrica, e de um desenho para colorir sobre a temática.

Relativamente à avaliação da AES, o jogo interativo “dente feliz/dente triste” permitiu aferir a aquisição de conhecimentos sobre a influência da alimentação na saúde oral. Neste ponto, os resultados foram muito positivos: a grande maioria das crianças respondeu de forma correta colocando o alimento certo no dente correspondente. Na demonstração da técnica de escovagem no modelo dentário, foi mais notória a diferença nos resultados: as crianças com 5 anos demonstraram maior facilidade em fazê-lo corretamente, ao passo que as mais novas (3 anos) tiveram mais dificuldade no manuseio do modelo dentário. A heterogeneidade de idade nas duas turmas, que eram constituídas por crianças desde os 3 até aos 5 anos e, portanto, com diferentes níveis desenvolvimentais, dificultou a escolha de outras estratégias de avaliação que pudessem abarcar a avaliação de todos os conteúdos abordados e fossem adequadas a todas as crianças. Foi, todavia, uma atividade muito enriquecedora e gratificante pelo interesse e participação de todas as crianças, pelo carinho com que acolheram a equipa de Saúde

Escolar, tendo uma das turmas nos oferecido, no final da sessão, um cartaz que tinham previamente preparado alusivo ao tema.

3.2 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

A gestão é o processo de articular as atividades dos membros de uma organização com a finalidade de alcançar, de forma eficaz e eficiente, os objetivos estabelecidos (Mações, 2014). Para isso, o gestor tem de planejar, organizar, dirigir e controlar os recursos para atingir o resultado desejado, que em saúde é a prestação de cuidados de qualidade ao cliente.

A gestão dos cuidados em enfermagem tem um papel preponderante no alcance desta meta uma vez que envolve o planeamento, a organização e o controlo da prestação de cuidados de forma oportuna, segura e abrangente (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017). Por isso, é esperado que o enfermeiro detenha competências adequadas para desempenhar este papel com eficácia, sobretudo o enfermeiro especialista. Ao enfermeiro especialista é reconhecido a elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados pelo que, no domínio da gestão, compete-lhe: “*gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*” e “*adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Competências desenvolvidas

- Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;
- Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização.

Objetivos específicos

- Compreender o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na gestão de cuidados.
- Desenvolver competências na área de gestão de cuidados e de recursos.

Análise crítico-reflexiva

A gestão de cuidados em enfermagem pode ser entendida como a articulação e integração entre o gerir e o cuidar, mediante o exercício de liderança, tomada de decisão, comunicação e cooperação, atributos que devem estar presentes nas relações que o enfermeiro estabelece com os restantes elementos da sua equipa, outros profissionais de saúde e os clientes. Na dimensão da gestão, o foco de intervenção do enfermeiro é a organização do trabalho e dos recursos humanos com o objetivo de proporcionar as condições adequadas para a prestação de cuidados. Na dimensão do cuidado, o enfermeiro deve focar-se nas necessidades de cuidados dos clientes para que estas sejam atendidas de forma integral (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definido pela OE, o enfermeiro especialista, no domínio da gestão de cuidados, “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748). O processo de tomada de decisão em enfermagem é influenciado pelo conhecimento e a experiência profissional que o enfermeiro detém, e pelas suas características individuais tais como o seu pensamento crítico, criatividade e flexibilidade, inteligência emocional (Jesus, 2004). É um processo complexo que implica autonomia e responsabilidade pelas decisões que são tomadas e pelas consequências dos resultados obtidos (Lourenço, Gonçalves, Sequeira, Melo, & Gouveia, 2022), o que tem impacto na otimização do processo de cuidado.

No decurso do meu estágio, pude observar que estes atributos fundamentais à gestão de cuidados estão presentes: capacidade de liderança, de tomada de decisão e de comunicação. O EESIP é abordado frequentemente por outros elementos da equipa de enfermagem como consultor na tomada de decisão de cuidados, uma vez que é reconhecido como detentor de mais conhecimentos e habilidades na área da especialidade, ou seja, visto como perito. Por outro lado, colabora nas decisões na equipa de saúde discutindo com a equipa médica o plano de cuidados a implementar, partilhando

com esta informações relevantes acerca da criança e a sua família. Observei igualmente que o EESIP reconhece os limites das suas competências e quando deve referenciar para outros profissionais, por exemplo, para o enfermeiro especialista de reabilitação quando a criança necessita de cinesiterapia respiratória ou para a nutricionista quando identifica a necessidade de um plano alimentar individualizado.

Neste processo de construção de competências enquanto EESIP, procurei **efetuar uma gestão adequada dos cuidados**: centrei a minha assistência nas necessidades do binómio criança-família, negocie com a criança e com a família os cuidados a serem prestados, dei resposta em tempo útil aos problemas com que me deparei, estabeleci prioridades de atuação, fundamentei a minha tomada de decisão em evidência científica e, sempre que possível, colaborei nas decisões em equipa.

Ao enfermeiro especialista compete igualmente supervisionar as tarefas delegadas, de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. Tendo em conta que os enfermeiros não delegam cuidados, delegam tarefas, *“só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar”* (Ministério da Saúde, 1996, p. 2961). Deste modo, procurei desenvolver esta competência assumindo a responsabilidade de instruir as tarefas a serem executadas (geralmente, aos assistentes operacionais), sem esquecer de avaliar a execução das mesmas, dado que o enfermeiro é responsável tanto pelos atos que pratica, como pelos que delega.

Outra das competências do enfermeiro especialista no domínio da gestão é *“otimizar o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748). Em contexto de internamento pediátrico, geralmente é ao EESIP que é atribuído o papel de enfermeiro responsável de turno ou, na ausência deste, ao enfermeiro com maior número de anos de experiência no serviço. Nesta função, ele assume a coordenação da equipa de enfermagem, liderando-a, e negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. Por exemplo, no decorrer do estágio, numa altura em que eram predominantes as infeções respiratórias e a necessidade de isolamentos de contacto, verifiquei que tal implica, frequentemente, mudar a distribuição das crianças por enfermaria, para evitar a alocação de crianças com patologia do foro cirúrgico com crianças com patologia infecciosa, ou para agrupar consoante o

agente etiológico (isolamento em coorte). Esta tarefa exige coordenação por parte de toda a equipa, para evicção de erros relacionados com a mudança de cama/enfermaria.

Enquanto responsável de turno, o EESIP tem também a seu cargo a gestão dos recursos humanos: providencia recursos humanos na falta destes (após comunicação de uma ausência, por exemplo) ou perante um aumento de afluência de doentes a fim de garantir a segurança dos cuidados. Por outro lado, elabora o plano de trabalho: faz a distribuição dos doentes para o turno seguinte, procurando que essa distribuição seja equitativa, de acordo com a necessidade de cuidados do binómio criança-família e com as competências dos enfermeiros que estarão presentes no turno. Por exemplo, se a criança necessitava de cinesiterapia respiratória, a sua responsabilidade era atribuída a um enfermeiro especialista em reabilitação ou, perante a necessidade de cuidados mais complexos, era atribuída a um EESIP ou, na ausência deste, a um elemento com mais experiência. Esta tarefa não se revela fácil pois nem sempre esta distribuição reúne consenso, daí que a capacidade de liderança e comunicação surjam como componentes essenciais na gestão de cuidados. A capacidade de comunicação proporciona informação e compreensão necessárias à condução das tarefas, enquanto a liderança promove o trabalho em equipa e cria um clima de confiança, tem influência na motivação da equipa e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados (Ferracioli, et al., 2020). Ao enfermeiro especialista compete adaptar o estilo de liderança ao ambiente organizacional, às circunstâncias, aos papéis, funções e maturidade de cada elemento da equipa, motivando e fomentando um ambiente de prática de enfermagem favorável (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ambientes onde os enfermeiros são reconhecidos, onde lhes são dadas condições para se desenvolverem pessoal e profissionalmente, onde há incentivo ao exercício da autonomia, onde existem boas relações interprofissionais, são ambientes que promovem a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, um maior nível de satisfação, com conseqüente melhoria dos resultados para os utentes, melhor qualidade de cuidados e melhor desempenho organizacional (Jesus, Roque, & Amaral, 2015). Ciente da importância destas características para o meu desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, **observei e colaborei na gestão de recursos humanos**, nomeadamente colaborando na elaboração do plano de trabalho.

Para além de ser responsável pela gestão dos recursos humanos, enquanto enfermeiro responsável de turno, tem também a seu cargo a gestão de material e

equipamentos. Deste modo, **participei na gestão de recursos materiais** adotando uma atitude de responsabilidade em zelar pelo bom uso dos equipamentos e garantir o seu funcionamento, comuniquei sempre que havia falta de algum material para que fosse providenciado em caso de necessidade urgente ou, caso contrário, fosse reportado em tempo útil ao enfermeiro gestor. Reconhecendo que as condições físicas e ambientais também têm influência na qualidade dos cuidados, zelei igualmente pela adequação das condições do espaço físico, nomeadamente a segurança das instalações e a higiene das mesmas, reportando ao enfermeiro tutor avarias que ia detetando (avarias elétricas, por exemplo) para que estas fossem notificadas atempadamente.

No âmbito da gestão de cuidados, importa ainda **analisar e refletir sobre as metodologias de organização dos cuidados de enfermagem adotada por cada contexto** dado que a OE, nos seus Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, preconiza que estas metodologias sejam promotoras da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, deve-se privilegiar o método de trabalho por enfermeiro de referência (também designado por enfermeiro responsável) (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este método consiste na atribuição de um grupo de doentes a um enfermeiro, o qual é responsável pelo planeamento, administração e coordenação de todos os cuidados de enfermagem desses doentes, desde a admissão até à alta. Para assegurar a continuidade dos cuidados na sua ausência, trabalha em parceria com outros enfermeiros (enfermeiros associados) nos quais delega o plano de cuidados previamente delineado. O enfermeiro de referência tem autonomia para tomar decisões acerca dos cuidados a prestar, coordena a informação a transmitir na equipa de saúde e garante assim a continuidade dos cuidados, não havendo tanta fragmentação dos mesmos pela existência de vários intervenientes na partilha da responsabilidade pela pessoa doente. Esta metodologia de trabalho presume que a delegação da gestão de cuidados seja feita no enfermeiro especialista por este deter competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, e na supervisão dos mesmos (Rego & Coelho, 2017).

Em contexto de internamento pediátrico, o método de trabalho que pude constatar estar implementado foi o método individual: a responsabilidade pela prestação da totalidade dos cuidados a um conjunto de crianças (e suas famílias) é de um único

enfermeiro que concebe, implementa e avalia esses cuidados, responsabilidade esta restrita ao turno de trabalho desse enfermeiro (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, & Cardoso, 2021). Este método apresenta vantagens: aumento da satisfação profissional devido à individualização de cuidados, à maior responsabilidade pelos mesmos e maior capacidade de decisão, e maior satisfação do cliente (Silva, 2017). Todavia, tendo em conta a presença permanente dos pais no serviço de Pediatria, o método de enfermeiro de referência é apontado como *“aquele que melhor poderia servir os interesses do trabalho em parceria com os pais”* e que *“permite conceder maior espaço afetivo, maior segurança, apoio e confiança aos pais, dimensões essenciais no processo de cuidar em parceria”* (Mendes M. G., 2012, p. 141). Este favorece uma maior articulação e confiança entre enfermeiro/equipa/criança-família, possibilita a tomada de decisões em conjunto e promove a diminuição da ansiedade e angústia (Rego & Coelho, 2017). Contudo, o método de enfermeiro de referência apresenta algumas limitações: difícil implementação devido ao tipo de horários praticados em contexto hospitalar, trocas de horário que inevitavelmente acontecem e escassez de recursos humanos (Silva, 2017). Também poderá constituir-se como dificultador na adoção desta metodologia de organização dos cuidados, a grande rotatividade da equipa de enfermagem, que assume funções não só no serviço de internamento, mas também na Urgência Pediátrica e na Consulta Externa de Pediatria. Assim, o método de trabalho implementado pode ser considerado como o mais adequado tendo em conta todo o contexto.

Por outro lado, no contexto de USF, o método de trabalho adotado é o enfermeiro de família definido como *“o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”* (Ministério da Saúde, 2014, p. 4070). Dada a responsabilidade que assume pelos cuidados ao longo do tempo, a autonomia que detém na tomada de decisões, a coordenação que faz com a restante equipa de saúde e a globalidade dos cuidados que presta, em muito se assemelha ao definido como método de enfermeiro de referência. Pude constatar na prática as vantagens desta metodologia de trabalho nas consultas de vigilância de Saúde Infantil: as enfermeiras tutoras detinham um conhecimento muito mais abrangente acerca da família e a sua dinâmica, pelo que identificavam problemas com maior celeridade, tinham maior conhecimento sobre a evolução dos mesmos e

tinham maior autonomia na tomada de decisão acerca dos cuidados. Isto também tinha impacto no reconhecimento e satisfação das famílias com os cuidados de enfermagem.

No contexto da UCC, a metodologia de trabalho que encontrei também foi a de enfermeiro de referência. No caso da Saúde Escolar, por exemplo, o enfermeiro de Saúde Escolar tem a responsabilidade de acompanhar e gerir os PSI das crianças com NSE, é o elo de ligação com outros profissionais de saúde e com a comunidade educativa e promotor da continuidade de cuidados. No caso da ELI, existe a metodologia de gestão de caso. O gestor de caso, que não é necessariamente o enfermeiro, é o profissional responsável por diagnosticar as necessidades do binómio criança-família, planear, implementar e avaliar o plano de cuidados, envolvendo no processo de tomada de decisão a criança, a sua família e os outros elementos da equipa, e é também o moderador das dinâmicas de grupo multidisciplinar. Na ELI, o EESIP constituiu-se como o profissional habilitado para exercer a função de gestor de caso dada a sua formação e as competências que apresenta para cuidar de crianças e suas famílias (Martins & Fernandes, 2010). A metodologia de gestão de caso é vantajosa porque evita a fragmentação dos cuidados (sobretudo quando existem vários intervenientes no processo de cuidados), garante a totalidade, continuidade e integralidade dos cuidados, aumenta a satisfação dos utentes e dos profissionais envolvidos e melhora a assistência prestada de acordo com as necessidades identificadas (Martins & Fernandes, 2010). Apesar de ter estado prevista a minha presença numa das reuniões multidisciplinares da ELI, tal não foi possível devido ao adiamento da reunião. Porém, pude acompanhar a minha tutora enquanto gestora de caso, numa das primeiras reuniões de avaliação de uma criança que iria ser acompanhada pela ELI, que se realizou em contexto domiciliário. Esta avaliação iria ser o ponto de partida para a elaboração do PIIP, elaborado em conjunto com a família, onde ficam registados os objetivos e as intervenções planeadas para dar resposta às necessidades da criança e sua família.

3.3 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

As constantes mudanças científicas e tecnológicas inerentes à área da saúde, aliada à complexidade crescente dos cuidados prestados, constituem um desafio para os

enfermeiros. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, é crucial que o enfermeiro invista na atualização contínua dos conhecimentos, na formação, com vista ao seu desenvolvimento profissional e à prestação de cuidados seguros e de qualidade, baseados em evidência científica.

A formação assume, por isso, uma importância fulcral para a enfermagem enquanto profissão complexa e autónoma, pois *“formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde”* (Fabião, Magano, Jesus, & Miranda, 2005, p. 236).

Competências desenvolvidas

- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivo específico

- Promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua.

Análise crítico-reflexiva

Segundo o artigo 100º, alínea e) do Código Deontológico do Enfermeiro, é dever do enfermeiro assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos (Assembleia da República, 2015). Para dar resposta a esta demanda, o enfermeiro deve investir na formação permanente que inclui, para além da pesquisa bibliográfica, a formação contínua que pode ser obtida através da participação em seminários, encontros, jornadas, palestras e conferências, e a formação em serviço.

Neste meu percurso de construção de competências de enfermeira especialista, procurei ter sempre um espírito crítico e reflexivo que me fizesse questionar as práticas, identificar lacunas de conhecimentos e detetar necessidades de aperfeiçoamento. Para além de ter **realizado pesquisa bibliográfica em fontes credíveis e fidedignas** para colmatar estas carências, sempre que possível, aproveitei as oportunidades de formação com vista ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Tendo em conta que iria iniciar o meu Estágio Final numa UCC e sendo este um tema de particular interesse enquanto futura EESIP, **assisti a um webinar dinamizado pela OE subordinado ao tema “Crianças e jovens em risco: sinais de alerta”**, realizado no dia 30 de junho de 2022. Este seminário permitiu-me conhecer os sinais de alerta que o enfermeiro deve atentar para a deteção de situações de risco existentes ou potenciais, distinguir entre situações de risco e situações de perigo, conhecer o funcionamento do NACJR enquanto primeira linha de intervenção e da CPCJ como segundo nível de intervenção, bem como as condições de atuação destes dois recursos. Considero que foi um seminário muito produtivo e que me trouxe muitos subsídios para o futuro estágio que iria iniciar em setembro.

No decurso do estágio em contexto de UCC, **assisti a uma tertúlia com o título “STEP UP para o aleitamento materno: educar e apoiar”** no dia 4 de outubro de 2022. A reunião foi organizada e dinamizada pelas enfermeiras especialistas de Saúde Materna e Obstétrica das três UCC do concelho, no âmbito das comemorações da Semana Mundial do Aleitamento Materno e contou com a participação de vários intervenientes: representantes da OE, da Associação Empresarial do concelho, da câmara municipal, enfermeira de família de uma USF, enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica e um casal que relatou a sua experiência na amamentação de três filhos. O objetivo desta pluralidade de intervenientes foi promover o aleitamento materno e, através da partilha de experiências, análise das políticas e das condições no local de trabalho, promover o debate na comunidade acerca das dificuldades na manutenção do aleitamento materno. Considero que esta tertúlia também poderia contar com a participação do EESIP dado que esta é igualmente uma área onde o EESIP atua e na qual detém competências. A nível do desenvolvimento pessoal e profissional, contribuiu para entender melhor o papel do enfermeiro na comunidade e a dinâmica de aproximação à mesma.

No contexto de internamento pediátrico, tive a oportunidade de **assistir a uma formação em serviço sobre “Terapia com cânula nasal de alto fluxo”**, realizada por um colega de curso. Este foi um tema muito pertinente e uma excelente oportunidade que me possibilitou a aquisição de conhecimentos sobre uma situação de especial complexidade no cuidado à criança e sobre a qual senti necessidade de aperfeiçoamento.

Competências desenvolvidas

- Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- Promover formação em serviço na área da especialização.

Objetivo específico

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Análise crítico-reflexiva

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista “*responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749). Este é o ponto de partida para **refletir acerca da importância da formação em serviço e do papel do EESIP nesse âmbito.**

A formação em serviço é, segundo (Dias, 2004), uma estratégia de atualização realizada em contexto de trabalho, de forma dinâmica, e que inclui todos os intervenientes no processo. Deve ser desenvolvida tendo em conta as necessidades dos formandos, os objetivos da equipa e da instituição onde o contexto de trabalho se insere. Em enfermagem, deverá facilitar a mudança de comportamentos e atitudes, favorecendo o espírito crítico e a reflexão sobre as práticas, com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e o desenvolvimento social da profissão. Não obstante, para que essa mudança seja efetiva, é crucial que a formação incentive a investigação, esteja alicerçada nos resultados da mesma, incentivando uma prática baseada na evidência, e se avalie o impacto da formação nos cuidados ao cliente (Dias, 2004).

Em relação ao formador, (Dias, 2004) refere que este tem o papel de facilitador e impulsionador da aprendizagem: a sua função não é a de transmitir apenas um conjunto de conhecimentos que detém, mas antes motivar os formandos a refletir sobre as suas

práticas e construir o seu próprio conhecimento. O mesmo autor defende que o formador deve ser detentor de competências não só técnicas, mas também pedagógicas, relacionais e sociais, na medida em que intervém num contexto de mudança.

O enfermeiro especialista é o profissional ao qual são reconhecidas as competências atrás referidas e, por esse motivo, é o responsável pela formação em serviço na maioria dos contextos de trabalho, diagnosticando as necessidades formativas, atuando como formador sempre que oportuno e assumindo o papel de facilitador dos processos de aprendizagem na equipa de enfermagem.

Para atingir o objetivo atrás definido, **consultei os planos de formação de cada contexto de estágio e identifiquei e discuti com os enfermeiros tutores necessidades formativas no âmbito da formação em serviço.**

No serviço de pediatria, o plano de formação estava praticamente concluído dado o estágio ter decorrido muito perto do final do ano civil e encontrava-se para aprovação o plano de formação para o ano seguinte. Identifiquei como necessidade formativa a otimização dos registos informáticos relativos ao processo de enfermagem, de forma a uniformizar os mesmos e daí se poderem retirar indicadores de qualidade dos cuidados, o que não é possível quando não há uniformização dos registos. Para além disso, considero que seria pertinente formação sobre avaliação e gestão da dor da criança pois constatei que há algumas opiniões divergentes sobre as escalas a utilizar na avaliação da dor e nos procedimentos a adotar perante a dor na criança, bem como a prevenção/gestão da mesma em procedimentos dolorosos. Contudo, não estabeleci como atividade para este contexto de estágio a realização de formação de pares, pelo que apenas me procurei inteirar da dinâmica da mesma.

Na UCC, tendo em conta que a equipa é constituída por enfermeiros de diferentes especialidades, o plano de formação abrange várias áreas de especialização e temas muito variados. Dentro da área de saúde infantil e pediátrica, já haviam sido desenvolvidos alguns temas ao longo do ano: segurança infantil e a criança com NSE em meio escolar, e estava a ser preparada uma formação sobre a criança com perturbação do espectro autismo. Após debate com a enfermeira tutora, propus **planear e realizar uma formação de pares** relacionada com a temática da dor. Esta seleção prende-se, por um lado, com o facto de ter constatado que uma das formações programadas no plano de formação em serviço se intitulava “A importância da dor controlada nos utentes da Equipa de Cuidados

Continuados Integrados” e, por outro, atendendo a que a equipa também atende utentes em idade pediátrica, senti que poderia dar o meu contributo nesta área como futura EESIP.

A temática da dor é, de facto, uma área para a qual desenvolvi uma sensibilidade crescente desde o início deste meu percurso formativo, sobretudo a gestão da dor em procedimentos dolorosos. Embora a dor possa surgir em consequência de doenças que afetam a criança ou de traumatismos, a maioria das situações dolorosas é provocada diretamente pelos profissionais de saúde, em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (DGS, 2012) como a vacinação, a punção no calcâneo para diagnóstico precoce, a administração de injetáveis, o tratamento de feridas, entre outros. À experiência de dor, associam-se frequentemente o medo e a ansiedade, que agravam a sensação dolorosa e dificultam a sua avaliação e a intervenção sobre a mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para além disso, é necessário ter em consideração que as experiências dolorosas, sobretudo se frequentes ou insuficientemente tratadas, podem ter consequências negativas sobre a criança: podem manifestar-se em alteração do desenvolvimento normal do sistema nervoso central, bem como influenciar as experiências dolorosas posteriores, em termos de sensibilidade dolorosa e forma de lidar com o stress. Para além do desconforto e sofrimento físico e psicológico que estes procedimentos geram nas crianças, são também motivo de sofrimento e angústia para os pais, pelo sentimento de impotência que sentem face ao sofrimento da criança, o que gera sentimentos de culpa (Fonseca & Santos, 2006).

Apesar da crescente preocupação com esta temática na comunidade científica, bem como o aumento do conhecimento sobre a avaliação, a prevenção e o tratamento da dor, patentes em vários estudos publicados na área, a implementação de medidas para prevenção e controlo da dor nos procedimentos dolorosos continua a ser insuficiente e desigual. No estudo conduzido por Fonseca e Santos (2006), a grande maioria dos centros de saúde manifestaram preocupação e referiram valorizar a dor, contudo não dispunham de procedimentos instituídos para combater a dor nos vários procedimentos dolorosos realizados neste contexto de cuidados (Fonseca & Santos, 2006). Esta subutilização pode dever-se a falta de conhecimentos por parte dos profissionais sobre a dor e estratégias eficazes de prevenção, bem como a persistência de atitudes e de mitos sobre a dor que influenciam uma prestação de cuidados ideal (Taddio, et al., 2009).

Todo o material de apoio produzido para a referida formação, que engloba as diferentes etapas – o planeamento, a concretização e a avaliação – desta formação de pares encontra-se no apêndice III. Dada a pertinência do tema, foi sugerido que o convite para a presença nesta formação pudesse ser alargado aos enfermeiros das 2 USF que funcionam no mesmo edifício que a UCC.

A formação realizou-se no dia 25 de outubro de 2022 e estiveram presentes na mesma 10 enfermeiros: 9 exerciam funções na UCC, o que corresponde a 75% da totalidade dos enfermeiros dessa unidade, e apenas um exercia funções numa USF. A presença de enfermeiros das USF ficou muito aquém do das expectativas, infelizmente. No final da formação, procedeu-se ao preenchimento de um questionário para avaliar os conhecimentos adquiridos e a satisfação dos formandos. Relativamente à aquisição de conhecimentos, os resultados obtidos permitiram inferir que a maioria dos conhecimentos veiculados na formação foram adquiridos de forma muito satisfatória, com uma taxa de respostas corretas de 94,4%. No que diz respeito à avaliação dos formandos acerca da sessão e da formadora, os resultados foram globalmente muito positivos, tendo todos os itens obtido a classificação de Muito Bom, o que se coaduna com o feedback verbal obtido durante e no final da formação.

Com esta formação de pares, espero ter contribuído para a reflexão sobre as atitudes dos enfermeiros face à dor da criança, sensibilizando-os para a importância da sua adequada avaliação, prevenção e minimização, assim como para a aquisição de conhecimentos que permitam modificar as práticas com vista ao bem-estar da criança e à humanização dos cuidados.

3.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

O acréscimo da procura e da complexidade dos cuidados de saúde verificado nas últimas décadas acarretou preocupações com a qualidade dos cuidados e com o custo-efetividade dos mesmos. Esta evolução provocou nos enfermeiros a necessidade de buscar e produzir conhecimentos científicos inerentes à sua prática para dar resposta a estes desafios, o que veio realçar o valor da investigação em Enfermagem.

A investigação em Enfermagem constitui um processo de questionamento sistemático, científico e rigoroso, cujo objetivo é desenvolver, aperfeiçoar e incrementar o conhecimento na disciplina, responder a questões ou resolver problemas. É fundamental não só para gerar novos conhecimentos, como permite a avaliação das práticas existentes, e fornece evidência que tem impacto em todos os domínios de atuação dos enfermeiros: na prestação de cuidados, na gestão, na formação e educação, e também nas políticas e regulamentação da saúde. Os conhecimentos gerados através da investigação em Enfermagem assumem o propósito de desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados e otimizar os resultados em saúde e de enfermagem, com vista a uma Enfermagem de excelência enquanto disciplina e profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Esta prática baseada na evidência não é, contudo, uma mera aplicação dos resultados da investigação, antes é alicerçada por eles. Assim, uma prática baseada na evidência define-se como um processo de tomada de decisão que incorpora os resultados da mais recente pesquisa científica com a competência clínica do profissional e os valores e preferências do cliente (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Competências desenvolvidas

- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização

Objetivo específico

- Promover uma prática baseada na evidência, incorporando os resultados da investigação nos cuidados prestados e na reflexão sobre os mesmos.

Análise crítico-reflexiva

A OE defende que a investigação em Enfermagem promove o desenvolvimento profissional, que uma cultura de investigação deve ser valorizada e incentivada e que é desejável que todos os enfermeiros se envolvam em qualquer etapa do processo de

investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Esta posição vai de encontro ao preconizado nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que assume que é da responsabilidade deste “*descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744). É da competência do enfermeiro especialista basear a prática clínica especializada em evidência científica, fundamentando a sua tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente e sendo agente ativo no campo da investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante a realização de todo o estágio, procurei aplicar os conhecimentos científicos mais recentes na tomada de decisão no contexto da prática de cuidados. Sempre que tive oportunidade, procurei também **partilhar e divulgar junto de outros elementos da equipa, resultados relevantes da investigação para promover uma prática baseada na evidência**, dinamizando deste modo a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Numa fase inicial, recorri ao conhecimento veiculado no período teórico do curso, bem como ao suporte bibliográfico nele facultado para sustentar a minha atuação. Todavia, tendo em conta a diversidade de experiências e especificidade de cuidados e almejando uma prestação de cuidados de excelência, estes mostraram serem insuficientes para dar resposta a todas as necessidades de cuidados com as quais me deparei. Deste modo, senti necessidade de aprofundar conhecimentos sobre variados temas para melhor alicerçar a minha prática e tomada de decisão. Alguns dos temas que mereceram mais destaque na minha pesquisa foram: a avaliação e a gestão da dor na criança, a saúde oral, a diabetes mellitus tipo 1, a alimentação por PEG, cuidados com a utilização de dispositivos inalatórios nas doenças respiratórias, cuidados com cateter epicutâneo-cava (CEC), vacinação, entre outros. Nesta procura de atualização constante, **efetuei pesquisa bibliográfica tendo em conta a mais atual evidência científica, em fontes credíveis e fidedignas**. Consultei documentos disponibilizados pela DGS e OE para estar a par das orientações mais atuais na área de Saúde Infantil e Pediátrica. Privilegiei a minha pesquisa no portal Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) que agrega documentos de conteúdo científico existentes nos vários repositórios institucionais e múltiplas revistas científicas, bem como noutras bases de dados: EBSCO e B-On. Desta pesquisa, resultaram alguns momentos de reflexão em conjunto com os tutores de estágio com o objetivo de contribuir

para a atualização do conhecimento e desenvolvimento da prática especializada, bem como para a compreensão do impacto que determinados problemas têm na vida da criança e sua família.

Considero que a concretização deste objetivo e do desenvolvimento das competências associadas a este domínio também se encontram espelhados ao longo de todo este relatório, nas reflexões que efetuei em cada objetivo proposto, na justificação teórica das minhas decisões em termos de cuidados.

Considerando que também é da competência do enfermeiro especialista identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, surgiu a oportunidade de **realizar uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática identificada em contexto de estágio.**

Dada a quantidade e complexidade de estudos existentes na área da saúde e o tempo que seria necessário despendar para a leitura e análise de todo o conhecimento científico disponível, a revisão integrativa da literatura constitui um recurso valioso para a enfermagem como um dos métodos de pesquisa com especial contributo para a prática baseada na evidência. Tem como objetivo reunir, sintetizar e analisar o estado atual do conhecimento, através de revisão na literatura sobre um assunto que suscitou interesse ou dúvida na prática, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Para além disso, permite identificar lacunas/limitações dos estudos, que podem ser colmatadas em futuros estudos. É um método mais amplo porque permite integrar diferentes tipos de estudos para uma compreensão mais completa do tema estudado (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Dois dos aspetos que mais impacto tiveram no meu percurso foi o cuidar de crianças com DM1, bem como as dificuldades manifestadas pelas escolas, no âmbito da Saúde Escolar, no acompanhamento adequado destas crianças. No contexto da UCC, realizei uma AES no âmbito da Saúde Escolar subordinada ao tema “A criança com diabetes *mellitus* tipo 1”, num jardim de infância, tal como já descrito previamente. Pude constatar as preocupações, os receios e as dificuldades das escolas no acompanhamento dos alunos com esta doença. Docentes e não docentes demonstraram desconhecimento sobre a doença, o medo do surgimento de complicações, receio em efetuar pesquisa de glicémia capilar ou a administração de insulina (técnicas estas que consideram ser de enfermagem), dificuldades estas coerentes com as relatadas em vários estudos (Manchón, Carrasco,

Fernández, Fernández, & Frías, 2008). De facto, tem se verificado falta de conhecimentos sobre a diabetes, insegurança e apoio insuficiente nos cuidados necessários e dificuldade no reconhecimento de complicações no contexto escolar (DGS, 2016).

No contexto de internamento hospitalar, tive a oportunidade de cuidar de crianças e suas famílias com o diagnóstico de diabetes inaugural e de um adolescente de 12 anos que deu entrada com o diagnóstico de cetoacidose diabética por ter deixado de administrar a insulina na escola. No primeiro caso, a par das dificuldades inerentes a um novo diagnóstico que pressupõe uma mudança radical do estilo de vida e na dinâmica familiar, os pais manifestaram preocupações relativamente à gestão da doença em meio escolar, antevendo estes as lacunas atrás descritas. No segundo caso, verificou-se a interrupção do tratamento (ausência de administração de insulina) pelo adolescente sem o facto ter sido detetado precocemente em contexto escolar.

Sendo que as crianças e adolescentes com DM1 passam grande parte do seu dia na escola, esta deve estar dotada de pessoal devidamente capacitado para assegurar vigilância, a continuidade do regime terapêutico e a prestação de cuidados nas situações de descompensação da doença. Cabe ao enfermeiro de Saúde Escolar a responsabilidade pela articulação entre a escola, os serviços de saúde e os pais/encarregados de educação, a elaboração do PSI de acordo com o plano terapêutico da consulta de especialidade, com a participação dos pais e de elementos da escola onde a criança está integrada, bem como acompanhar a implementação do mesmo, promover a formação sobre DM1 e capacitar a comunidade educativa para o acompanhamento do aluno com DM1 (DGS, 2016). Contudo, no cálculo das dotações seguras para a área da Saúde Escolar está preconizado um enfermeiro especialista por cada 1500 alunos saudáveis e um EESIP por cada 150 alunos com NSE (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este número encontra-se muito aquém do preconizado em outros países. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, onde se preconiza a presença de um enfermeiro na escola, os rácios propostos pela National Association of School Nurses são: um enfermeiro a tempo completo por cada 750 alunos saudáveis e um enfermeiro a tempo completo por cada 125 alunos com NSE (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Um estudo nacional recente concluiu que os enfermeiros de Saúde Escolar não são suficientes de acordo com o preconizado pois o rácio situava-se entre 1000 e 2000 alunos por enfermeiro, independentemente da existência ou não de alunos com NSE (Lusquinhos, 2022).

Após constatação destes factos e reflexão sobre esta temática, realizei uma revisão integrativa da literatura cujo objetivo foi analisar os contributos da presença do enfermeiro na escola para as crianças e adolescentes com DM1 e a sua família (apêndice IV). Foi elaborada segundo a metodologia PICO, através da pesquisa de artigos científicos em bases de dados online presentes na plataforma ESBCOhost, publicados entre 2018 e 2022, em português e inglês e com texto integral disponível, utilizando os descritores: “school nurs*”, “type 1 diabetes”, “Children or Adolescents”, tendo sido incluídos no estudo três artigos.

Constatei que são escassos os estudos que se debruçam sobre os contributos que a presença de um enfermeiro na escola tem para as crianças/adolescentes com DM1 e para a sua família. Isto pode dever-se ao facto de a presença de um enfermeiro na escola não ser uma realidade transversal a todos os países, pelo que os cuidados requeridos por crianças e adolescentes com DM1 em contexto escolar são prestados de formas distintas consoante o país. Os artigos analisados permitiram aferir que as crianças cumpriam melhor o regime terapêutico da DM1 e atingiam um melhor controlo metabólico quando a escola tinha um enfermeiro presente a tempo integral e existe uma associação entre a presença do enfermeiro na escola e uma menor taxa de absentismo e um melhor desempenho académico. Por outro lado, os pais sentiam-se mais satisfeitos com os cuidados prestados aos seus filhos com DM1 quando estes eram prestados ou supervisionados por um enfermeiro, bem como percecionavam que estes estavam mais seguros. Contudo, esta satisfação e perceção de segurança era menor quanto maior a idade da criança/adolescente. Este achado leva a refletir acerca da atenção redobrada que os adolescentes com DM1 carecem por parte do enfermeiro escolar dado que, apesar da sua maior autonomia, devido aos desafios desenvolvimentais pelo qual atravessam, constituem um grupo de maior risco de fraca adesão ao regime terapêutico.

Esta revisão integrativa da literatura permitiu concluir que a assistência proporcionada por um enfermeiro escolar contribui para o aumento da segurança das crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, a melhoria do controlo metabólico e um melhor desempenho académico, bem como o aumento da satisfação dos pais com os cuidados prestados, pelo que a presença de um enfermeiro escolar deve ser advogada.

4. CONCLUSÃO

O EESIP é o profissional ao qual é reconhecida competência para responder aos desafios da diversidade e complexidade de cuidar da criança, mas também da família onde esta se insere e da qual é indissociável, assumindo como alvo dos seus cuidados o binómio criança-família. Para isso, é imprescindível que este seja devidamente dotado de conhecimentos científicos, de habilidades técnicas e de gestão, ao mesmo tempo empenhado na melhoria contínua da qualidade e na humanização dos cuidados que presta, assente em princípios éticos e legais, pelo quais se rege. O desenvolvimento destas competências não pode ser conseguido somente através do conhecimento teórico: para ser alcançado, deve haver uma interação entre a teoria e a prática, numa dinâmica de prática baseada na evidência, proporcionada pelo contacto com contextos profissionais distintos no seu processo formativo: os estágios.

A realização do Estágio Final em contextos clínicos tão diferentes – internamento médico-cirúrgico pediátrico e cuidados de saúde primários – proporcionou-me uma panóplia de experiências e oportunidades de aprendizagem que enriqueceram e impulsionaram este meu percurso de desenvolvimento de competências enquanto EESIP. Isso implicou a mobilização de conhecimentos proporcionados pela componente teórica do curso, mas também a procura e aquisição de novos conhecimentos que me capacitassem para uma tomada de decisão adequada perante situações novas, complexas e não familiares na prática assistencial.

O presente relatório procurou refletir o desenvolvimento da minha capacidade de análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a aquisição e a consolidação de competências nos domínios da prestação de cuidados, da gestão de cuidados, da formação e da investigação, que permitirão a obtenção do grau de Mestre na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica.

No domínio da prestação de cuidados, debrucei-me sobre temáticas que considerei serem relevantes como foco da atenção do EESIP e que são transversais aos diversos

contextos de cuidados. Trabalhei em parceria com a criança e a família, baseado no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, e apoiei o desempenho do papel parental, promovendo o envolvimento e a capacitação da família para os cuidados de que a criança necessita, respeitando e valorizando as forças e fragilidades da mesma. Valorizei a adequação da comunicação à idade e capacidade cognitiva da criança, sem esquecer a importância da eficácia deste processo comunicacional com a família. Dei suma importância à gestão eficaz da dor na criança, princípio fundamental para garantir a humanização e qualidade dos cuidados, nomeadamente o uso de estratégias não farmacológicas de controlo da dor. Em contexto de internamento pediátrico, mereceu especial destaque as estratégias para minimizar o impacto negativo que a hospitalização pode ter na criança e na sua família e a potencialização deste episódio como oportunidade de desenvolvimento. Nos cuidados de saúde primários, avaliei e promovi o crescimento e desenvolvimento infantis, valorizando os cuidados antecipatórios e a adoção de comportamentos saudáveis, e fomentei a deteção precoce de situações de risco que afetam a sua saúde, de modo que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades. O desenvolvimento de atividades na área da saúde escolar e da educação para a saúde na comunidade, constituíram importantes desafios, mas trouxeram igualmente enormes contributos para o meu processo de aprendizagem.

No âmbito da gestão, reconheci que o papel do EESIP, enquanto gestor de cuidados e de recursos, implica demonstrar capacidades de liderança, de tomada de decisão e de comunicação, adequando-as às situações e contextos, tendo em vista a qualidade dos cuidados.

A formação contínua também ocupou um lugar de destaque nesta jornada, quer ao nível do meu autodesenvolvimento pessoal e profissional, através da pesquisa bibliográfica regular e frequência de atividades formativas, quer contribuindo para o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros através da formação de pares.

No domínio da investigação, incorporei a evidência científica mais recente no contexto da prática, nos processos de tomada de decisão em termos de cuidados. Fui também agente ativo no campo da investigação contribuindo através da realização de uma revisão integrativa da literatura acerca dos contributos da presença do enfermeiro na escola para as crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e para a sua família.

Findo este processo de aprendizagem, importa refletir sobre as suas implicações para a minha prática profissional. Como enfermeira a exercer funções num serviço de Puerpério, sinto que o meu olhar, atualmente, sobre a prática não é necessariamente o mesmo, a minha intervenção tornou-se mais informada e refletida, não só pelos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso, mas também pela integração das experiências vividas e as competências adquiridas no decurso do Estágio Final. Estou hoje mais consciente da importância da incorporação dos resultados da investigação na prática nos cuidados. A título de exemplo, recentemente alteramos o momento do primeiro banho do RN, protelando-o para além das 24h após nascimento, incorporando na prática os resultados de uma revisão da literatura desenvolvida por mim e dois colegas de curso no âmbito da investigação, que apontavam que o banho dado após as 24h de vida, traz mais benefícios e menor impacto negativo para o RN.

Tendo em conta que o puerpério é um período de especial vulnerabilidade, que impõe adaptação a novos papéis e alterações na dinâmica familiar e onde surgem, inevitavelmente, sentimentos de medo e insegurança, as competências desenvolvidas ao nível da comunicação, da parceria de cuidados, do apoio à transição para a parentalidade e ao desempenho do papel parental, têm-me permitido estabelecer uma relação de maior proximidade com a família e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados por mim prestados. Por outro lado, a capacidade de análise e reflexão acerca das práticas desenvolvidas, levou-me a, de forma mais apurada, conseguir identificar algumas necessidades formativas na equipa que integro e relativamente aos cuidados ao RN. Uma delas diz respeito à gestão da dor do RN em procedimentos dolorosos. Esta é uma temática que integrará o plano de formação anual do serviço e que será por mim desenvolvida.

A elaboração do presente relatório constitui o culminar de uma etapa, do percurso de construção de competências enquanto mestre e especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que está prestes a ser concluído. Foi um percurso desafiante, que exigiu sacrifício, muita entrega e dedicação. As principais dificuldades prenderam-se com a gestão do tempo e a conciliação da vida pessoal e profissional com a trajetória académica. Contudo, é um caminho que me sinto grata por ter feito, que me proporcionou crescimento não só profissional, como pessoal, e que considero ter sido feito com sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. A., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita domiciliária no pós-parto. *Millenium-Journal of Education, Technologies and Health*, 50, pp. 267-281.
Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/9626>
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite, A. C., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R., . . . Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(2), pp. 379-394. doi:10.5216/ree.v17i2.30041
- Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I(181)*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Baskale, H., Bahar, Z., Başer, G., & Ari, M. (2009). Use of Piaget's theory in preschool nutrition education. *Revista de Nutrição*, 22(6), pp. 905-917.
doi:10.1590/S1415-52732009000600012
- Batalha, L. M. (2003). Os enfermeiros e a dor na criança. *Dor*, 11(1).
- Batalha, L. M. (2007). Factores de risco para um controlo inadequado da dor em Pediatria. *Dor*, 15(1), pp. 27-36.
- Batalha, L. M. (2017). *Avaliação da dor: manual de estudo - versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Batalha, L. M., Reis, G. M., Costa, L. P., Carvalho, M. D., & Miguens, A. P. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consability (FLACC) em crianças. *Referência*, 11(10), pp. 7-14.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição comemorativa ed.). Quarteto Editora.

- Brito-Avô, L., Alves, J. D., Costa, J. M., Valverde, A., Santos, L., Araújo, F., . . .
Gomes, D. (2014). Recomendações para o diagnóstico da forma tardia da doença de Pompe. *Acta Médica Portuguesa*, 27(4), pp. 525-529.
doi:10.20344/amp.5275
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento Materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de mestrado em Educação, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/6680>
- Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Paula Coelho Santos, A. S., . . . Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: guia para profissionais* (1ª ed.). Coimbra : Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal careers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), pp. 1058-1062.
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 84(44), pp. 67-68.
- Charepe, Z. (2020). A criança e o jovem com doença crónica ou incapacitante. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 231-237). Lisboa: Lidel.
- CNPDP CJ. (2023). *Adélia - Apoio à Parentalidade Positiva*. Obtido em 2023, de Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens: <https://www.cnpdpcej.gov.pt/adelia-apoio-a-parentalidade-positiva>
- Conselho da Europa. (13 de dezembro de 2006). *Recomendação 19 do Comité de Ministros aos Estados membros sobre a política de apoio à parentalidade positiva*. Obtido de Council of Europe: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d6dda

- Conselho de Ministros. (6 de julho de 2018). Decreto-Lei nº54/2018: regime jurídico da educação inclusiva. *Diário da República, série I(129)*, 2918 - 2928. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Coscrato, G., Pina, J. C., & Mello, D. F. (2010). Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), pp. 257-263. doi:10.1590/S0103-21002010000200017
- Council on School Health. (2016). Role of the School Nurse in Providing School Health Services. *Pediatrics*, 137(6), pp. 1-6. doi:10.1542/peds.2016-0852
- DGS. (18 de dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). (022/2012).
- DGS. (31 de maio de 2013). Norma nº10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- DGS. (12 de agosto de 2015). Norma 015/2015: Programa Nacional de Saúde Escolar. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- DGS. (23 de novembro de 2016). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola. *Orientação nº006/2016*, 1-9.
- DGS. (26 de março de 2020). *Informação: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e epidemia de Covid-19*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0082020-de-26032020-pdf.aspx>
- DGS. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. Lisboa.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.
- Fabião, A. C., Magano, C. O., Jesus, M. A., & Miranda, P. M. (2005). Formação: contributo para a qualidade. *Servir*, 53(5), pp. 235-247.
- Falke, A. C., Milbrath, V. M., & Freitag, V. L. (2018). Estratégias utilizadas pelos profissionais da enfermagem na abordagem à criança hospitalizada. *Contexto & Saúde*, 18(34), pp. 9-14. doi:10.21527/2176-7114.2018.34.9-14

- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 39-55). Lisboa: Lidel.
- Fernandes, A. M., Mendes, A. M., Leitão, M. N., Gomes, S. D., Amaral, A. F., & Bento, M. d. (2016). A contribuição da enfermagem portuguesa para o acesso e cobertura universal em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, pp. 1-8. doi:10.1590/1518-8345.1068.2671
- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Apreciação em Enfermagem da criança e do jovem: nas consultas de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 86-94). Lisboa: Lidel.
- Ferracioli, G. V., Oliveira, R. R., Souza, V. S., Teston, E. F., Varela, P. L., & Costa, M. A. (2020). Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. *Enfermagem em Foco*, 11(1), pp. 15-20. doi:10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2254
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3-6 anos) e escolar (6-12 anos). Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 159-192). Lisboa: Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Figueirinhas, M. M. (2021). *O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental de crianças e adolescentes*. trabalho final do curso de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/52797>
- Fonseca, A., & Santos, L. (2006). *A Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde* (1ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Obtido de <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/a-dor-na-crianca.pdf>
- Fonseca, A., Santo, F. H., Silva, R. M., & Silvino, Z. R. (2015). Jogos para promover educação em saúde para crianças: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*

UFPE on line, 9(5), pp. 8444-8452. doi:10.5205/reuol.6466-55061-3-SM.0905supl201514

- Galvão, D. M., Pedroso, R. M., & Ramalho, S. I. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), pp. 89-97. doi:10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.254
- Gronita, J., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., Matos, C., & Marques, J. (2016). *E quando atendemos crianças...diferentes* (2ª ed.). (F. C. Gulbenkian, Ed.) Lisboa.
- Guerra, A. (2009). As curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. XLI-XLV. doi:0873-9781/09/40-3/XLI
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.
- IUHPE, I. U. (2009). *Construindo Escolas Promotoras de Saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. Obtido de International Union for Health Promotion and Education:
https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_POR.pdf
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Jesus, É. H. (2004). *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Obtido de
<https://hdl.handle.net/10216/9768>
- Jesus, É. H., Roque, S. M., & Amaral, A. F. (novembro de 2015). Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 26-44. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/19776>

- Lapa, D. d., & Souza, T. V. (2011). A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), pp. 811-817. doi:10.1590/S0080-62342011000400003
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), pp. 143-150. doi:10.5409/wjcp.v5.i2.143
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF; Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*(30), pp. 557-578. doi:10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696
- Lusquinhos, L. (2022). *Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar (PEpS-ME): das políticas (de saúde e educação) às práticas*. Tese de doutoramento, Universidade do Minho, Instituto da Educação, Braga. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/77393>
- Mações, M. A. (2014). *Manual de gestão moderna. Teoria e prática*. Conjectura Actual Editora.
- Macedo, M. R. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro. Obtido de <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- Manchón, M. G., Carrasco, J. A., Fernández, J. R., Fernández, T. D., & Frías, E. G. (2008). Necesidades del niño escolarizado con diabetes mellitus. Visión de padres y profesores. *Anales de Pediatría*, 70(1), pp. 45-52. doi:10.1016/j.anpedi.2008.07.004
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), pp. 37-44. doi:10.1590/S1983-14472013000100005

- Martins, M. d., & Fernandes, P. F. (2010). *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. Instituto Politécnico de Castelo Branco, ESALD - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 897-930). Loures: Lusociência.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto . Enfermagem*, 17(4), pp. 758-764. doi:10.1590/S0104-07072008000400018
- Mendes, M. G. (2012). Organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria. Em J. e. Carvalho, *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 137-142). Porto. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/19940>
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III série*(6), pp. 113-121. doi:10.12707/RIII1144
- Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I-A*(205), 2959 - 2962.
- Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República*(205), I Série, 2959-2962. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ministério da Saúde. (6 de outubro de 2009). Decreto-Lei n.º 281/2009: Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário da República, 1ª série*(193), 7298 - 7301. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>

- Ministério da Saúde. (16 de abril de 2009). Despacho n.º 10143/2009: Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República, série II(74)*, 15438 - 15440.
- Ministério da Saúde. (5 de agosto de 2014). Decreto-Lei nº118/2014. *Diário da República, 1ª série(149)*, 4069-4071.
- Monteiro, A. J., & Sequeira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 33-38). Lisboa: Lidel.
- Mororó, D. D., Enders, B. C., Lira, A. L., Silva, C. M., & Menezes, R. M. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), pp. 323-332. doi:10.1590/1982-0194201700043
- Neves, M. M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III série(8)*, pp. 125-134. doi:10.12707/RIII11124
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. *Divulgar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de abril de 2006). Investigação em Enfermagem: tomada de posição. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Parecer nº14/2013: Programa Nacional de Saúde Escolar. (M. d. Pediátrica, Ed.) Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf

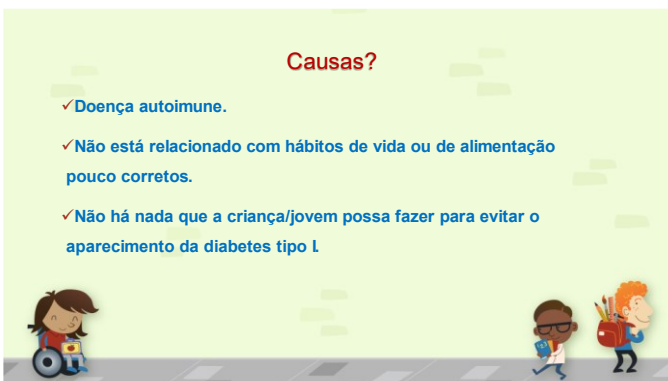
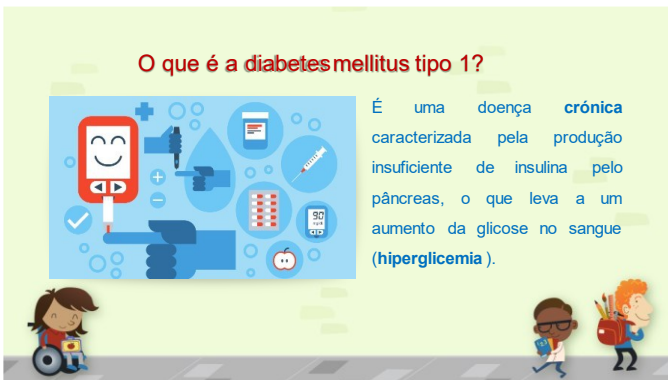
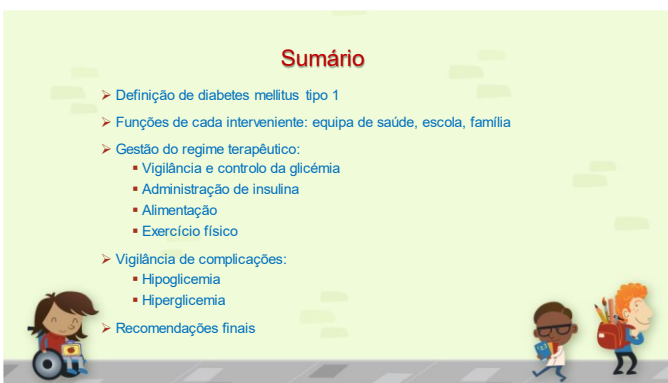
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2015). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE, série 1(8)*.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de junho de 2015). Regulamento n° 351/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, Série II(119)*, 16660 - 16665.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n° 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 19192-19194.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, Série II(184)*, 128-155. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n° 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série(26)*, 4744-4750.
- Queirós, P. J. (2014). Reflexões para uma epistemologia da Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), pp. 776-781. doi:10.1590/0104-07072014002930013
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por "enfermeiro de referência" promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), pp. 68-75. doi:10.48492/servir025-6.23469
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situação de doença e hospitalização. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wonf Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. II, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, A. d., Brito, L. L., Pessoa, V. L., Monteiro, A. R., Guimarães, J. M., & Chaves, E. M. (2017). Teoria da consecução do papel materno para o tornar-se mãe de recém-nascido prematuro. *Revista Tendência da Enfermagem Profissional*, 9(4), pp. 2311-2314.

- Santos, J. S., Andrade, R. D., Silva, M. A., & Mello, D. F. (2020). Processo de comunicação em saúde da enfermagem com o adolescente: abordagem do Event History Calendar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), pp. 1-5.
doi:10.1590/0034-7167-2018-0454
- Selekman, J. (2017). Students With Chronic Conditions: Experiences and Challenges of Regular Education Teachers. *The Journal of School Nursing*, 33(4), pp. 307-315.
doi:10.1177/1059840516674053
- Serviço Nacional de Saúde. (janeiro de 2023). Obtido de BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10008/1031572/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (janeiro de 2023). Obtido de Portal da Transparência: <https://transparencia.sns.gov.pt/>
- Silva, M. T. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável : Melhoria da Qualidade*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Taddio, A., Chambers, C. T., Halperin, S. A., Lockett, D., Rieder, M. J., & Shah, V. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clinical Therapeutics*, 31(suplemento B), pp. S152–S167.
doi:10.1016/J.clinthera.2009.07.022
- Tavares, P. P. (2020). No contexto do internamento. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 95-103). Lisboa: Lidel.
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. d., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), pp. 278-295. doi:10.30681/252610105480
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M. F., & Seabra-Santos, M. J. (2012). Incredible Years® Parent, Teachers and Children’s Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social

and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), pp. 157-169.
doi:10.5093/in2012a15

APÊNDICES

APÊNDICE I – Dispositivos da Ação de Educação para a Saúde “A criança com diabetes *mellitus* tipo 1”



Sempre que uma criança/jovem é diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 1, cada interveniente tem funções específicas:

- ❖ **Escola:** mobilizar os recursos internos para promover a inclusão da criança/jovem, solicitar a intervenção da Equipa de Saúde Escolar e manter uma comunicação bidirecional com o pai/mãe/EE, especialmente, se houver intercorrências ou alteração do Plano Terapêutico.
- ❖ **Pai/Mãe/Encarregado de Educação:** informar o estabelecimento de educação/ensino do diagnóstico do seu educando, partilhar o plano terapêutico e as suas alterações, garantir o transporte, manutenção e a renovação de todos os materiais e equipamentos necessários à boa gestão da DM1.



Como viver com diabetes mellitus tipo 1?

Na Escola, a **gestão da doença** e o **compromisso** de todos os intervenientes são cruciais para:

- minimizar o impacto da Diabetes Mellitus tipo 1 no desempenho escolar;
- promover a inclusão e combater a discriminação;
- maximizar o potencial de desenvolvimento da criança.



Como viver com diabetes mellitus tipo 1?

A saúde e bem-estar da criança/jovem com diabetes mellitus tipo 1 depende da gestão de **três eixos** fundamentais, durante as 24h do dia:



Administração de insulina



Alimentação



Exercício físico



**Gestão do regime terapêutico:
vigilância e controlo da glicémia**

Leitura num sensor de glicose
(glicose intersticial)



OU

Pesquisas de glicémia capilar



Monitorização da glicose intersticial (sensor):

- Vantagem: diminuir o número de picadas (glicémia capilar). Rápido e indolor.
- Se glicose < 70mg/dl ou > 250mg/dl: deverá ser feita a pesquisa de glicémia capilar para confirmação dos valores.



Monitorização da glicémia capilar:

1. Lavar as mãos com água (preferencialmente tépida porque aumenta a vasodilatação e facilita a saída de sangue pela picada efetuada) e secar adequadamente;
2. Colocar a tira-teste no glucómetro (este passo, faz com que o glucómetro se ligue de forma automática);
3. Picar o dedo para obter uma gota de sangue (para isso basta encostar o picador ao bordo lateral do dedo e premir o botão que faz a ejeção rápida da lanceta colocada no interior do picador);
4. Aplicar a gota de sangue na tira-teste e aguardar pelo resultado que será apresentado no glucómetro;
5. Descartar a tira-teste e a lanceta utilizadas para recipiente próprio.



Monitorização da glicémia capilar:



Monitorização da glicose intersticial ou glicémia capilar: quando?

- ✓ Antes de todas as refeições;
- ✓ Antes, durante e após atividade física;
- ✓ Sempre que existam sintomas sugestivos de hipoglicemia, para confirmação do episódio e para monitorizar a recuperação;
- ✓ Durante períodos de doença, para prevenir episódios de cetoacidose diabética (por exemplo: febre, vômitos, diarreia);
- ✓ Na presença de mal estar ou outros sintomas inespecíficos



**Gestão do regime terapêutico:
administração de insulina**



OU



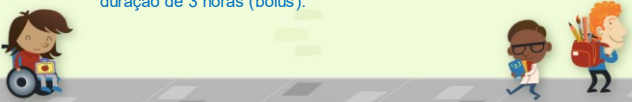
Caneta de insulina **Perfusão subcutânea contínua de insulina (bomba de insulina)**



Caneta de insulina:

São necessárias múltiplas administrações de insulina ao longo do dia para imitar a secreção de insulina pelo pâncreas através do uso de:



- Insulina de ação longa, administrada 1 ou 2 vezes por dia com cobertura das 24 horas (basal);
- Insulina de ação rápida, administrada antes das refeições e com duração de 3 horas (bólus).



Caneta de insulina:

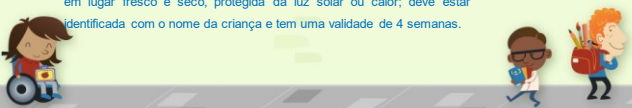

A dose de insulina de ação rápida do bólus antes da refeição é calculada de acordo com:

- quantidade de Hidratos de Carbono (HC) que vão ser ingeridos na refeição;
- valor da glicemia capilar antes da refeição.



Caneta de insulina:

- A insulina deve ser administrada por injeção subcutânea, isto é, no tecido adiposo por baixo da pele.
- Os locais habituais para a injeção de insulina são: abdómen (preferencial no caso da insulina de ação rápida), coxa e nádegas.
- A rotação dos lugares de injeção, dentro da mesma área, evita a lipodistrofia (não picar sempre no mesmo sítio).
- A insulina só precisa de ser conservada no frigorífico antes de ser aberta. **Depois de aberta:** conservar à temperatura ambiente (<25°C), em lugar fresco e seco, protegida da luz solar ou calor; deve estar identificada com o nome da criança e tem uma validade de 4 semanas.



Gestão do regime terapêutico: exercício físico



Altamente recomendável pelos seus **benefícios**:

- Controlo do peso;
- Redução do risco cardiovascular;
- Aumento da sensação de bem-estar.



Cuidados a ter antes do exercício físico:

- ✓ Deve ser realizado após uma refeição;
- ✓ Avaliar a glicémia capilar antes da realização do exercício físico:
 - O valor deve estar entre os 126 e 180 mg/dl;
 - Se glicémia < 126 mg/dl: ingerir HC;
 - Se glicémia > 250mg/dl: não realizar atividade física.
- ✓ Não administrar insulina nos membros sujeitos a maior trabalho muscular (exemplo: não administrar nas coxas se a criança vai correr)



Cuidados a ter durante o exercício físico:

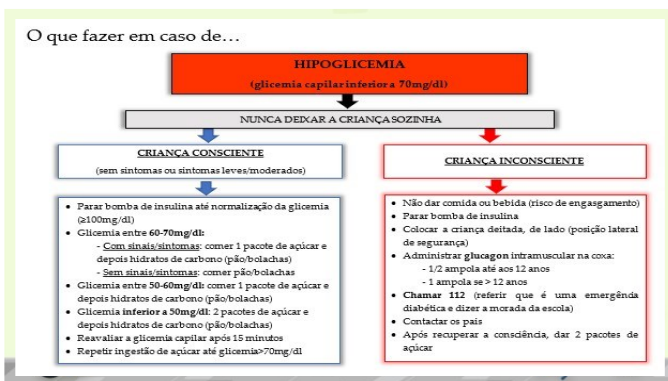
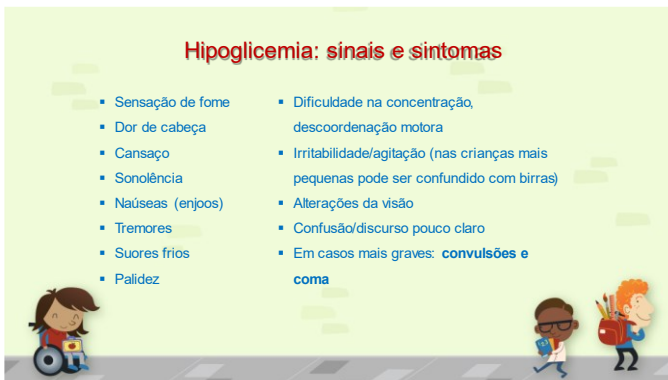
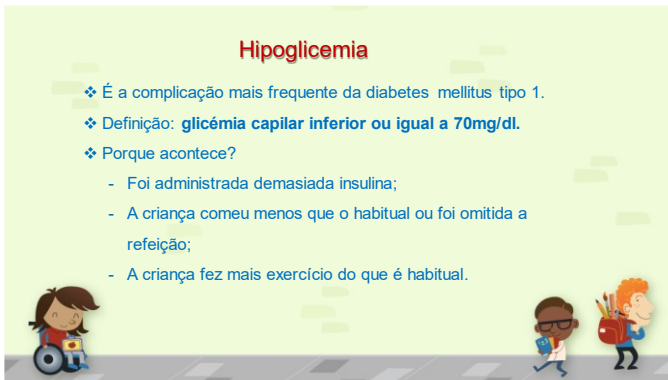
- ✓ A glicémia deverá ser monitorizada a cada 30-40 minutos e permanecer entre 110-140 mg/dl.
- ✓ De acordo com o tipo de atividade e a sua duração, poderá haver a necessidade de ir ingerindo HC (fruta, barras de cereais, bolachas). Beber muita água.
- ✓ Estar alerta para sinais de hipoglicémia.
- ✓ Ter acesso rápido a pacotes de açúcar e caneta de Glucagon.



Cuidados a ter após o exercício físico:

- ✓ O objetivo glicémico continua a ser **110-140mg/dl**.
- ✓ Nos 90 minutos após o exercício físico é importante ingerir um lanche com HC.
- ✓ Manter o alerta para sinais e sintomas de hipoglicémia.





Caneta de Glucagon



- Conservar no frigorífico, identificada com a nome da criança;
- Reconstituir a ampola (pó) com o líquido que vem na seringa;
- Administrar por via subcutânea ou intramuscular, na **coxa**;
- **Até aos 12 anos, administrar ½ ampola.**



Hiperglicemia

- Definição: Glicemia acima dos valores alvo definidos para a criança (variável).
- Se glicemia ≥ 250 mg/dl: deve ser feita a avaliação da cetonémia (medição de corpos cetónicos no sangue)
 - por picada no dedo com tiras próprias no glucómetro.



Hiperglicemia: causas

Os fatores precipitantes de hiperglicemia na criança/jovem com diabetes mellitus tipo 1 são:

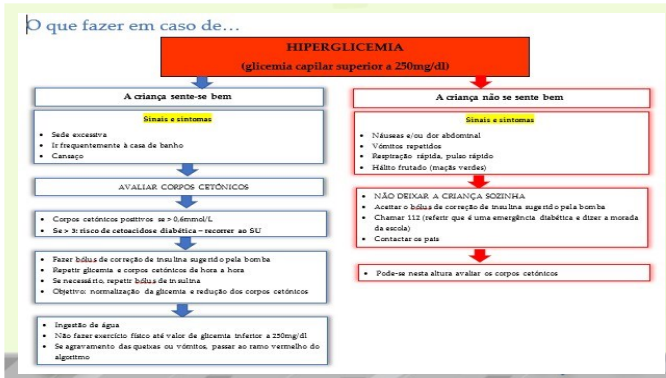
- dose reduzida de insulina;
- ingestão alimentar superior ao esperado;
- obstrução do PSCI.



Hiperglicemia: sinais e sintomas

- Fome
- Boca seca
- Náuseas e vômitos
- Dor abdominal
- Respiração ofegante
- Sonolência
- Alteração do estado da consciência

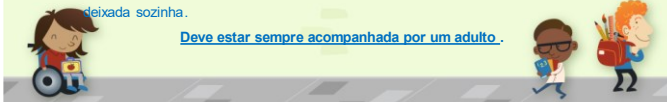




Recomendações finais

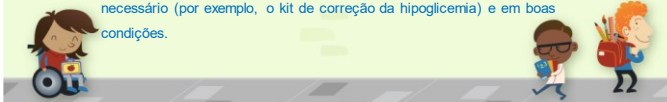
- No momento da refeição (se a criança almoçar na escola) deve passar à frente para contabilizar os equivalentes e ajustar a dose de insulina a administrar em função da refeição (equivalentes em Hidratos de Carbono) e da glicemia;
- É fundamental a socialização, por isso as suas refeições devem ser feitas junto com os colegas;
- Na atividade física, deve ser permitida à criança sair se tiver fome;
- É importante a integração da crianças em todas as atividades;
- Se a criança apresentar sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia, nunca deve ser deixada sozinha.

Deve estar sempre acompanhada por um adulto.



E nos dias especiais?

- As crianças com diabetes mellitus tipo 1 devem ser incentivadas a participar nas atividades festivas, passeios e visitas de estudo, tal como as outras crianças e jovens.
- Estes dias devem ser planeados, de modo a poder ajustar a administração de insulina e a monitorização da glicose e as eventuais escolhas/alternativas alimentares para que não haja descompensações.
- Nas saídas, é necessário assegurar que se leva todo o material necessário (por exemplo, o kit de correção da hipoglicemia) e em boas condições.



Referências bibliográficas

- Despacho nº 8297-C/2019 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde (2019). *Diário da República: II Série, nº179*.
- Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016.
- Direção-Geral da Saúde (2016). Orientação nº 006/2016 de 23 de novembro. *Crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na Escola*.
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1. Manual resumido para profissionais de saúde e de educação*.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Lusociência.





APÊNDICE II – Planeamento da Ação de Educação para a Saúde
“Promoção da Saúde Oral”

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

Planeamento da ação de educação para a saúde

Promoção da Saúde Oral

Elaborado por:

Alexandra Raquel Rodrigues Brito Duarte

Sob orientação de:

Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – outubro de 2022

SIGLAS E ABREVIATURAS

AES – Ação de Educação para a Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

PNPSE – Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

ENPDO – Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

OMS – Organização Mundial de Saúde

ppm – partes por milhão

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

ÍNDICE

0. Introdução.....	106
1. Fundamentação teórica.....	107
2. Definição de objetivos.....	110
3. Metodologia/seleção de estratégias.....	111
4. Recursos.....	112
5. Avaliação.....	113
6. Conclusão.....	114
Referências bibliográficas.....	115
Apêndices.....	116
Apêndice I – Plano de ação.....	117
Apêndice II – Dispositivos apresentados na sessão.....	120

0. INTRODUÇÃO

A Ação de Educação para a Saúde (AES) “Promoção da Saúde Oral” surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, realizado no contexto de uma Unidade de Cuidados na Comunidade. A realização de estágio neste contexto decorre no período compreendido entre 5 de setembro e 25 de outubro de 2022, inserido no 15º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

O tema desta ação foi identificado como uma necessidade do contexto, atendendo a que esta é uma área de intervenção a desenvolver no âmbito do eixo da capacitação do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), para além de dar resposta ao cumprimento do Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO). Esta será direcionada a crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, que frequentam o jardim de infância/pré-escolar.

A elaboração deste documento visa o desenvolvimento de competências no planeamento e execução de uma AES, bem como clarificar os aspetos inerentes a esse mesmo planeamento, para além de servir de instrumento de apoio à avaliação da unidade curricular supra-citada.

O presente documento encontra-se estruturado em seis capítulos: após a presente introdução, será feita uma fundamentação teórica do tema, definição dos objetivos da ação, descrição da metodologia a aplicar, descrição dos recursos envolvidos, definição de estratégias de avaliação e, por fim, a conclusão.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A cárie dentária, que é a doença da cavidade oral mais frequente nas crianças, tem uma elevada prevalência a nível mundial, sobretudo nos países desenvolvidos. Este facto pode ser explicado pelas alterações alimentares verificadas a partir da segunda metade do século XIX, com maior disponibilidade e conseqüente maior ingestão de hidratos de carbono, sobretudo o aumento do consumo de produtos com adição de açúcar (Farinha, 2012).

O tratamento destas lesões deve ser prioritário uma vez que podem ser causa de sofrimento não só físico, mas também psicológico e social. As crianças com cárie dentária, quando não precocemente diagnosticada, podem desenvolver problemas a nível da linguagem, dificuldades em mastigar, dor na região oro-facial, alterações no desenvolvimento da dentição definitiva, do padrão do sono, do peso, do desempenho escolar, da auto-estima (Farinha, 2012). A vigilância da saúde oral nas consultas de vigilância de saúde infantil assume, desta forma, uma importância fulcral na evicção destas complicações.

Nos últimos anos, tem se verificado uma diminuição da prevalência da cárie dentária, fruto do desenvolvimento de medidas preventivas neste âmbito. Portugal não é exceção. No último Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (ENPDO), realizado em 2013/14, publicado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), verificou-se em Portugal um aumento da percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos: dos 33% em 2000, para os 51% em 2006 e para os 55% em 2014 (DGS, 2015). Apesar da evolução favorável, este número encontra-se aquém do objetivo da OMS para 2020: 80% de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos (ainda não foram publicados novos estudos desde 2014).

O PNPSO tem como objetivo dar continuidade às estratégias até aqui desenvolvidas e tem, como eixos estratégicos principais, a **prevenção** e o **diagnóstico, tratamento e reabilitação oral**. O eixo da prevenção tem com principais pilares a

alimentação saudável, a higiene oral e o reforço da resistência dentária. É no eixo da prevenção que o planeamento desta sessão incide, dirigidas às crianças do pré-escolar.

A criança em idade pré-escolar (3-6 anos), embora ainda muito dependente dos adultos que dela cuidam, encontra-se numa fase crucial do seu desenvolvimento em que adquire conhecimentos e competências que a capacita para o autocuidado, como sejam os padrões básicos de alimentação e higiene. Nesta fase, *“o seu comportamento de saúde é fortemente condicionado pelas oportunidades e contingências sociais a que está sujeita na família e nos Jardins de Infância”* (Farinha, 2012, p.4), ou seja, não só é importante valorizar o exemplo (fase de imitação do comportamento dos adultos), como é um período chave para efetuar educação para a saúde, sobretudo nos locais onde a criança passa grande parte do seu dia.

De facto, os jardins de infância são o local onde as crianças entre os 3 e 6 anos de idade passam muitas horas do seu dia e realizam grande parte das suas refeições diárias. Por esse motivo, são locais estratégicos para a promoção de hábitos alimentares saudáveis dado que as escolhas alimentares assumem um papel relevante no desenvolvimento de cárie dentária. Contudo, na educação alimentar deve ser tido em consideração as características do desenvolvimento psicomotor e cognitivo desta faixa etária. As crianças que frequentam o pré-escolar não conseguem compreender conceitos mais abstratos como saúde e nutrientes presentes nos alimentos, mas antes conceitos básicos aprendendo por imitação, exploração do ambiente ou classificação das coisas que as rodeiam. Por esse motivo, *“a educação alimentar deve basear-se em afirmações e exemplos concretos, sendo particularmente adequada a utilização de fotografias, desenhos para colorir, jogos (...). O ambiente de aprendizagem deve permitir à criança usar os sentidos, deixando-a participar ativamente na aprendizagem”* (Baskale, 2009, citado por Rêgo, et al., 2019, p.83).

Em Portugal, não existem recomendações alimentares específicas a serem aplicadas às crianças em idade pré-escolar pelo que os princípios a aplicar na alimentação desta faixa etária são os princípios genéricos de uma alimentação saudável representados na “Roda dos Alimentos” (Rêgo, et al., 2019). A “Roda dos Alimentos” constitui, assim, uma ferramenta útil e importante no ensino, educação e orientação das escolhas alimentares pois nela estão patentes os conceitos de alimentação completa, equilibrada e variada, conceitos estes que se pretendem transmitir às crianças. É crucial que as crianças

em idade pré-escolar compreendam que a alimentação saudável pressupõe o consumo de alimentos de cada grupo que compõe a roda, respeitando as proporções de cada um (maior quantidade de alimentos dos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos de menor dimensão) e variando as escolhas alimentares dentro de cada grupo.

Relativamente ao reforço da resistência dentária, foram emitidas novas recomendações para a adoção de estratégias de prevenção mais eficientes dirigidas às crianças do ensino pré-escolar. Na norma mais recente emitida pela DGS, é definida uma nova coorte de intervenção aos 4 anos de idade, com a recomendação de aplicação de selantes de fissuras em molares decíduos e vernizes de flúor nas superfícies lisas (DGS, 2022).

No que diz respeito à higiene oral, nesta faixa etária, o PNPSE 2021-2025 recomenda a realização da escovagem dos dentes duas vezes por dia, uma antes de deitar e outra a realizar em ambiente escolar sob supervisão. A escovagem dos dentes, aliada ao uso de dentífrico fluoretado (1000-1500ppm), é uma das estratégias mais eficazes na prevenção da cárie dentária.

Numa parceria estabelecida entre a DGS, o Plano Nacional de Leitura e a Rede de Bibliotecas Escolares, surgiu o projeto SOBE+ (Projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares) que, para além de facultar uma grande variedade de materiais educativos para trabalhar o tema da Saúde Oral (vídeos, músicas, livros, atividades, etc), prevê também a distribuição de kits de higiene oral (escova de dentes e pasta dentífrica) aos alunos do pré-escolar e 1º ciclo.

Contudo, esta escovagem dos dentes, já implementada em grande parte dos Jardins de Infância, bem como os bochechos com solução fluoretada a 0,2%, viu a sua realização ser interrompida em contexto de pandemia de Covid-19 dado o risco de transmissão de infeção. O objetivo será a retoma destas duas atividades tão fulcrais na promoção da saúde oral a muito curto prazo pelos benefícios já conhecidos.

2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é uma etapa importante no processo de planeamento de uma AES pois estes apontam os resultados que se pretendem atingir. Os objetivos permitem selecionar os conteúdos a abordar, selecionar a metodologia mais adequada e devem ser formulados considerando os conhecimentos e capacidades a adquirir (Vaz et al, 2010, p.18).

Objetivos gerais:

- Melhorar os conhecimentos e os comportamentos das crianças relativamente à saúde oral;
- Promover o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis.

Objetivos específicos (as crianças devem ser capazes de):

- Conhecer a estrutura da cavidade oral;
- Saber como prevenir a cárie dentária: alimentação saudável e higiene oral;
- Conhecer a “Roda dos Alimentos”;
- Identificar os alimentos cariogénicos e cariostáticos;
- Nomear o material necessário à escovagem dos dentes;
- Saber qual a frequência e os momentos recomendados para a lavagem dos dentes;
- Saber qual a quantidade de pasta dentífrica recomendada a usar na escovagem;
- Identificar os cuidados a ter com a escova de dentes;
- Executar a técnica correta de escovagem dos dentes.

3. METODOLOGIA/SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

O documento apresentado prevê a realização de duas ações de educação para a saúde subordinada ao tema “Promoção da Saúde Oral”, dirigida a crianças do pré-escolar com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, num jardim de infância, com a duração prevista de 1 hora.

Para atingir os objetivos atrás descritos, será adotada uma metodologia:

- Expositiva: recurso a PowerPoint para apresentação dos conteúdos e apresentação de vídeos/músicas relacionadas com o tema;
- Demonstrativa: demonstração da técnica de escovagem dos dentes num modelo dentário.
- Interativa: manipulação do modelo dentário pelas crianças para demonstrar as aprendizagens e realização de um jogo.

Dada a faixa etária da população alvo da AES, é crucial a adequação dos materiais e experiências de aprendizagem ao nível de desenvolvimento psico-motor e cognitivo das crianças, bem como das técnicas comunicacionais. Por esse motivo, mesmo a parte expositiva da sessão procurará ser feita de forma interativa para cativar o público-alvo. Também será usada a técnica da recompensa no final da sessão, combinada no início da mesma, para cativar a atenção e premiar o bom comportamento (kit de higiene oral e desenho para colorir subordinado ao tema).

Foram selecionados os seguintes conteúdos a abordar na sessão:

- Estrutura da cavidade oral;
- Importância dos dentes saudáveis/prevenção da cárie dentária;
- Importância da alimentação saudável: Roda dos Alimentos;
- Alimentos cariogénicos e cariostáticos;
- Escovagem dos dentes:
 - Material necessário;
 - Frequência e momentos adequados da escovagem;
 - Quantidade de pasta dentífrica;
 - Cuidados a ter com a escova dos dentes;

- Técnica de escovagem.

4. RECURSOS

Estão previstos a utilização dos seguintes recursos na concretização desta AES:

- **Recursos humanos:** estudante do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob supervisão da enfermeira tutora do estágio e orientação da professora doutora Isabel Quelhas.
- **Recursos materiais:** computador, projetor, modelo dentário, escova e pasta dentífrica, materiais para realização do jogo (dente feliz e dente triste, alimentos cariogénicos e alimentos cariostáticos), kits de higiene oral, folhas com desenhos para pintar.
- **Recursos físicos:** sala disponibilizada pelo jardim de infância.

Todo o planeamento e estrutura definidos para esta AES encontra-se espelhada em apêndice como plano de ação (apêndice I).

5. AVALIAÇÃO

A avaliação constitui um momento-chave para apreciar se os objetivos inicialmente propostos foram atingidos de forma satisfatória. Pode ser um momento de reflexão sobre o trabalho desenvolvido, que permita uma otimização ou ajustes em futuros projetos.

Dada a faixa etária alvo desta sessão, a avaliação irá ser feita através de um jogo interativo onde as crianças poderão demonstrar a sua compreensão acerca da influência da alimentação na saúde oral, e através da manipulação do modelo dentário onde poderão demonstrar a aquisição de competências para uma correta escovagem. Estas estratégias serão aplicadas no decorrer da sessão.

6. CONCLUSÃO

O planeamento em saúde assume uma importância crucial pois permite não só efetuar uma melhor gestão dos recursos envolvidos, como aumenta a probabilidade de atingirmos os objetivos a que nos propomos atingir.

A concretização do presente documento permitiu-me refletir sobre esta relevância e desenvolver competências no âmbito do planeamento de uma ação de educação para a saúde. Após o exposto, espero atingir de forma satisfatória os objetivos definidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2015). *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos*

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma nº 015/2015 de 12/08/2015. *Programa Nacional de Saúde Escolar*

Direção-Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*.

Direção-Geral da Saúde (2022). Norma nº 001/2022 de 24/02/2022. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: estratégias dos 2 aos 6 anos/SOCJ 4 anos*

Farinha, M. S. G. L. (2012). Comportamentos Relacionados com a Saúde Oral em Jardins de Infância do Distrito de Lisboa. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/26665>

Rêgo, C., Lopes, C., Durão, C., Pinto, E., Mansilha, H., Pereira-da-Silva, L., Nazareth, M., Graça, P., Ferreira, R., Lima, R. M. & Vale, S. (2019). Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos: linhas de orientação para profissionais e educadores- Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Vaz, A., Rocha, D., Malcata, F., Meireles, L., Santos, R., Silva, S. & Caterna, T. (2010). Definição dos Objetivos. **In** Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. Metodologia de Projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos nº 15*, 18-19

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de ação

Plano da ação de educação para a saúde

Tema	<i>Promoção da Saúde Oral</i>
Formador	Alexandra Duarte, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Data	21 de outubro de 2022
Local	Jardim de Infância de [REDACTED]
Duração	1 hora
População-alvo	Crianças entre os 3 e 6 anos de idade (2 turmas)
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none">• Melhorar os conhecimentos e os comportamentos das crianças relativamente à saúde oral;• Promover o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis.
Objetivos específicos	Que as crianças sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Conhecer a estrutura da cavidade oral;• Saber como prevenir a cárie dentária: alimentação saudável e higiene oral;• Conhecer a “Roda dos Alimentos”;• Identificar os alimentos cariogénicos e cariostáticos;• Nomear o material necessário à escovagem dos dentes;• Saber qual a frequência e os momentos recomendados para a lavagem dos dentes;• Saber qual a quantidade de pasta dentífrica recomendada a usar na escovagem;• Identificar os cuidados a ter com a escova de dentes;• Executar a técnica correta de escovagem dos dentes.

Fases	Duração	Conteúdos	Método	Recursos	Avaliação
Introdução	5 min	Apresentação dos formadores Apresentação do tema	Expositivo	Computador portátil e projetor	
Desenvolvimento	50 min	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura da cavidade oral • Importância dos dentes saudáveis/prevenção da cárie dentária • Importância da alimentação saudável: Roda dos Alimentos; • Alimentos cariogénicos e cariostáticos • Escovagem dos dentes: <ul style="list-style-type: none"> - Material necessário; - Frequência e momentos adequados da escovagem; - Quantidade de pasta dentífrica; - Cuidados a ter com a escova dos dentes; - Técnica de escovagem. • Treino da técnica de escovagem 	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p> <p>Demonstrativo</p> <p>Interativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em PowerPoint • Video musical “Canção da alimentação” (Somos TOP) • Demonstração no modelo dentário, escova e pasta dentífrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Jogo interativo “Dente feliz e dente triste” • Manipulação pelas crianças do modelo dentário e escova
Conclusão	5 min	Síntese dos conteúdos abordados Entrega dos presentes	Interativo	Video musical: “Lavar os dentes” (Panda) Kits higiene oral, desenhos p/colorir	

Apêndice II – Dispositivos apresentados na sessão





Vamos jogar?



Dente feliz



Dente triste

ou

Vamos lavar os dentes?



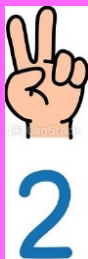
Que material precisamos?



Quando devemos lavar os dentes?



Depois de comer



Antes de ir dormir

Que quantidade de pasta devemos usar?



Que cuidados devemos ter com a escova dos dentes?



Como devemos lavar os dentes?



Obrigada pela vossa atenção!

APÊNDICE III – Planeamento da Formação de Pares “Gestão da Dor na Criança em Procedimentos Dolorosos”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento da formação de pares

Gestão da dor na criança em procedimentos
dolorosos

Elaborado por:

Alexandra Raquel Rodrigues Brito Duarte

Sob orientação de:

Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – outubro de 2022

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

AIED- Associação Internacional para o Estudo da Dor
APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direção Geral da Saúde
EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
OE – Ordem dos Enfermeiros
SpO2 – Saturações Periféricas de Oxigénio
TA – Tensão Arterial
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

0. Introdução.....	129
1. Fundamentação teórica.....	130
1.1 Definição de dor.....	130
1.2 Importância da valorização da dor na criança.....	130
1.3 Avaliação da dor na criança.....	132
1.4 Estratégias de gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos.....	134
1.4.1 Estratégias não farmacológicas de gestão da dor.....	134
2. Definição de objetivos.....	139
3. Metodologia/seleção de estratégias.....	140
4. Recursos.....	141
5. Avaliação.....	142
6. Conclusão.....	143
Referências bibliográficas.....	144
Apêndices.....	146
Apêndice I – Plano de ação	147
Apêndice II – Dispositivos apresentados na sessão	150
Apêndice III – Avaliação da formação.....	158

0. INTRODUÇÃO

A formação de pares “Gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos” surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, realizado no contexto de uma Unidade de Cuidados na Comunidade. A realização de estágio neste contexto decorre no período compreendido entre 5 de setembro e 25 de outubro de 2022, inserido no 15º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

O tema desta formação de pares foi proposto por mim dado ser um tema que me desperta particular interesse, sobretudo desde que iniciei este percurso de tornar-me enfermeira especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. A dor na criança foi, durante muito tempo, desvalorizada ou até negada. Apesar da preocupação crescente com esta temática, o que se reflete na publicação de vários estudos a nível nacional, emissão de orientações por parte da DGS, entre outros, ainda prevalecem muitos mitos e existe uma *“insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde e fraca adesão à implementação destas intervenções”* (Morganheira, 2018, p.20). Dada a pertinência do tema, esta formação não se destina somente aos enfermeiros da UCC, pelo que o convite para assistir à sessão foi alargado aos enfermeiros a exercer funções nas duas USF adjacentes à UCC.

A elaboração deste documento tem como objetivos:

- Desenvolver competências no planeamento e execução de uma sessão de formação de pares;
- Servir de instrumento de avaliação da unidade curricular Estágio Final e Relatório.

O presente documento encontra-se estruturado em seis capítulos: após a presente introdução, será feita uma fundamentação teórica do tema, definição dos objetivos da ação, descrição da metodologia a aplicar, descrição dos recursos envolvidos, definição de estratégias de avaliação e, por fim, a conclusão. No final, encontram-se os apêndices onde se incluem os documentos de suporte a esta formação.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Definição de dor

A dor é um mecanismo de alerta, essencial à sobrevivência de todos os seres vivos. Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, esta é definida como “*uma experiência desagradável, associada com lesão tecidual concreta ou potencial, com componentes sensorial, emocional, cognitiva e social.*” (AIED, 2016, citado por Oliveira *et al.*, 2018, p.10). Já a CIPE, versão 2.0, define-a como “*percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite*”. Como tal, é uma experiência subjetiva, que varia de indivíduo para indivíduo.

Nas crianças, a experiência de dor resulta de uma complexa interação entre:

- **Fatores biológicos:** predisposição genética, idade, estágio de desenvolvimento, tipo de doença ou lesão;
- **Fatores psicológicos:** experiências anteriores de dor, personalidade, medo e ansiedade, emoções e estratégias de adaptação adquiridas;
- **Fatores socioculturais:** comportamento e ansiedade demonstrada pelos pais, educação, crenças culturais e religiosas (Oliveira *et al.*, 2018).

Todos estes fatores devem ser tidos em consideração quando cuidamos de crianças dada a variabilidade e individualidade da resposta à experiência de dor.

1.2 Importância da valorização da dor na criança

Embora muitos mitos associados à experiência da dor em idade pediátrica persistam, como a afirmação de que “crianças pequenas não sentem dor por causa da imaturidade do sistema nervoso” ou “as crianças não sentem tanta dor como os adultos”, a evidência científica mais atual veio demonstrar que as crianças sentem dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (DGS, 2010). Estas consequências podem manifestar-se em alteração do desenvolvimento normal do sistema nervoso central, bem como

influenciar as experiências dolorosas posteriores, em termos de sensibilidade dolorosa e forma de lidar com o stress.

Consignada como 5º sinal vital pela DGS em 2003, o controlo da dor constitui um **direito** de todos os indivíduos, principalmente no caso das crianças dado a sua vulnerabilidade, direito este consignado na Carta da Criança Hospitalizada. Esta carta, apesar de consistir numa listagem de direitos da criança em contexto de hospitalização, pode ser alargada a outros contextos em que a criança se dirige a serviços de saúde. Destaca-se deste documento o artigo 5º: *“Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável; as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”* (OE, 2013, p.20).

Para além de um direito, a gestão da dor é um **dever** dos profissionais de saúde e um **indicador dos padrões de qualidade** dos cuidados prestados. No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem está consignado que o EESIP, na procura permanente da excelência no exercício profissional, maximiza o bem-estar da criança/jovem e assume como elementos importantes:

- A prescrição de intervenções de enfermagem face aos problemas identificados, sendo um dos exemplos a gestão da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor);
- O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2015).

A dor pode surgir em consequência de doenças que afetam a criança, de traumatismos ou ser provocada por procedimentos dolorosos induzidos por profissionais de saúde. Efetivamente, os procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos) são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde (DGS, 2012), como sejam a administração de vacinas, a punção venosa para colheitas de sangue, a aspiração de secreções, a entubação naso e orogástrica, punção no calcâneo para diagnóstico precoce, entre outros. Para além do desconforto e sofrimento físico que estes procedimentos geram, são também motivo de sofrimento para os pais e fonte de ansiedade para os enfermeiros (Oliveira, 2008). Por este motivo, são pilares fundamentais na gestão da dor na criança, a sua correta **avaliação** e a sua **prevenção**, intervindo de forma antecipatória e recorrendo ao uso de estratégias que melhor se adequem a cada indivíduo.

1.3 Avaliação da dor na criança

A avaliação da dor deve ser efetuada de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto (DGS, 2010). Porém, a avaliação da dor em idade pediátrica constitui um verdadeiro desafio para os enfermeiros: existem muitas dificuldades sobretudo em crianças que ainda não adquiriram capacidades verbais, com défices cognitivos ou de comunicação, não colaborantes (desorientadas ou com níveis elevados de ansiedade) ou entubadas, ou seja, sempre que o autorrelato não é possível. Nestas crianças, é fundamental estar atento às mudanças fisiológicas que a experiência de dor pode causar (alteração da FC, TA, FR ou SpO₂, dilatação pupilar, alteração do tónus muscular, palidez, etc.) e às mudanças comportamentais (choro, gemido, irritabilidade, agitação, retração dos membros, alteração da expressão facial, entre outros) (Morganheira, 2018).

A DGS (2012) considera como normas de boa prática na avaliação da dor nas crianças:

- Acreditar sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos (se possível);
- Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter em conta o comportamento habitual da criança;
- Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) e com os pais/cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- Realizar a história da dor no primeiro contacto com a criança;
- Usar o mesmo instrumento em todas as avaliações da criança;
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento.
- Em situação de dor intensa, dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

Os instrumentos utilizados para quantificar a sensação dolorosa na população pediátrica *“devem refletir as variações nas capacidades cognitivas, emocionais e físicas das crianças”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.189). Devem ser aplicados instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, considerando o tipo de dor, situação clínica e idade da criança (DGS, 2010). Apesar de existirem vários instrumentos de avaliação da dor pediátrica, não existe nenhum universalmente aceite, pelo que a escolha deve ser adequada a cada contexto.

De um modo geral, em crianças abaixo dos 4 anos, devem privilegiar-se os instrumentos de avaliação que usam o método de heteroavaliação, isto é, são os profissionais

de saúde que fazem a quantificação através da observação de parâmetros fisiológicos e/ou comportamentais. Por outro lado, em crianças a partir dos 4 anos, devem privilegiar-se os instrumentos que adotam o método de autorrelato ou autoavaliação, em que a criança descreve a sua própria dor.

Deste modo, segundo a Orientação Técnica nº 014/2010 da DGS, e tendo em conta a idade da criança, são recomendados os seguintes instrumentos de avaliação:

Recém-nascidos

- EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.

Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar

- FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

Entre 4 e 6 anos

- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos;
- Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.

A partir dos 6 anos

- EVA (Escala Visual Analógica);
- EN (Escala Numérica);
- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- Escala de faces de Wong-Baker.

1.4 Estratégias de gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos

Quando as crianças são submetidas a procedimentos dolorosos, devem ser tidas em consideração as seguintes orientações:

- Planear os procedimentos invasivos sempre que possível, agrupando-os e reduzindo o seu número;
- Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo;
- Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;
- Selecionar as intervenções não-farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas (DGS, 2012).

Apesar destas recomendações, existe uma utilização de estratégias de alívio da dor abaixo do desejado (Taddio et al., 2009, citado por Galvão et al., 2015). Segundo o mesmo autor, esta subutilização pode dever-se a *“uma falta de conhecimento sobre a dor, a não utilização de estratégias eficazes de prevenção da dor e a persistência de atitudes que interferem com as boas práticas clínicas”* (p.91). É, pois, urgente mudar estes indicadores.

1.4.1 Estratégias não farmacológicas de gestão da dor

As estratégias não farmacológicas para a gestão da dor não têm a pretensão de substituir as estratégias farmacológicas, antes devem ser utilizadas de forma complementar. Estas estratégias têm como objetivo ajudar a diminuir a perceção de dor, tornar a dor mais tolerável, diminuir a ansiedade e o medo associados ao procedimento, proporcionar uma sensação de controlo e aumentar o conforto. São consideradas seguras, não invasivas, de baixo custo, para além de serem intervenções de enfermagem autónomas (Hockenberry & Wilson, 2014). Têm demonstrado utilidade no tratamento da dor ligeira a moderada, para além da vantagem de não apresentarem efeitos secundários e promoverem maior autonomia da criança e da família (Batalha, 2010, citado por Sanches, 2017).

Também o uso destas estratégias, à semelhança do que acontece com as escalas de avaliação da dor, requer adequação à situação clínica, ao tipo de dor e idade/desenvolvimento cognitivo da criança. Podem classificar-se como: **comportamentais** (ensino de

comportamentos de alívio da dor), **cognitivas** (uso de métodos mentais para lidar com a dor), **cognitivo-comportamentais** (associação de estratégias cognitivas e comportamentais), **físicas** (por exemplo, a aplicação de frio ou calor, massagem, posicionamento), **suporte emocional** (presença da pessoa significativa para transmitir conforto) e **ambientais** (intervenção nas condições ambientais: luz, ruído, decoração) (OE, 2013).

Deste modo, descrevem-se de seguida algumas das estratégias não farmacológicas para a gestão da dor em procedimentos dolorosos nas crianças.

Amamentação

O leite materno, para além do seu sabor naturalmente doce, contém endorfinas, uma substância química que tem efeito na redução ou supressão da dor. Aliada ao contacto pele-a-pele, à presença da figura de conforto e segurança e à sucção que o processo de amamentação envolve, faz com esta estratégia se tenha revelado eficaz na diminuição da dor em procedimentos dolorosos. É uma estratégia natural, fácil de usar (se a amamentação está bem estabelecida), e sem custos.

A DGS (2012b) recomenda: “*colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final*” (p.9). Um entrave à aplicação desta estratégia prende-se com a mãe sentir-se desconfortável por ter a criança a ser vacinada durante a amamentação, por exemplo, pela exposição inevitável da mama, não querer amamentar durante o procedimento ou recear que a criança associe a sensação dolorosa ao mamar (Taddio et al., 2009, citado por Galvão, Pedroso, & Ramalho 2015). Esta última razão deve ser desmitificada pois é improvável que a criança associe a amamentação a procedimentos dolorosos. Contudo, num estudo levado a cabo por Galvão, Pedroso e Ramalho (2015), concluiu-se que os enfermeiros utilizam a amamentação antes e após a vacinação, mas esta é interrompida no ato de vacinação. Os resultados sugerem a necessidade de formação no âmbito da amamentação tendo em conta a eficácia da diminuição da dor desta estratégia.

Soluções açucaradas

A administração de soluções açucaradas (sacarose a 24% ou glicose a 30%) está comprovadamente associada ao alívio da dor pois leva à libertação de opióides endógenos devido ao sabor doce. A recomendação da DGS (2012) é a de administrar 2ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. A eficácia desta

medida está comprovada até aos 12 meses de idade. Numa revisão sistemática efetuada por Stevens, Yamada e Ohlsson (2005, citado por Hockenberry & Wilson, 2014, p.207), verificou-se uma diminuição do tempo de choro, da FC, da expressão facial e da pontuação total de dor com a administração de sacarose a 24% durante a punção venosa e a punção do calcanhar. Contudo, os mesmos estudos analisados recomendam a associação com outras estratégias não farmacológicas para potenciar este efeito, como a sucção não nutritiva, contacto pele-a-pele ou contenção.

Sucção não nutritiva

A sucção não nutritiva está geralmente associada ao uso de chupeta, embora possa ser promovida através da sucção no próprio dedo/mão da criança ou usando o dedo de um adulto (na ausência de chupeta). Nos recém-nascidos e lactentes, a estimulação orotátil é bastante desenvolvida, logo a sucção promove a autorregulação. Por este motivo, o controlo da dor promovido pelo uso da chupeta só é eficaz enquanto durar os movimentos ritmados de sucção o que pode ser potenciado pela associação com outras estratégias não farmacológicas, nomeadamente o uso de soluções açucaradas. A DGS recomenda: “*oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica*” (DGS, 2012b, p.9) embora esta deva ser reservada aos lactentes que já a usam, bem como apenas deva ser oferecida a recém-nascido com idade gestacional superior a 30 semanas.

Contenção

A contenção promove a autorregulação do recém-nascido, evitando a desorganização motora, e facilita o levar da mão à boca para promover a sucção e o autocontrolo (DGS, 2012b). Esta medida é benéfica até cerca dos 3 meses de vida, altura em que desaparece o reflexo de Moro. Pode ser feita com lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco e deixando as mãos livres para chegar à boca (promoção da sucção enquanto estratégia de autoconforto) ou pode ser manual utilizando as mãos dos profissionais ou pais para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Também é uma estratégia que se revela mais eficaz quando em associação com outras (sucção não nutritiva, administração de soluções açucaradas).

Distração

A distração é uma técnica cognitivo-comportamental que consiste em direcionar a atenção da criança para algo que não o procedimento doloroso, ajudando a que a perceção da dor seja menos intensa. Devem ser usadas atividades que promovam estímulos sensitivos agradáveis, podendo ser do tipo comportamental (cantar, soprar bolas de sabão, escutar uma música) ou que envolvam a cognição como, por exemplo, estimular a criança a falar sobre um tema do seu agrado, ver um vídeo, contar histórias, tendo sempre em conta a idade e preferências da criança. Como nos refere Batalha (2003, p.23), *“a distração pode servir não apenas para diminuir a perceção da dor, mas também para melhorar a disposição da criança dando-lhe um sentimento de controlo sobre a situação”*. Deve ser iniciada antes do procedimento doloroso e manter-se durante a realização do mesmo.

Reforço positivo

O reforço positivo é uma técnica que implica um contrato de comportamento em que se reforça a cooperação da criança com uma recompensa ou elogio após esta ter o comportamento pretendido. Procura-se com esta técnica que a criança demonstre um comportamento de colaboração e de controlo, onde lhe é proposto um desafio que será recompensado. O objetivo é que uma situação que é premiada, elogiada ou foco de atenção seja vista como positiva, condicionando experiências futuras. No entanto, o esforço também deve ser recompensado, ou seja, deve ser reconhecida a tentativa de a criança colaborar, mesmo que não o consiga (OE, 2013). As recompensas a oferecer podem ser diplomas de bom comportamento ou de coragem, autocolantes, pensos rápidos com desenhos, entre outros.

Preparação

Na realização de procedimentos dolorosos, a preparação tem como objetivo tranquilizar a criança e obter a sua colaboração. Implica fornecer informação sobre o que vai acontecer, como se vai desenrolar o procedimento e as sensações que pode experimentar. A preparação pode incluir a demonstração (por exemplo, num boneco) e a manipulação de alguns materiais, permitindo-lhe desenvolver expectativas realistas sobre o que vai acontecer, reduzindo a ansiedade e aumentando o sentimento de controlo. Todavia, a antecedência com que se faz esta preparação deve ter em consideração a idade e desenvolvimento cognitivo da criança para que esta se prepare, mas não desenvolva ansiedade excessiva (DGS, 2012).

Para além das estratégias aqui explanadas, existem muitas outras que poderão também ser relevantes: a imaginação guiada, o relaxamento muscular/exercícios respiratórios, as medidas de conforto, a massagem, a modelação comportamental, a aplicação de vibração, a aplicação de calor ou frio, entre outras.

Contudo, outro aspeto relevante a ter em consideração é a presença dos pais/prestador de cuidados como suporte emocional para a criança. Este é um direito também consignado na Carta da Criança Hospitalizada, artigo 2º. Para a criança, a presença destes é fundamental como fonte de segurança, a sua ausência pode ser interpretada como abandono, gerar stress e aumentar a perceção de dor (Pombal, 2016). Por isso, deve ser incentivada a presença dos pais na realização de procedimentos dolorosos pois o seu envolvimento também contribui para a aplicação das estratégias não farmacológicas de controlo da dor.

2. Definição de objetivos

No delineamento do plano de ação de uma formação de pares, é crucial o estabelecimento de objetivos. Estes permitem selecionar os conteúdos a serem abordados de acordo com as necessidades formativas detetadas e selecionar a metodologia que mais de adequa à população-alvo.

Deste modo, estabeleci para esta sessão de formação de pares os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;
- Capacitar os enfermeiros para uma adequada gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;
- Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor.

Objetivos específicos (os enfermeiros devem ser capazes de):

- Compreender o que é a dor e os fatores que influenciam a experiência de dor na criança;
- Reconhecer a importância da gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;
- Conhecer as normas de boa prática na avaliação da dor na criança;
- Reconhecer a importância da adequação das escalas de avaliação da dor à idade da criança, tipo de dor e situação clínica;
- Saber as principais orientações a ter em conta na criança submetida a procedimentos dolorosos;
- Conhecer algumas das estratégias não farmacológicas de controlo da dor e como aplicá-las.

3. Metodologia/Seleção de estratégias

O documento apresentado prevê a realização de uma formação de pares subordinada ao tema “Gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos”, dirigida aos enfermeiros da UCC e das duas USF que funcionam no mesmo edifício da UCC, com a duração prevista de 1 hora.

Para atingir os objetivos atrás descritos, será adotada uma metodologia:

- Expositiva: recurso a PowerPoint para apresentação dos conteúdos;
- Interativa.

Foram selecionados os seguintes conteúdos a abordar na sessão:

- Definição de dor;
- Importância da valorização da dor na criança;
- Avaliação da dor na criança;
- Escalas/instrumentos de avaliação da dor;
- Estratégias de gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;
- Estratégias não farmacológicas para a gestão da dor.

4. Recursos

Estão previstos a utilização dos seguintes recursos na concretização desta formação de pares:

- **Recursos humanos:** estudante do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob supervisão da enfermeira tutora do estágio e orientação da professora doutora Isabel Quelhas.
- **Recursos materiais:** computador, projetor.
- **Recursos físicos:** sala de reuniões da UCC.

O planeamento e estrutura definidos para a sessão de formação encontram-se em apêndice como plano de ação (apêndice I) e os diapositivos apresentados encontram-se no apêndice II.

5. Avaliação

A avaliação constitui um momento-chave para apreciar se os objetivos inicialmente propostos foram atingidos de forma satisfatória. Pode ser um momento de reflexão sobre o trabalho desenvolvido, que permita uma otimização ou ajustes em futuros projetos.

A avaliação desta formação de pares será feita através do preenchimento de um questionário a ser entregue no final da sessão a todos os enfermeiros presentes na sessão. Este questionário é composto por duas partes: a primeira pretende avaliar os conhecimentos adquiridos ao longo da sessão; a segunda parte objetiva a avaliação global da formação – sessão e formador (apêndice III).

6. Conclusão

Tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros, o controlo da dor é um direito de todos os indivíduos, sobretudo das crianças, dada a sua situação de vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Este controlo é, portanto, um dever e indicador de qualidade dos cuidados prestados, devendo a dor ser assumida como 5º sinal vital. Contudo, a dor nas crianças e adolescentes apresenta características específicas, com necessidade de adequar a atuação a cada criança, tendo em conta a sua individualidade e a sua faixa etária, com o objetivo de avaliar, prevenir e tratar. Deste modo, reconhece-se uma necessidade premente de sensibilizar os enfermeiros para a problemática apresentada com o objetivo de uniformizar procedimentos e reconhecer estratégias que possam minimizar o sofrimento, traduzindo-se em ganhos para a saúde e bem-estar da criança submetida a procedimentos dolorosos.

Pretende-se, com esta formação de pares, atingir os objetivos atrás descritos, bem como dar resposta ao objetivo delineado para este contexto de estágio: desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Referências bibliográficas

- Batalha, L. M. C. (2003). Os Enfermeiros e a dor na Criança: um contributo para analisar saberes e práticas. *Revista Dor (APED)*. 11(1). 5-40.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação técnica nº 014/10 de 14/12/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientação técnica nº 022/12 de 18/12/2012. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*
- Direção-Geral da Saúde (2012b). Orientação técnica nº 024/12 de 18/12/2012. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0-28 dias)*.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (coords) *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. 1ª ed. (p.293-309). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Galvão, D. M. P. G, Pedroso, R. M. P. J & Ramalho, S. I. H. S. M. A. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Nº1-Vol.1, 89-98
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência
- Morganheira, D. S. F. (2018). Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas. [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/23276>
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L & Amorim, R. (2018). *Desenhos da minha dor* (1ª ed.). Círculo Médico
- Oliveira, C. F. P. (2008). Procedimentos de enfermagem dolorosos: respostas de mães e enfermeiras numa Unidade Pediátrica. [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <http://hdl.handle.net/10216/7268>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2*. Estúdio Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Caderno OE. Série I, número 6.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 351/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2.ª série, n.º 119, 22 de junho de 2015

Pombal, M.S.S. (2016). Análise dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/4463>

Sanches, A. M. M. (2017). Conhecimentos dos enfermeiros sobre técnicas não farmacológicas no alívio da dor na criança. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/4505>

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de ação

Plano de ação da formação de pares

Tema	<i>Gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos</i>
Formador	Alexandra Duarte, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Data	25 de outubro de 2022
Local	UCC [REDACTED]
Duração	60 minutos
População-alvo	Enfermeiros que exercem funções na UCC [REDACTED], USF [REDACTED] e USF [REDACTED]
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar os enfermeiros para a importância da gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;• Capacitar os enfermeiros para uma adequada gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;• Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor.
Objetivos específicos	Que os enfermeiros sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Compreender o que é a dor e os fatores que influenciam a experiência de dor na criança;• Reconhecer a importância da gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;• Conhecer as normas de boa prática na avaliação da dor na criança;• Reconhecer a importância da adequação das escalas de avaliação da dor à idade da criança, tipo de dor e situação clínica;• Saber as principais orientações a ter em conta na criança submetida a procedimentos dolorosos;• Conhecer algumas das estratégias não farmacológicas de controlo da dor e como aplicá-las.

Fases	Duração	Conteúdos	Método	Recursos
Introdução	5 min	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora• Apresentação do tema	Expositivo	Computador portátil e projetor
Desenvolvimento	40 min	<ul style="list-style-type: none">• Definição de dor;• Importância da valorização da dor na criança;• Avaliação da dor na criança;• Escalas/instrumentos de avaliação da dor;• Estratégias de gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos;• Estratégias não farmacológicas para a gestão da dor.	Expositivo	Apresentação em PowerPoint
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none">• Síntese dos conteúdos abordados• Esclarecimento de dúvidas• Promoção da discussão sobre o tema	Expositivo Interativo	Video
Avaliação	5 min	<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento do questionário de avaliação da sessão	Interativo	Questionários e canetas

Apêndice II – Diapositivos apresentados na sessão



Sumário

- Definição de dor
- Importância da valorização da dor na criança
- A avaliação da dor na criança
 - Escalas/instrumentos de avaliação da dor
- Estratégias de gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos
 - Estratégias não farmacológicas
- Conclusão


Definição de dor

"A dor é uma experiência desagradável, associada com lesão tecidual concreta ou potencial, com componentes sensorial, emocional, cognitivo e social." (IED, 2016)


"É um tipo de percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (CIPE, versão 2)

É uma experiência:

- Subjetiva
- Variável
- Multifatorial



Mitos associados à dor na criança



“As crianças pequenas não sentem dor por causa da imaturidade do sistema nervoso.”

“As crianças não sentem tanta dor como os adultos.”

“As crianças acostumam-se à dor ou a procedimentos dolorosos.”

As crianças:

- Sentem dor;
- Guardam memória da dor;
- A dor não tratada tem consequências a longo prazo.




DGS, 2010



Importância da valorização da dor na criança

O controlo da dor na criança é:

- > Um **direito**. “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (artigo 5º, Carta da Criança Hospitalizada)
- > Um **dever**.
- > Um **indicador dos padrões de qualidade**
 - ❑ Maximizar o bem-estar da criança/jovem;
 - ❑ Prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas identificados: gestão da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas);
 - ❑ Aplicar rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2015).



Avaliação da dor na criança

Normas de boa prática na avaliação da dor (DGS, 2010)

- Acreditar-se sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos;
- Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter em conta o comportamento habitual da criança;
- Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) e com os pais/cuidador principal;
- Utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da criança;
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento.

Escalas/instrumentos de avaliação da dor

- Devem ser aplicados instrumentos **válidos, seguros e clinicamente sensíveis** considerando o **tipo de dor, situação clínica e idade da criança** (DGS, 2010).
- Os instrumentos utilizados "devem refletir as variações nas capacidades cognitivas, emocionais e físicas das crianças" (Hockenberry & Wilson, 2014).

Métodos de avaliação

Autoavaliação (a partir dos 3/4 anos)


Heteroavaliação (abaixo dos 4 anos)

É a criança que descreve e quantifica a sua própria dor

Quantificação da dor através da observação de parâmetros fisiológicos e/ou comportamentais

Escalas/instrumentos de avaliação da dor

- **Recém-nascidos**
- EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais
- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.



Escalas/instrumentos de avaliação da dor

- **Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar**
- FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).
- **Entre 4 e 6 anos**
- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos;
- Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.





Escalas/instrumentos de avaliação da dor

A partir dos 6 anos

- EVA (Escala Visual Analógica):



- EN (Escala Numérica):



- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised):



- Escala de faces de Wong-Baker



Os procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos) são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde.



Estratégias de gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos

Segundo a DGS (2012), devem ser observadas as seguintes orientações:

- Planear os procedimentos invasivos sempre que possível, agrupando-os e reduzindo o seu número;
- Preparar e informar previamente a criança/adolescente acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo;
- Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;
- Selecionar as intervenções não-farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas.

Estratégias não farmacológicas

- Complementares das estratégias farmacológicas;
- Eficazes na dor ligeira a moderada;
- Diminuem a perceção de dor;
- Tornam a dor mais tolerável;
- Diminuem a ansiedade e o medo;
- Aumentam o sentimento de controlo.

Estratégias não farmacológicas



Vantagens:

- Seguras;
- Não invasivas;
- De baixo custo;
- Sem efeitos secundários;
- Promovem a autonomia da criança e família;
- São intervenções autónomas de enfermagem.



Estratégias não farmacológicas

- **Amamentação:** Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
- **Soluções açucaradas (sacarose a 24% ou glicose a 30%):** Administrar 2 ml de solução oral (dose máxima) por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento (RN >36 s de gestação). É eficaz durante o primeiro ano de vida.
- **Sucção não nutritiva:** Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. Reservada aos lactentes que já usam chupeta.



Estratégias não farmacológicas

- **Contenção:** Envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca (swaddling) ou contenção manual usando as mãos do profissional ou pais para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Eficaz até cerca dos 3 meses de idade e quando associado a outras intervenções.
- **Distração:** Desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), antes e durante o procedimento, dependendo da idade e preferências da criança.



Estratégias não farmacológicas

- **Reforço positivo:** Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal ("gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi") ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificado), conforme combinado.
- **Preparação:** Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais.



Estratégias não farmacológicas

- Relaxamento muscular/exercícios respiratórios
- Massagem
- Posicionamento de conforto
- Imaginação guiada
- Modelação comportamental
- Aplicação de calor ou frio
- Aplicação de vibração (Buzzy®)



Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Abordagem da dor durante a vacinação.

Guia para profissionais de saúde

Porque é que a dor na vacinação pode ser um problema?

As reacções psicopatológicas da dor associadas ao estímulo de todos os órgãos do sistema são variáveis.

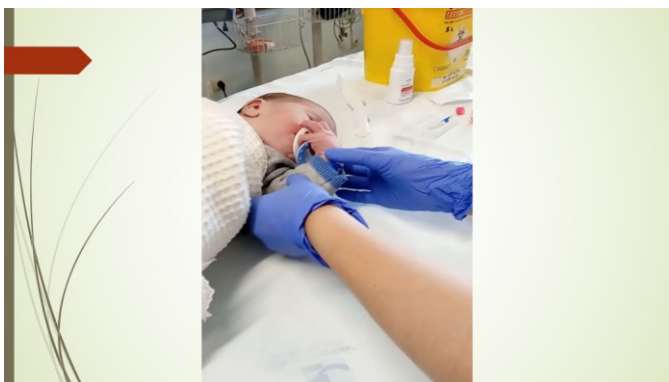
A dor pode fazer com que a criança desenvolva comportamentos negativos e resistências, condicionando os futuros actos e a capacidade de cooperação durante intervenções e exames.

As melhores 5 dicas de estratégias para reduzir a dor e a ansiedade da vacinação pedem realmente fazer o seguinte:

- 1. ESTRATÉGIAS DE PROCESSO**
 - EDUCAÇÃO**
Os pais devem receber educação e serem informados sobre como lidar com a dor e com a ansiedade e como ajudar a criança.
 - PREPARAÇÃO**
Há que explicar a criança o que vai acontecer, mostrando-lhe o que vai acontecer e a criança deve estar preparada para lidar com a dor e a ansiedade.
- 2. ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS**
 - ANESTÉSICOS TÓPICOS**
A aplicação de anestésicos tópicos (como a lidocaína) pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação.
- 3. ESTRATÉGIAS PSICOLÓGICAS**
 - COMUNICAÇÃO**
A comunicação clara e honesta com a criança é essencial para reduzir o medo e a ansiedade.
- 4. ESTRATÉGIAS DE DOR**
 - RELAXAR**
A relaxação muscular pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação.
- 5. ESTRATÉGIAS DE PROLONGAMENTO**
 - NÃO ASPRAR**
A aspiração de ar durante a vacinação pode causar dor e ansiedade.

MÚLTIPAS INJEÇÕES
A aplicação de múltiplas injeções pode causar dor e ansiedade.

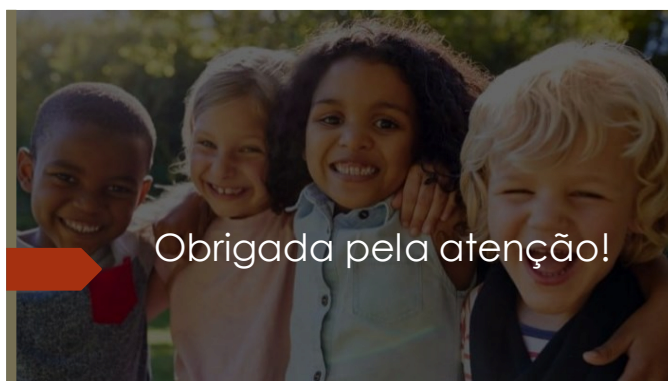
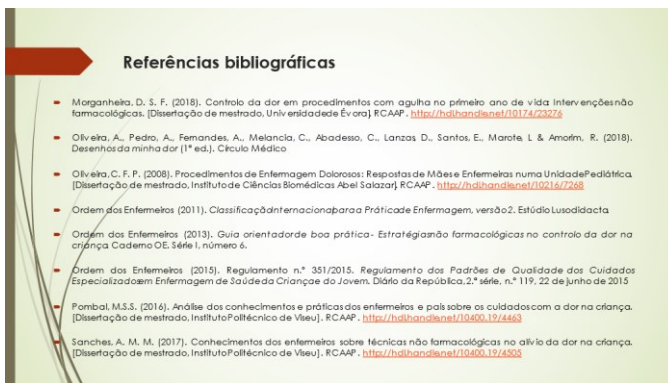
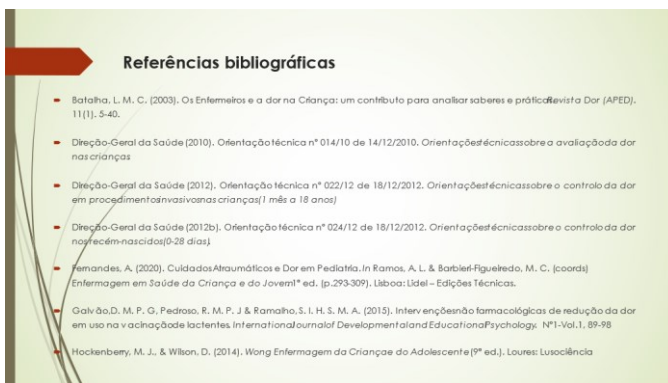
APED



Conclusão

- A dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão;
- A sua avaliação permite reconhecer a criança com dor, objectivar um fenómeno por natureza subjectivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde, facilitando a tomada de decisões homogéneas;
- A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, atualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.
- O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada.

DGS, 2010



Apêndice III – Avaliação da formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

“Gestão da dor na criança em procedimentos dolorosos”

A avaliação da formação constitui um momento-chave para analisar se os objetivos inicialmente propostos foram atingidos de forma satisfatória e é um momento de reflexão sobre o trabalho desenvolvido, que permite uma otimização ou ajustes em futuras formações. Por este motivo, **o seu contributo é fundamental** pelo que solicito o preenchimento do questionário que se segue, que é **anónimo e confidencial**.

Das seguintes afirmações, assinale com um (X) as que considera Verdadeiras (V) ou Falsas (F):

	V	F
1. A experiência de dor na criança resulta de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.		
2. As crianças pequenas não sentem tanta dor como os adultos devido à imaturidade do seu sistema nervoso.		
3. A adequada gestão da dor na criança é um indicador de qualidade dos serviços de saúde.		
4. Consideram-se normas de boa prática na avaliação da dor conversar com a criança, dar-lhe tempo para expressar a sua dor e acreditar sempre nela.		
5. A avaliação da dor na criança só é possível quando esta começa a falar.		
6. A escolha da escala de avaliação da dor deve ser feita pela criança/pais.		
7. A preparação para os procedimentos dolorosos deve ser feita usando linguagem e estratégias adequadas à idade e desenvolvimento cognitivo da criança.		
8. A amamentação deve ser usada como estratégia não farmacológica de controlo da dor apenas após o procedimento doloroso, para consolar o bebé.		
9. A administração de uma solução açucarada, associada ao uso da chupeta e à contenção tem eficácia comprovada no controlo da dor nas crianças nos primeiros meses de vida.		

Assinale com um X a resposta que melhor traduz a sua opinião

Conteúdos programáticos	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Pertinência do tema na sua atividade profissional				
Conteúdos abordados na ação de formação				
Nível de conhecimentos adquiridos no final da sessão				

Organização da formação	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos utilizados				
Adequação dos meios audiovisuais				
Duração da ação de formação				

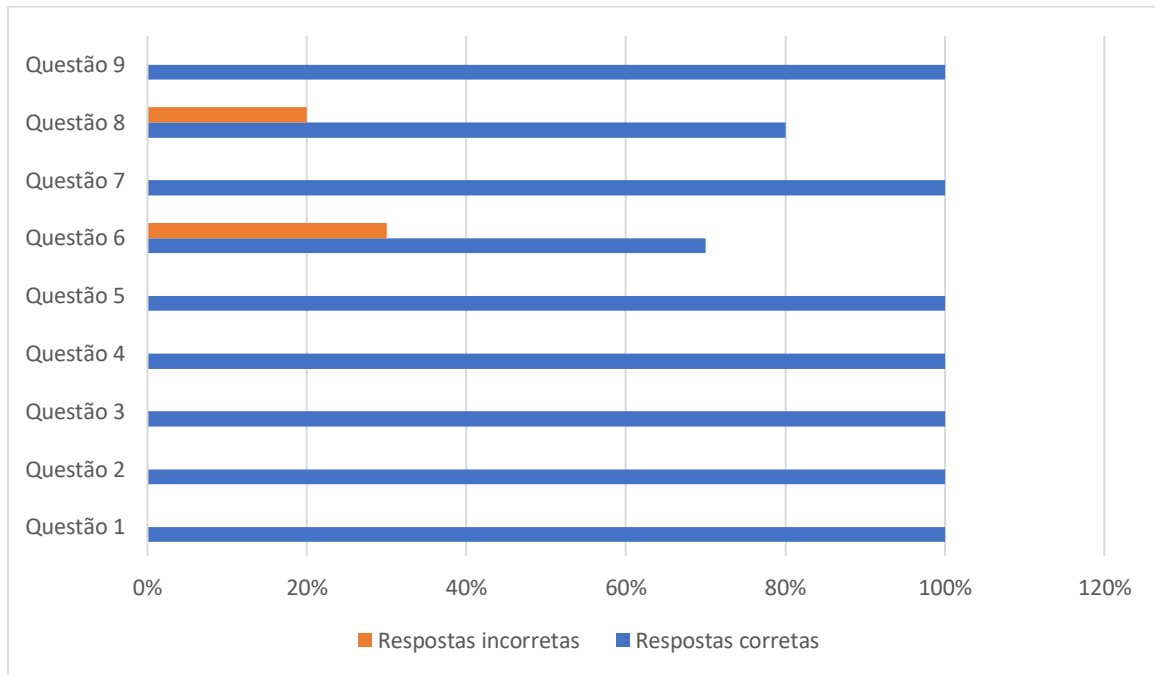
Formador	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do tema				
Adequação da metodologia adotada				
Clareza dos conteúdos abordados				
Relacionamento com os formandos				

Sugestões/comentários:

Grata pela colaboração!

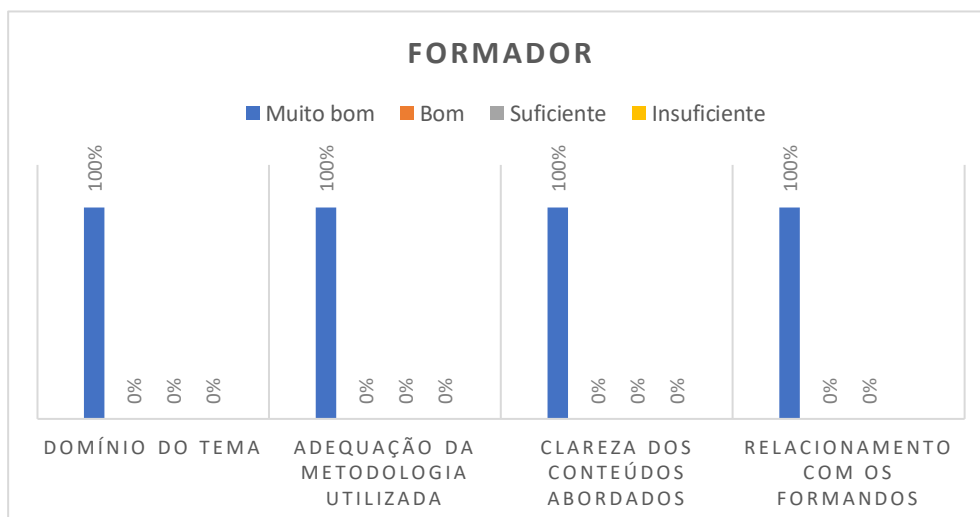
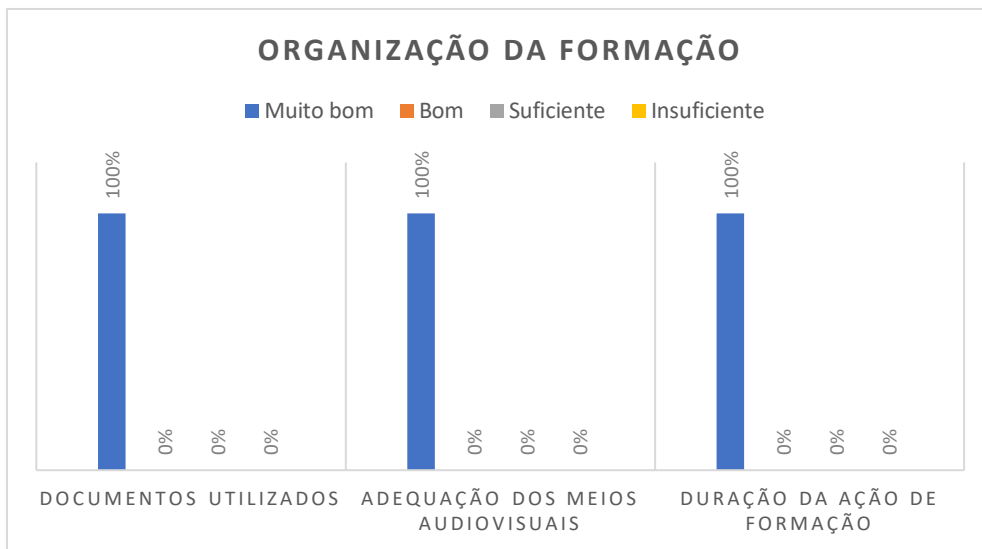
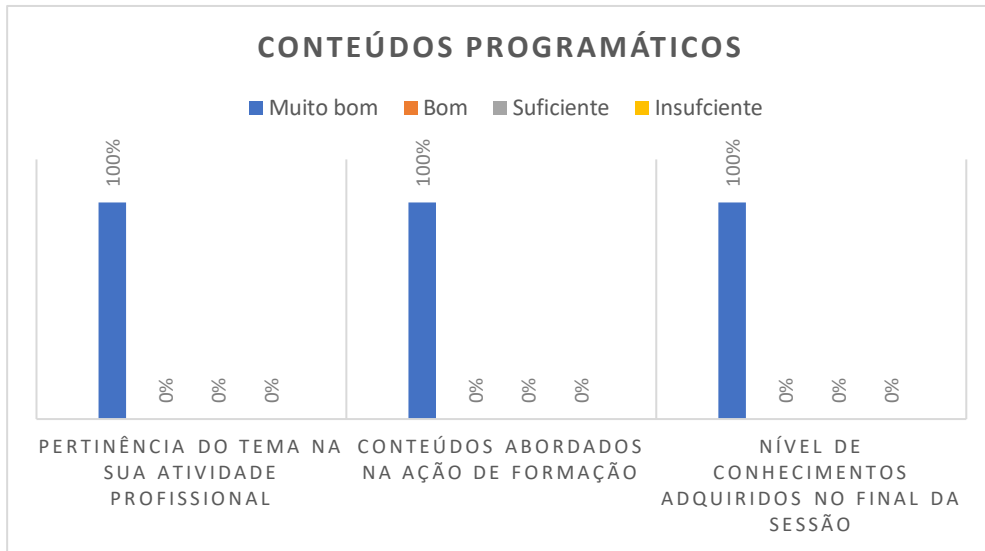
RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE PARES

Estiveram presentes na formação 10 enfermeiros: 9 exerciam funções na UCC, o que corresponde a 75% da totalidade dos enfermeiros dessa unidade, e apenas um exercia funções numa USF. A presença de enfermeiros das USF ficou muito aquém do pretendido. Todos os formandos presentes responderam ao questionário de avaliação da formação. Relativamente aos conhecimentos demonstrados no final da formação, estes estão patentes no seguinte gráfico:



Da análise do gráfico, pode-se constatar que a grande maioria das questões foi respondida corretamente, apenas a questão 6 e 8 obtiveram respostas incorretas, com uma taxa de respostas corretas de 94,4% (5 respostas erradas em 90 possíveis). Os resultados obtidos permitem inferir que a maioria dos conhecimentos veiculados na formação foram adquiridos de forma muito satisfatória.

No que diz respeito à avaliação da sessão e do formador, os resultados foram globalmente muito positivos, tendo todos os itens obtido a classificação de Muito Bom, o que se coaduna com o feedback verbal obtido durante e no final da formação. As respostas obtidas encontram-se expressas nos gráficos seguintes.



APÊNDICE IV – Revisão Integrativa da Literatura



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Os contributos da presença do enfermeiro na escola para as
crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e a sua
família: revisão integrativa da literatura**

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Por

Alexandra Raquel Rodrigues Brito Duarte

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – abril de 2023

Resumo

Introdução: As crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 requerem a continuidade do seu regime terapêutico na escola, pelo que estes devem ser apoiados no contexto escolar, de acordo com as suas necessidades individuais, por pessoal devidamente capacitado.

Objetivo: Pretende-se analisar os contributos que a presença do enfermeiro na escola tem para as crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e para a sua família.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura segundo a metodologia PICO, através da pesquisa de artigos científicos em bases de dados online, publicados entre 2018 e 2022, em português e inglês e com texto integral disponível, utilizando os descritores definidos previamente.

Resultados: Após o processo seletivo, foram incluídos no estudo 3 artigos. Estes estudos permitiram aferir que as crianças cumpriam melhor o regime terapêutico da diabetes mellitus tipo 1 e atingiam um melhor controlo metabólico quando a escola tinha um enfermeiro presente a tempo integral. Para além disso, encontrou-se uma associação entre a presença do enfermeiro na escola e uma menor taxa de absentismo e um melhor desempenho académico. Os pais sentiam-se mais satisfeitos com os cuidados prestados aos seus filhos diabéticos quando estes eram prestados ou supervisionados por um enfermeiro e percecionavam que estes estavam mais seguros. Esta satisfação e perceção de segurança era menor quanto maior a idade da criança/adolescente.

Conclusão: A assistência proporcionada por um enfermeiro escolar contribui para o aumento da segurança das crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, a melhoria do controlo metabólico e um melhor desempenho académico, bem como o aumento da satisfação dos pais com os cuidados prestados, pelo que a presença de um enfermeiro escolar deve ser advogada.

Palavras-chave: enfermeiro escolar, diabetes mellitus tipo 1, crianças, adolescentes

Abstract

Introduction: Children/adolescents with type 1 diabetes mellitus require continuity of their therapeutic regimen at school, so they should be supported in the school context, according to their individual needs, by duly trained personnel.

Objective: The aim is to analyse the contributions that the presence of a nurse at school has for children and adolescents with type 1 diabetes mellitus and for their family.

Methodology: An integrative literature review was carried out according to the PICO methodology, through the search of scientific articles in online databases, published between 2018 and 2022, in Portuguese or English and with full text available, using previously defined descriptors.

Results: After the selection process, 3 articles were included in the study. These studies made it possible to verify that children were better complied with the therapeutic regimen for type 1 diabetes mellitus and achieved better metabolic control when the school had a full-time nurse. Furthermore, an association was found between the presence of a nurse at school and a lower rate of absenteeism and better academic performance. Parents felt more satisfied with the care provided to their diabetic children when it was provided or supervised by a nurse and perceived that they were safer. This satisfaction and perception of safety was lower the older the child/adolescent was.

Conclusion: The assistance provided by a school nurse contributes to increasing the safety of children and adolescents with type 1 diabetes mellitus, improving metabolic control and better academic performance, as well as increasing parents' satisfaction with the care provided, so the presence of a school nurse should be advocated.

Keywords: school nurse, type 1 diabetes mellitus, children, adolescents

Lista de Siglas

AAP – American Academy of Pediatrics

DGS – Direção Geral de Saúde

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo 1

EUA – Estados Unidos da América

HbA1c – Hemoglobina Glicosilada

NASN – National Association of School Nurses

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

PSI – Plano de Saúde Individual

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

1. Introdução

A diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é a doença metabólica mais comum na idade pediátrica. Trata-se de uma doença crónica, geralmente autoimune, caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas que produzem insulina, o que leva a uma deficiência absoluta de insulina, com consequente hiperglicemia (Esposito, et al., 2019). Apresenta um grande impacto na saúde e bem-estar da criança/adolescente, sobretudo quando há um mau controlo metabólico, e está frequentemente associada a disfunção de vários órgãos e complicações vasculares, sendo as principais a retinopatia, a doença renal diabética e a neuropatia, complicações estas que surgem geralmente após o início da puberdade ou após 5 a 10 anos de doença (Chiang, et al., 2018).

Estima-se que a prevalência de DM1 esteja a aumentar um pouco por todo o mundo, particularmente no caso das crianças. Em Portugal, os dados mais recentes reportam-se a 2015: segundo os dados do Registo Nacional – DOCE (Diabetes: registo de Crianças e jovens), esta doença afetava, nesse ano, um total de 3327 crianças com idade compreendida entre os 0 e os 19 anos, o que corresponde a uma prevalência de 0,16% da população nesta faixa etária (Observatório Nacional da Diabetes, 2017).

Após o diagnóstico de DM1, é necessária uma franca alteração do estilo de vida da criança/adolescente dado que a sua saúde e bem-estar dependem da gestão permanente de três eixos fundamentais: a administração de insulina, a alimentação e a atividade física. A par desta gestão, para alcançar um melhor controlo metabólico, é ainda fundamental a monitorização frequente da glicose sanguínea (glicémia capilar ou glicose intersticial), pilar fundamental na prevenção de complicações (DGS, 2016).

Contudo, é necessário ter em consideração que as crianças/adolescentes passam grande parte do seu dia na escola, como tal, o tratamento e gestão da diabetes deve ser apoiado no contexto escolar, de acordo com as necessidades individuais. Embora a criança/adolescente adquira progressivamente autonomia na gestão da sua doença, a escola deve ter pessoal devidamente capacitado para apoiar os alunos com DM1, para garantir a manutenção do tratamento e a prestação de cuidados nas situações de descompensação da doença (DGS, 2016). É fundamental que a criança/adolescente com DM1 possa ter as mesmas condições para o seu pleno desenvolvimento na escola que os seus pares, as mesmas oportunidades para participar em atividades curriculares e não

curriculares, de modo a minimizar o impacto que a doença possa ter no seu desempenho escolar (Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2019).

No contexto nacional, existem equipas de Saúde Escolar, integradas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), onde se destacam os enfermeiros de Saúde Escolar que são os responsáveis pela articulação entre as escolas, os serviços de saúde e os pais/encarregados de educação. Sempre que é identificada uma Necessidade de Saúde Especial (NSE), como é o caso da DM1, a equipa de Saúde Escolar elabora o Plano de Saúde Individual (PSI) de acordo com o plano terapêutico da consulta de especialidade, com a participação dos pais e de elementos da escola onde a criança está integrada. Para além da elaboração do PSI, é responsável por acompanhar a implementação do mesmo, bem como promover a formação sobre DM1 e capacitar a comunidade educativa para o acompanhamento do aluno com DM1 (DGS, 2016).

No entanto, muitas destas equipas têm dificuldade em dar resposta aos objetivos de intervenção em Saúde Escolar devido à escassez de recursos humanos e ao elevado número de alunos que abrangem. No cálculo das dotações seguras para a área da Saúde Escolar está preconizado um enfermeiro especialista por cada 1500 alunos saudáveis e um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica por cada 150 alunos com NSE (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Porém, um estudo nacional recente concluiu que os enfermeiros de Saúde Escolar não são suficientes de acordo com o preconizado pois o rácio encontrado situava-se entre 1000 e 2000 alunos por enfermeiro, independentemente da existência ou não de alunos com NSE (Lusquinhos, 2022).

Para além disso, têm-se verificado algumas lacunas no que diz respeito à gestão da DM1 em contexto escolar: a não continuidade do regime terapêutico na escola, o apoio insuficiente na avaliação da glicémia capilar ou na administração de insulina, o desconhecimento sobre a doença e a insegurança por parte de professores e profissionais não docentes em lidar com alunos com esta patologia (DGS, 2016). Estas lacunas vão de encontro aos resultados de vários estudos realizados a nível internacional. Estes indicam que a comunidade educativa não está devidamente preparada para dar resposta às necessidades das crianças/adolescentes com DM1: os professores percecionam ter baixo nível de conhecimentos sobre a diabetes, como reconhecer complicações agudas tais como a hipoglicemia e a hiperglicemia e como atuar perante estas, como administrar insulina ou glucagon (Holmstrom, Haggstrom, & Soderberg, 2018), (Gutiérrez-Manzanedo, et al., 2018), (Camargo & Carvalho, 2020), (Junco & Fernández-Hawrylak,

2022), (Issa, 2022). Isto pode ter impacto negativo na gestão da doença, com consequente aumento do risco de complicações futuras.

Muitas destas dificuldades são também sentidas pelos pais/cuidadores das crianças/adolescentes com DM1, que percecionam que os seus filhos não estão seguros na escola. Estes relatam, em alguns estudos, insegurança com o nível de conhecimentos dos professores em relação à doença e com a administração de insulina por parte da criança/adolescente sem supervisão (Pinelli, et al., 2011), (Alaqeel, 2019), (Zamarlik & Piątek, 2020), insuficiência na atuação e falta de formação dos profissionais da escola para reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, dificuldades na inclusão do aluno e inadequação da alimentação fornecida pela escola (Braga, Bomfim, & Sabbag-Filho, 2012). Estas preocupações parentais, aliadas aos sentimentos de medo e ansiedade que o diagnóstico causa, têm implicações no bem-estar físico e emocional da família. Reflete-se também no aumento do absentismo laboral, sobretudo no caso das mães, pela necessidade de deslocações frequentes à escola para administrar insulina ou quando surgem complicações agudas, com consequente impacto económico na família (Marks, Wilson, Blythe, & Johnston, 2020). Para a criança/adolescente, pode implicar aumento da frequência de internamentos devido a descompensação da doença, aumento do absentismo escolar e impacto sobre o seu desempenho académico.

Em alguns países, a promoção da saúde e bem-estar dos alunos nas escolas, bem como o acompanhamento daqueles que apresentam NSE, como é o caso da criança/adolescente com DM1, é efetuado por enfermeiros escolares, ou seja, enfermeiros que têm como local de trabalho a escola. A prática dos enfermeiros escolares iniciou-se em 1902, nos Estados Unidos da América (EUA), tendo vindo a evoluir a partir dessa data. Em 1968, surgiu a *National Association of School Nurses* (NASN), uma associação dedicada à promoção da prática de enfermagem escolar com vista à otimização da saúde e da aprendizagem das crianças em idade escolar (NASN, 2023), assente na premissa que o estado de saúde de um aluno está diretamente relacionado com a sua capacidade de aprender (NASN, 2012). A NASN defende que todas as escolas devem ter a presença de um enfermeiro escolar todos os dias, durante todo o horário letivo (NASN, 2023). Vários estudos suportam que a presença do enfermeiro na escola permite reduzir a morbilidade através da promoção e educação para a saúde, dos cuidados preventivos, do reconhecimento precoce de complicações e da melhoria da gestão das doenças, bem como a diminuição do absentismo escolar (AAP Council on School Health, 2016).

Perante esta problemática, pretendeu-se com o presente estudo analisar os contributos da presença do enfermeiro na escola para as crianças e adolescentes com DM1 e para a sua família, procurando responder à questão de investigação: *Quais os contributos da presença do enfermeiro na escola para as crianças e adolescentes com DM1 e a sua família?*

2. Metodologia

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa relevante para a enfermagem na medida em que permite a síntese do conhecimento científico atual de um determinado tema, o que irá suportar a tomada de decisão clínica e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por esse motivo, este foi o método escolhido para dar resposta à questão de investigação supracitada, com base na evidência científica mais atual.

Para elaborar a questão referida, seguiu-se a metodologia PICO (acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes/resultados) definindo:

- P – Crianças/adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e a sua família;
- I – Presença do enfermeiro na escola;
- C – Não aplicável;
- O – Contributos.

Para delimitar a pesquisa nas bases de dados, utilizou-se os descritores MeSH (Medical Subject Headings) combinados com os operadores booleanos AND e OR, resultando na seguinte frase booleana: “school nurs*” AND “type 1 diabetes” AND “Children OR Adolescents”.

A etapa seguinte consistiu na busca pela evidência científica acerca do tema nas bases de dados MEDLINE, MEDLINE Complete, Complementary Index, CINAHL Complete, Academic Search Index, Academic Search Complete, Directory of Open Access Journals, Education Source, Supplemental Index, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScienceDirect, SPORTDiscus with Full Text e RCAAP através do agregador de conteúdos EBSCO, durante o mês de janeiro de 2023.

Para seleção das publicações encontradas, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto completo disponível online, redigidos nos idiomas inglês ou português e publicados nos últimos cinco anos (2018 a 2022). Como critério de exclusão, definiu-se artigos relacionados com a diabetes mellitus tipo 2.

3. Apresentação dos resultados

Da pesquisa inicial efetuada, resultaram 464 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, obtiveram-se 118 artigos dos quais foram excluídos 113 artigos após a aplicação dos critérios de exclusão e a leitura cuidadosa do título (e, quando necessário, do resumo), por não darem resposta à questão de investigação colocada. Foram elegíveis, deste modo, para leitura integral, 5 artigos. Após a leitura completa dos mesmos, foram ainda excluídos 2 artigos por se focarem em aspetos considerados não relevantes para esta pesquisa. Este processo seletivo encontra-se expresso no seguinte fluxograma representado na **Figura 1**.

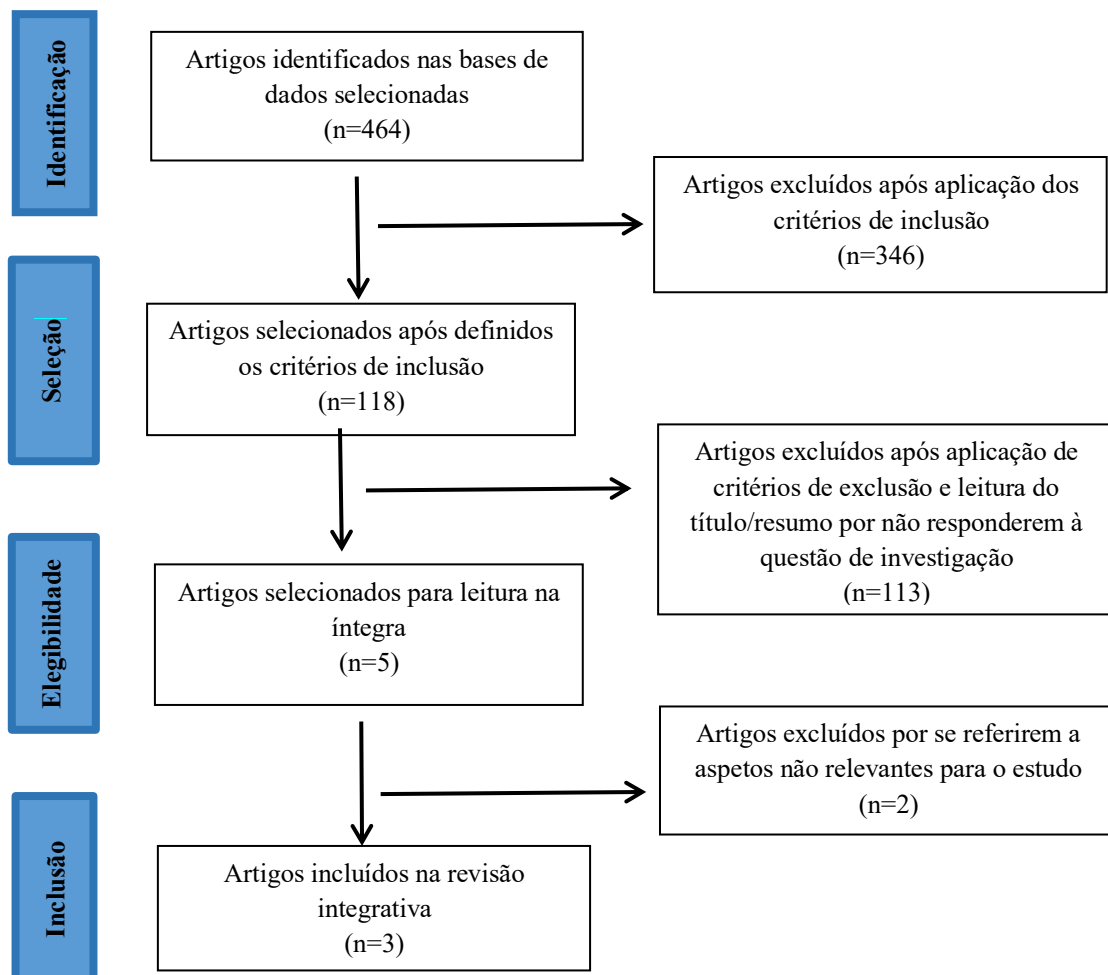


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos para revisão integrativa (Diagrama Prisma)

Foram, então, incluídos no presente estudo três artigos. O primeiro diz respeito a uma revisão integrativa da literatura realizada em 2018, na Polónia (Stefanowicz & Stefanowicz, 2018). Os restantes artigos são estudos descritivos correlacionais, ambos publicados em 2022, um realizado nos EUA (Wilt, 2022) e outro na Grécia (Drakopoulou, et al., 2022). Todos os estudos se debruçam sobre as perceções que as crianças/adolescentes com DM1 e/ou os seus pais têm sobre a presença do enfermeiro na escola e o seu papel no cuidado à criança/adolescente com DM1. A síntese e análise crítica dos dados obtidos encontra-se expressa na seguinte tabela de evidências (tabela 1).

	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3
Título/ autor(es)/ ano	<p>Título: <i>The role of a school nurse in the care of a child with diabetes mellitus type 1 – the perspectives of patients and their parents: literature review</i></p> <p>Autores: Anna Stefanowicz, Joanna Stefanowicz</p> <p>Ano: 2018</p>	<p>Título: <i>Care and safety of schoolchildren with type 1 diabetes mellitus: parental perceptions of the school nurse role</i></p> <p>Autores: Marianna Drakopoulou et al.,</p> <p>Ano: 2022</p>	<p>Título: <i>The role of school nurse presence in parent and student perceptions of helpfulness, safety, and satisfaction with type 1 diabetes care</i></p> <p>Autor: Lori Wilt</p> <p>Ano: 2022</p>
Objetivos	Explorar as opiniões das crianças com DM1 e dos seus pais sobre a presença de um enfermeiro na escola	Investigar as perceções dos pais sobre o cuidado e a segurança dos seus filhos com DM1 na escola	Determinar as relações entre a satisfação dos pais com o tratamento da DM1 na escola, o relato dos pais sobre a segurança relacionada com a DM1, o relato dos adolescentes sobre a utilidade do enfermeiro escolar e a presença de um enfermeiro escolar.
Tipo de estudo	Revisão da literatura	Estudo descritivo correlacional transversal	Estudo descritivo correlacional
Metodologia (amostra, instrumentos de recolha de dados, procedimento de análise de dados)	Análise de 12 artigos	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra de conveniência - n=356 pais com um filho entre os 6 e os 18 anos de idade com DM1 - preenchimento de 2 questionários online; - Análise estatística dos dados 	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra de conveniência - n=89 díades pais-adolescentes - Adolescentes com DM1, com idade entre os 10 e 16 anos: questionário sobre perceção da utilidade do enfermeiro escolar - Questionário parental: perceção da segurança e satisfação com a DM1 - Análise estatística dos dados

<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 70% dos pais defendem que a escola deve ter um enfermeiro treinado para cuidar de crianças com DM1; - 76% defendem que um enfermeiro escolar deve estar sempre disponível na escola. - Pais e crianças defendem a contratação de um enfermeiro escolar a tempo integral; - Na ausência de um enfermeiro escolar, a educação de toda comunidade educativa permite aumentar a segurança das crianças com DM1; - O enfermeiro escolar deve educar e avaliar a prontidão da criança para aprender sobre cuidados com a DM1; - A supervisão e monitorização dos níveis de glicose e dose de insulina a administrar feitas pelo enfermeiro escolar melhora os níveis de HbA1c; - Os pais defendem que os seus filhos fazem uma melhor gestão da DM1 quando um enfermeiro está presente na escola, realiza educação sobre a doença, supervisiona e cuida das crianças; 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 58,8% dos casos, a escola tinha um enfermeiro escolar (em tempo integral em 79,6% dessas escolas); - 92,9% dos pais consideravam o papel do enfermeiro escolar bastante/muito importante; - 44,6% dos pais sentiam que os seus filhos estavam muito/extremamente seguros durante o período escolar; 42,4% dos pais estavam muito/extremamente satisfeitos com o cuidado providenciado aos seus filhos durante o período escolar; - Os pais sentem-se mais seguros quando a maioria dos cuidados eram providenciados pelo enfermeiro escolar em comparação com os cuidados prestados por eles próprios ou pela criança; - O desempenho escolar era melhor e o valor mais recente de HbA1c mais baixo quando um enfermeiro escolar estava presente; - Os pais sentiam-se menos seguros e menos satisfeitos com os cuidados prestados aos seus filhos quanto mais velhas as crianças eram; 	<ul style="list-style-type: none"> - 95,4% dos participantes frequentavam escolas com pelo menos um enfermeiro escolar; - Os pais sentem menor segurança e menor satisfação com os cuidados com a DM1 quanto maior a idade dos filhos, quando estes frequentam o ensino secundário ou frequentam escolas com uma maior proporção de enfermeiro escolar/alunos; - A perceção de segurança dos pais aumenta quanto maior é a sua satisfação com os cuidados com a DM1 e quanto maior é a perceção da utilidade do enfermeiro escolar pelos seus filhos; - A maioria dos pais relatam aspetos positivos na sua interação com o enfermeiro escolar, considerando-o indispensável para a sua educação sobre DM1; contudo, 29,6% dos pais referiram que não aprenderam nada com o enfermeiro escolar e 13% referiu que este precisava de mais formação sobre DM1;
--------------------------	---	---	---

	- Os cuidados de enfermagem na escola diferem de país para país.	- A satisfação dos pais era maior quanto mais elevado o seu nível de escolaridade.	- Muitos pais descrevem como insuficiente o número de enfermeiros escolares para cuidar dos alunos com DM1; - Adolescentes mais velhos e os que frequentam o ensino secundário consideram o enfermeiro escolar como menos útil; - Adolescentes do sexo masculino consideram o enfermeiro escolar mais útil que os do sexo feminino; - ¾ dos adolescentes referem o enfermeiro escolar como muito ou de alguma forma útil, mas 26,9% dos adolescentes referem que não aprenderam nada com o enfermeiro escolar.
Conclusões	Segundo a maioria dos estudos, pais e crianças consideram que a presença do enfermeiro na escola aumenta a segurança dos alunos com DM1 e melhora o controlo metabólico. De acordo com estes, todas as escolas deveriam ter um enfermeiro escolar a tempo integral com formação na área da diabetes.	A presença diária de um enfermeiro na escola ajuda a diminuir o absentismo, a melhorar o desempenho escolar e a obter um melhor controlo metabólico. A presença do enfermeiro na escola também aumenta a sensação de segurança e a satisfação dos pais com os cuidados prestados aos seus filhos com DM1.	A satisfação dos pais com os cuidados com a DM1 e a sua perceção que os filhos estão seguros na escola aumentam com a presença de um enfermeiro diariamente na escola. A perceção da utilidade do enfermeiro escolar varia na razão inversa da idade e nível de escolaridade dos adolescentes.

Tabela 1- Síntese e análise dos artigos incluídos na revisão

4. Discussão dos resultados

Nos últimos cinco anos, são escassos os estudos que se debruçam sobre os contributos que a presença de um enfermeiro na escola tem para as crianças/adolescentes com DM1 e para a sua família. Isto pode dever-se ao facto de a presença de um enfermeiro na escola não ser uma realidade transversal a todos os países, pelo que os cuidados requeridos por crianças e adolescentes com DM1 em contexto escolar são prestados de formas distintas consoante o país. Stefanowicz e Stefanowicz (2018), na revisão da literatura que levaram a cabo, concluíram que, na maioria dos países, um enfermeiro escolar presta serviço em algumas escolas, sendo limitada a sua disponibilidade diária para cada uma delas, ou seja, não há um enfermeiro em permanência na escola. Por exemplo, nos EUA, grande parte das escolas têm um enfermeiro a tempo integral, ao passo que em Espanha, apenas 22% das escolas têm a presença de um enfermeiro escolar (Stefanowicz & Stefanowicz, 2018), e na Grécia, apenas existem enfermeiros escolares nas escolas públicas se for feito um pedido específico dos pais de crianças com NSE, mediante apresentação de atestado médico que comprove a necessidade de apoio por um enfermeiro na escola (Drakopoulou, et al., 2022). Em Portugal, a figura do enfermeiro escolar apenas é encontrada em algumas instituições de ensino particular, sendo as equipas de Saúde Escolar (do qual faz parte o enfermeiro), alocadas às UCC, as responsáveis pelo apoio à criança/adolescente com DM1 nos estabelecimentos de ensino público.

Apesar destas discrepâncias, cabe ao enfermeiro identificar as necessidades de saúde dos alunos com DM1, organizar e coordenar os cuidados de que estes necessitam durante o tempo que permanecem no ambiente escolar. Presente de forma permanente na escola ou não, é da sua responsabilidade efetuar educação sobre a doença e os cuidados a ela inerentes a toda a comunidade educativa e capacitar um pequeno grupo de profissionais designados pela escola para o acompanhamento e apoio do aluno diabético, para que estes cuidados possam ser garantidos na ausência do enfermeiro (DGS, 2016), (Jackson, et al., 2015).

Na maioria dos estudos analisados por Stefanowicz e Stefanowicz (2018), os pais e as crianças defenderam que todas as escolas deveriam ter um enfermeiro escolar a tempo integral, o que vai de encontro às recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP Council on School Health, 2016) e à posição defendida pela NASN (NASN, 2023), e que este deveria ter formação na área da diabetes. Pais e crianças advogaram que a presença do

enfermeiro na escola aumenta a segurança dos alunos com DM1 pois reconhecem no enfermeiro uma maior competência no reconhecimento precoce de complicações agudas, bem como a capacidade de atuar perante estas, relativamente a outro funcionário escolar. Para além disso, os pais perceberam que os seus filhos cumpriam melhor o regime terapêutico da DM1 quando um enfermeiro escolar estava presente. Alguns estudos analisados pelas autoras supracitadas permitiram concluir que, quando a monitorização dos níveis de glicose e o ajuste da dose de insulina a administrar eram realizados ou supervisionados por um enfermeiro, os níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c) eram menores, ou seja, havia um melhor controlo metabólico (Stefanowicz & Stefanowicz, 2018).

A relação entre a presença do enfermeiro na escola e valores mais baixos de HbA1c também foi encontrada no estudo de Drakopoulou, et al. (2022). Para além disso, estes autores encontraram uma correlação positiva entre a presença de um enfermeiro escolar e um menor absentismo e um melhor desempenho académico. Este fator pode estar relacionado com o facto de que um mau controlo glicémico (hipoglicemias graves, hiperglicemia crónica) provocar um declínio significativo na função da memória, lentidão na velocidade psicomotora e diminuição da atenção, e ter impacto na função cognitiva levando, conseqüentemente, a um baixo rendimento académico (Tonoli, et al., 2014), (Jing He, Li, Wanting Liu, & Zhu, 2018).

A perceção dos pais acerca da segurança e dos cuidados prestados aos seus filhos com DM1 na escola foi igualmente alvo de investigação por Drakopoulou et al. No seu estudo, os autores concluíram que os pais sentiam-se mais seguros quando era o enfermeiro a prestar a maioria dos cuidados relacionados com a DM1 que os seus filhos necessitavam, em comparação com os cuidados prestados por eles mesmos ou pelas crianças. Deste modo, a presença do enfermeiro na escola aumentou a perceção de segurança e a satisfação dos pais com os cuidados prestados aos seus filhos com DM1 (Drakopoulou, et al., 2022). Esta conclusão também é corroborada por Wilt: no seu estudo, em que 95% dos participantes frequentavam escolas com pelo menos um enfermeiro escolar a tempo integral, encontrou níveis elevados de satisfação dos pais com os cuidados relacionados com a DM1 e de perceção que os filhos estão seguros na escola (Wilt, 2022).

Outro achado a considerar no estudo de Drakopoulou et al. foi que, quanto mais velhas as crianças eram, menor a probabilidade de os pais se sentirem seguros ou satisfeitos com os cuidados prestados aos seus filhos (Drakopoulou, et al., 2022). Wilt chegou a conclusões semelhantes: os pais sentem menor segurança e menor satisfação com os

cuidados prestados aos seus filhos com DM1 quanto maior a idade das crianças e quando estes frequentam níveis de escolaridade mais elevados; para além disso, os adolescentes mais velhos também percecionaram o enfermeiro escolar como menos útil em comparação com os adolescentes mais novos (Wilt, 2022). Isto pode dever-se ao facto de os adolescentes adquirirem progressivamente autonomia na gestão da sua doença, como seja a administração de insulina e a autovigilância, e serem mais independentes nas escolhas alimentares que fazem e na gestão da atividade física, logo procurarem o apoio e orientação do enfermeiro com muito menos frequência. Todavia, a autonomia dos adolescentes não pode ser interpretada como menor necessidade de supervisão. Os adolescentes com DM1 carecem de uma atenção redobrada por parte da enfermagem pois encontram-se num processo complexo em que, a par da adaptação às mudanças desenvolvimentais próprias da adolescência, precisam de se adaptar às alterações e restrições decorrentes da sua doença crónica. Num estudo realizado por Flora e Gameiro (2016), concluiu-se que o conhecimento global sobre a DM1 era de nível bom entre os adolescentes. Contudo, verificou-se a prevalência de conceitos erróneos sobre a doença nesta população que podem impactar na gestão do autocuidado da DM1. Para além disso, a maior percentagem de nível de conhecimento considerado insuficiente foi no domínio da administração de insulina e das complicações agudas e crónicas (Flora & Gameiro, 2016). Outros estudos consideraram os adolescentes como um grupo de risco para uma inadequada gestão da DM1, com uma adesão ao regime terapêutico abaixo do ideal (Rausch, et al., 2012), (Hilliard, Wu, Rausch, Dolan, & Hood, 2013). Por isso, deverão ser avaliadas as capacidades individuais de cada adolescente, o seu estágio de desenvolvimento e maturidade psicológica para lidar com a doença, bem como o seu nível de conhecimentos acerca da doença, para avaliar a sua real necessidade de cuidados.

Embora no estudo de Wilt o grau de satisfação dos pais com o cuidado relacionado com a DM1 recebido pelos seus filhos na escola tenha sido alto, cerca de 30% dos pais relataram que não aprenderam nada com o enfermeiro escolar e 13% referiram que este precisava de mais formação sobre DM1 (Wilt, 2022). Estes resultados vêm demonstrar que, apesar da presença do enfermeiro na escola ser importante e trazer contributos nomeadamente o aumento da segurança dos alunos com DM1, proporcionar uma melhoria do controlo metabólico e um melhor desempenho académico, não é o único fator a ter em conta. O enfermeiro que trabalha em saúde escolar deve não só manter os seus conhecimentos sobre a DM1 atualizados, baseados na melhor evidência científica, mas

também ter conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil e desenvolver competências comunicacionais que se adequem à faixa etária e ao estágio de desenvolvimento da criança, não esquecendo a importância de manter a comunicação com a família e a articulação com a restante comunidade educativa. Só assim a sua presença trará mais contributos e o reconhecimento que a profissão almeja.

5. Conclusão

O presente estudo pretendeu explorar, na literatura mais atual, evidências dos contributos que a presença do enfermeiro na escola tem para as crianças e adolescentes com DM1 e a sua família. Apesar da prática do enfermeiro escolar não ser transversal à maioria dos países, como é o caso de Portugal, é fundamental que a escola proporcione um ambiente seguro às crianças/adolescentes com DM1 e com as mesmas oportunidades educativas que as outras crianças, para diminuir o impacto que a doença possa ter.

Dos estudos analisados, pode-se concluir que as crianças/adolescentes com DM1 e os seus pais valorizam o apoio e os cuidados prestados por um enfermeiro no contexto escolar, pelo que defendem que todas as escolas deveriam ter um enfermeiro a tempo integral. A presença do enfermeiro na escola aumenta a satisfação dos pais com os cuidados relacionados com a DM1, para além de aumentar a perceção de que os seus filhos estão seguros durante o período escolar.

Para além das perspetivas dos pais e alunos, os estudos também evidenciaram que a prestação de cuidados ou supervisão dos mesmos por um enfermeiro escolar promove um melhor controlo metabólico, com impacto na diminuição de complicações agudas, e conseqüentemente um melhor desempenho académico e uma menor taxa de absentismo.

Outro dos contributos que esta pesquisa proporcionou prende-se com a atenção redobrada que os adolescentes com DM1 carecem por parte do enfermeiro escolar dado que, apesar da sua maior autonomia, devido aos desafios desenvolvimentais pelo qual atravessam, constituem um grupo de maior risco de fraca adesão ao regime terapêutico.

Perante estes achados, é indiscutível a importância que a integração do enfermeiro no quadro de pessoal escolar poderá ter na promoção da saúde e bem-estar da criança/adolescente com DM1.

Apesar de este estudo ter incidido sobre esta patologia em específico, sugerem-se mais estudos que permitam explorar os contributos da presença do enfermeiro na escola no que

diz respeito a outras NSE ou à saúde da comunidade escolar em geral, em comparação com o modelo de Saúde Escolar atualmente implementado no contexto nacional.

Investir no bem-estar infantil, no seu adequado crescimento e desenvolvimento, na promoção da sua saúde ou na gestão da doença, são premissas a ter em conta na construção de uma sociedade futura mais saudável e próspera e que a enfermagem deve advogar.

6. Referências bibliográficas

- AAP Council on School Health. (2016). Role of the School Nurse in Providing School Health Services. *Pediatrics*, 137(6), pp. 1-6. doi:10.1542/peds.2016-0852
- Alaqueel, A. A. (2019). Are children and adolescents with type 1 diabetes in Saudi Arabia safe at school? *Saudi medical journal*, 40(10), pp. 1019-1026. doi:10.15537/smj.2019.10.24582
- Braga, T. M., Bomfim, D. P., & Sabbag-Filho, D. (2012). Necessidades Especiais de Escolares com Diabetes Mellitus Tipo 1 Identificadas Por Familiares. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(3), pp. 431-448. doi:10.1590/S1413-65382012000300006
- Camargo, L. C., & Carvalho, D. d. (2020). Conhecimentos da Equipe Escolar sobre Diabetes Mellitus Tipo 1. *RIAEE–Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 15(2), pp. 619-630. doi:10.21723/riaee.v15i2.13327
- Chiang, J. L., Maahs, D. M., Garvey, K. C., Hood, K. K., Laffel, L. M., Weinzimer, S. A., . . . Schatz, D. (setembro de 2018). Type 1 Diabetes in Children and Adolescents: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 41, pp. 2026-2044. doi:10.2337/dci18-0023
- DGS. (23 de novembro de 2016). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola. *Orientação nº006/2016*, 1-9.
- Drakopoulou, M., Begni, P., Mantoudi, A., Mantzorou, M., Gerogianni, G., Adamakidou, T., . . . Apostolara, P. (2022). Care and Safety of Schoolchildren with Type 1 Diabetes Mellitus: Parental Perceptions of the School Nurse Role. *Healthcare*, 10(7). doi:10.3390/healthcare10071228
- Esposito, S., Toni, G., Tascini, G., Santi, E., Berioli, M. G., & Principi, N. (2019). Environmental Factors Associated With Type 1 Diabetes. *Frontiers in Endocrinology*, 10(592). doi:10.3389/fendo.2019.00592
- Flora, M. C., & Gameiro, M. G. (2016). Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Conhecimento acerca da Doença. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(8), pp. 17-26. doi:10.12707/RIV15024

- Gutiérrez-Manzanedo, J. V., Laureano, F. C.-S., Moreno-Vides, P., Castro-Maqueda, G. d., Fernández-Santos, J. R., & Ponce-González, J. G. (2018). Teachers' knowledge about type 1 diabetes in south of Spain public schools. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *143*, pp. 140-145. doi:10.1016/j.diabres.2018.07.013
- Hilliard, M. E., Wu, Y. P., Rausch, J., Dolan, L. M., & Hood, K. K. (2013). Predictors of deteriorations in diabetes management and control in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Healthcare*, *52*(1), pp. 28–34. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.05.009
- Holmstrom, M. R., Haggstrom, M., & Soderberg, S. (2018). Being Facilitators in a Challenging Context-School Personnel's Experiences of Caring for Youth with Diabetes Type 1. *Journal of Pediatric Nursing*, *43*, pp. e114-e119. doi:10.1016/j.pedn.2018.08.007
- Issa, A. H. (2022). Perception and Attitudes of School Teachers about The Preparation of Their Schools for Dealing with Type 1 Diabetic Male Students in Al-Madinah City, Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, *87*, pp. 1177-1185. doi:10.21608/EJHM.2022.223155
- Jackson, C. C., Albanese-O'Neill, A., Butler, K. L., Chiang, J. L., Deeb, L. C., Hathaway, K., . . . Siminerio, L. M. (2015). Diabetes Care in the School Setting: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, *38*(10), pp. 1958-1963. doi: 10.2337/dc15-1418
- Jing He, A. G., Li, S., Wanting Liu, & Zhu, X. (2018). Glycemic extremes are related to cognitive dysfunction in children with type 1 diabetes: A meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*, *9*(6), pp. 1342–1353. doi:10.1111/jdi.12840
- Junco, L. A., & Fernández-Hawrylak, M. (2022). Teachers and Parents' Perceptions of Care for Students with Type 1 Diabetes Mellitus and Their Needs in the School Setting. *Children*, *9*(143), pp. 1-15. doi:10.3390/children9020143
- Lusquinhos, L. (2022). *Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar (PEpS-ME): das políticas (de saúde e educação) às práticas*. Tese de doutoramento, Universidade do Minho, Instituto da Educação, Braga. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/77393>

- Marks, A. L., Wilson, N. J., Blythe, S., & Johnston, C. (2020). Diabetes care in the early primary school setting: narratives of Australian mothers. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(2), pp. 52-64. doi:10.37464/2020.382.299
- Ministério da Educação e Ministério da Saúde. (18 de setembro de 2019). Despacho n.º 8297-C/2019: Aprovação do regulamento de enquadramento do apoio às crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na Escola. *Diário da República, 1º suplemento, série II(179)*, pp. 5-7. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8297-c-2019-124793123>
- NASN. (2012). NASN Position Statement: Role of the School Nurse. *NASN School Nurses*, 27(2), pp. 103-104. doi:10.1177/1942602X11412524
- NASN. (2023). *About NASN*. Obtido de National Association of School Nurses: <https://www.nasn.org/about-nasn/about>
- Observatório Nacional da Diabetes. (2017). Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes - Parte I. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), pp. 40-48.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, Série II(184)*, 128-155. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Pinelli, L., Zaffani, S., Cappa, M., Carboniero, V., Cerutti, F., Cherubini, V., . . . Lorini, R. (2011). The ALBA Project: an evaluation of needs, management, fears of Italian young patients with type 1 diabetes in a school setting and an evaluation of parents' and teachers' perceptions. *Pediatrics Diabetes*, 12(5), pp. 485 – 493. doi:10.1111/j.1399-5448.2010.00722.x
- Rausch, J. R., Hood, K. K., Delamater, A., Pendley, J. S., Rohan, J. M., Reeves, G., . . . Drotar, D. (2012). Changes in Treatment Adherence and Glycemic Control During the Transition to Adolescence in Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), pp. 1219–1224. doi:10.2337/dc11-2163
- Stefanowicz, A., & Stefanowicz, J. (2018). The role of a school nurse in the care of a child with diabetes mellitus type 1 - the perspectives of patients and their parents:

literature review. *Slovenian Journal of Public Health*, 57(3), pp. 166-174.

doi:10.2478/sjph-2018-0021

Tonoli, C., Heyman, E., Roelands, B., Pattyn, N., Buyse, L., Piacentini, M. F., . . .

Meeusen, R. (2014). Type 1 diabetes-associated cognitive decline: a meta-analysis and update of the current literature. *Journal of Diabetes*, 6(6), pp. 499–513.

doi:10.1111/1753-0407.12193

Wilt, L. (2022). The Role of School Nurse Presence in Parent and Student Perceptions of Helpfulness, Safety, and Satisfaction With Type 1 Diabetes Care. *The Journal of School Nursing*, 38(2), pp. 161-172. doi:10.1177/1059840520918310

Zamarlik, M. A., & Piątek, K. (2020). Providing care for children with type 1 diabetes in kindergartens and schools. *Pediatr Endocrinology Diabetes Metabolism*, 26(4), pp. 205–210. doi:10.5114/pedm.2020.98998