

Escola Superior de Saúde de Leiria

Politécnico de Leiria

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Capacitação dos Enfermeiros de Saúde Escolar para o suporte a crianças e jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, com Relatório

Mafalda Mariana Correia Santos

Orientadora Professora Doutora: Teresa Kraus

Co-Orientadora Professora Doutora: Eva Menino

Leiria, março de 2023

Escola Superior de Saúde de Leiria

Politécnico de Leiria

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Capacitação dos Enfermeiros de Saúde Escolar para o suporte a crianças e jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1

Relatório de estágio apresentado para obtenção do Grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde comunitária e Saúde Pública

Trabalho elaborado por:

Mafalda Mariana Correia Santos nº5210160

Orientadora Professora Doutora: Teresa Kraus

Co-Orientadora Professora Doutora: Eva Menino

Leiria, março de 2023

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

O presente relatório é resultado de um longo período de empenho individual e de um conjunto de esforços que tornaram o seu desenvolvimento possível. Após todo este caminho percorrido e no término deste percurso, deixo os meus sinceros e profundos agradecimentos a quem acreditou neste meu desafio pessoal e profissional, na minha força, na perseverança do dia-a-dia, e a quem esteve em sintonia comigo na resiliência mantida para ultrapassar cada obstáculo de forma eficaz.

Desta forma, manifesto a minha gratidão a todos os que estiveram presentes nos momentos de ansiedade, de angústia, de sucesso e de superação:

Aos meus pais pela força, apoio, exemplo e todos os ensinamentos ao longo da vida.

À melhor irmã do mundo pela paciência, pelo suporte e pela presença constante.

Ao meu namorado, amor que preenche o meu coração, por todos os momentos que me proporcionou e pela espera.

Senhora Professora Teresa Kraus pela partilha de conhecimentos.

Senhora Professora Eva Menino pela compreensão e forma com partilhou os seus saberes.

Senhora Enfermeira Dulce Fonseca pela sua forma de acolhimento e a sua arte de ensinar.

Senhora Enfermeira Inês Pereira pela sua calma e ponderação ao longo do ensino clínico.

E muitas outras pessoas que não foram aqui mencionadas, mas que guardo no coração.

A todos, o meu mais profundo agradecimento!

RESUMO

O relatório apresenta-se como um processo de construção de saberes profissionais baseados na autorreflexão e análise, constituindo-se como um caminho para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública.

Numa abordagem inicial, no primeiro campo de estágio, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, emergindo como área problemática a *Diabetes Mellitus*. Partindo de uma necessidade já identificada pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral, a inexistência de formação dos enfermeiros de saúde escolar, integrou-se o Projeto DARE+ para colmatar essas necessidades.

A *Diabetes Mellitus tipo 1* é uma doença metabólica e crónica que pode afetar pessoas de qualquer idade, a mesma desenvolve-se mais em crianças e jovens, tornando-se uma das doenças mais prevalentes em contexto escolar. A permanência da criança e jovem na escola abrange um período alargado do dia, neste sentido as recomendações internacionais orientam para que seja garantida a gestão adequada da doença neste contexto.

O Projeto de Intervenção Comunitária, Projeto DARE+, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, teve como objetivo melhorar os conhecimentos dos Enfermeiros de saúde escolar através da formação avançada. Recorreu-se ao referencial teórico de enfermagem Modelo Sistémico de Betty Neuman para a tomada de decisão em enfermagem, que nos conduziu à intervenção comunitária.

Desenvolveu-se uma Revisão Integrativa da Literatura com a seguinte questão de investigação: Quais são as intervenções de enfermagem dirigidas a enfermeiros de saúde escolar na área da diabetes *Mellitus* tipo 1? Nas evidências obtidas identificou-se a importância da formação avançada aos respetivos enfermeiros.

A avaliação da intervenção realizada teve lugar no segundo campo de estágio, que nos permitiu concluir que a formação reforçou as linhas de defesa dos enfermeiros de saúde escolar criando barreira aos *stressores*, isto é, à falta de conhecimento. Os resultados apontam para um aumento de conhecimentos médio de 86,6%, demonstrando o impacto positivo na formação deste grupo profissional. É essencial continuar a intervir com os Enfermeiros de saúde escolar com vista à uniformização dos conhecimentos e intervenções adequadas às crianças e jovens com as necessidades identificadas.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus* tipo 1, Enfermeiros de saúde escolar, formação avançada, conhecimentos, planeamento em saúde.

ABSTRACT

The report presents itself as a process of construction of professional knowledge based on self-reflection and analysis, comprising of a path for development of the skills of the specialist nurse and the nurse that is a specialist and community health and public health.

In an initial approach, the first internship placement, there was the preparation of a diagnosis of the health of the community, where Diabetes Mellitus emerged as a problematic field. Starting from an already identified need in the Health Care Centres of the Pinhal Litoral, the lack of training of school nurses, the DARE+ project integrated itself to meet these needs.

Diabetes Mellitus type 1 is a chronic metabolic disease that can affect people of all ages; however, it more frequently develops in children and young people, making it one of the most predominant diseases in the school context. The stay of the child and the youth in school represents a large period of the day, and so in this regard, there are international recommendation guidelines to guarantee of an appropriate management of the disease in that context.

The Project of Community Intervention, Project DARE+, following the methodology of planning in healthcare, had the objective of improving the knowledge of the school health nurses by giving them advanced training. The theoretical referential of nursing using the Betty Neuman Systemic Model for decision making in nursing was used, which led us to community intervention.

An Integrative Literary Review was developed with the following research question: What are the interventions of nursing addressed to school health nurses in the field of Diabetes Mellitus type 1? In the data obtained, the importance of advanced training was identified.

The evaluation of the intervention conducted took place in the second internship placement, and this allowed us to conclude that the training reenforced the lines of defense in the school nurses, creating a barrier to the stressors, this is, the lack of knowledge. The results point to an average increase of knowledge of 86,6%, demonstrating the positive impact of the education of this professional group. It is essential to continue to mediate with the school nurses with the objective of uniformization of the knowledge and the adequate interventions to the children and young people whose needs we identified.

Keywords: Diabetes Mellitus type 1, School Health Nurses, advanced training, knowledge, health service management.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE DE TABELAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE QUADROS	X
INTRODUÇÃO	17
PARTE I- CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	21
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	21
1.1. O AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL LITORAL	21
1.2. A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	29
1.3. A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	34
2. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	38
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	41
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS	42
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	45
4. PLANEAMENTO EM SAÚDE	65
4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	65
4.1.1. Diabetes Mellitus	67
4.1.2. Interlocutor de Saúde na Comunidade Escolar	70
4.1.3. População alvo e amostra	73
4.1.4. Técnicas de colheita de dados.....	74
4.1.5. Considerações éticas	77
4.1.6. Diagnóstico de Enfermagem	79
4.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	84
4.3. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	90
4.4. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	92

4.4.1. Projeto DARE+, Diabetes: + Apoio pelos responsáveis escolares.....	93
4.5. AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	94
PARTE II- REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	98
5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	98
5.1. INTRODUÇÃO.....	98
5.2. METODOLOGIA.....	101
5.3. RESULTADOS	104
5.4. DISCUSSÃO	106
5.5. CONCLUSÃO	110
5.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	112
CONCLUSÃO INTEGRATIVA.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

APÊNDICES

APÊNDICE I- PROJETO DE APRENDIZAGEM

APÊNDICE II- PLANO DE SESSÃO DOENÇA CELÍACA EM CONTEXTO ESCOLAR

APÊNDICE III- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, DOENÇA CELÍACA EM
CONTEXTO ESCOLAR PARA ALUNOS

APÊNDICE IV- PLANO DE SESSÃO DOENÇA CELÍACA PARA DOCENTES E NÃO
DOCENTES

APÊNDICE V- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – DOENÇA CELÍACA EM
CONTEXTO ESCOLAR PARA DOCENTES E NÃO DOCENTES

APÊNDICE VI- DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DO NÚMERO DE ENFERMEIROS DAS
UCC E DA USP PL

APÊNDICE VII- PLANO DE SESSÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR
MONKEYPOX

APÊNDICE VIII- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- VACINA DO VÍRUS DA
INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO DA VACINA DO
VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

APÊNDICE X- RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DA FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

APÊNDICE XI-PLANO DE SESSÃO + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

APÊNDICE XII- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

APÊNDICE XIII- RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DA SESSÃO + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

APÊNDICE XIV- PLANO DE SESSÃO DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

APÊNDICE XV- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

APÊNDICE XVI- FOLHETO INFORMATIVO PARA OS PAIS ACERCA DA VACINA BCG

APÊNDICE XVII- PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS REALIZADOS NO ANO DE 2021 NOS CONCELHOS DE LEIRIA

ANEXOS

ANEXO I – ORGANOGRAMA DO ACES PINHAL LITORAL

ANEXO II- PLANO DE FORMAÇÃO PARA AS EQUIPAS DE SAÚDE ESCOLAR

ANEXO III- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

ANEXO IV- CARTAZ APRESENTADO AO 4º CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL

ANEXO V- CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO DO CARTAZ

ANEXO VI- CARTAZ DA FORMAÇÃO AVANÇADA: CRIANÇAS E JOVENS COM DM1 EM CONTEXTO ESCOLAR

ANEXO VII- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO AVANÇADA AOS ENFERMEIROS

ANEXO VIII- CERTIFICADO ENQUANTO INTEGRANTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA DA FORMAÇÃO AVANÇADA

ANEXO IX- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO ENQUANTO ORADORA NA FORMAÇÃO AVANÇADA

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- <i>Número absoluto de utentes inscritos no ACES PL, por concelho, junho de 2022</i>	24
Tabela 2- <i>Indicadores de Saúde por município (%)</i>	26
Tabela 3- <i>Taxas de mortalidade padronizada (/100 000 habitantes) na população com idade < 75 anos</i>	27
Tabela 4- <i>Recursos disponíveis nos concelhos que integram o Pinhal Litoral</i>	81
Tabela 5- <i>Indicadores de atividade, meta e avaliação do Projeto</i>	95
Tabela 6- <i>Indicadores de resultado, meta e avaliação do Projeto</i>	95
Tabela 7- <i>Dados sociodemográficos, académicos, profissionais, de formação e experiência na área da DM1 dos Enfermeiros de Saúde Escolar</i>	97
Tabela 8- <i>Atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros em contexto de DM1</i>	98
Tabela 9- <i>Correlação de Spearman entre as variáveis idade, anos em cuidados de saúde primários e anos a cuidar de utentes com DM</i>	98
Tabela 10- <i>Teste Mann-Whitney – comparação dos conhecimentos antes e depois da formação aos Enfermeiros com formação na área da DM</i>	99
Tabela 11 - <i>Teste Wilcoxon – Eficácia da formação formativa</i>	99
Tabela 12- <i>Descritores</i>	102
Tabela 13- <i>Número de enfermeiros das UCC e da USP PL</i>	I

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- <i>Localização e área geográfica do ACES PL</i>	23
Figura 2- <i>Pirâmide etária da população residente no ACES PL no ano de 2020</i>	24
Figura 3- <i>Representação do projeto de intervenção comunitária nas competências alcançadas</i>	47
Figura 4- <i>Caracterização dos Enfermeiros das UCC e da USP PL</i>	75
Figura 5- <i>Esquema representativa do Modelo de Betty Neuman (1995)</i>	80
Figura 6- <i>Esquema representativo dos contextos do Modelo de Betty Neuman adequados à temática abordada</i>	83
Figura 7- <i>Prisma</i>	104
Figura 8- <i>Número de formandos na Sessão Monkeypox</i>	I
Figura 9- <i>Conhecimento da doença Monkeypox</i>	I
Figura 10- <i>Importância da Sessão de Formação Monkeypox</i>	II
Figura 11- <i>Esclarecimento de dúvidas</i>	II
Figura 12- <i>Importância da vacinação Monkeypox</i>	III

Figura 13- <i>Decisão sobre a vacinação Monkeypox</i>	III
Figura 14- <i>Importância da repetição da formação do Monkeypox</i>	IV
Figura 15- <i>Questão 1 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	I
Figura 16- <i>Questão 2 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	I
Figura 17- <i>Questão 3 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	II
Figura 18- <i>Questão 4 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	II
Figura 19- <i>Questão 1 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	III
Figura 20- <i>Questão 2 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	III
Figura 21- <i>Questão 3 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	IV
Figura 22- <i>Questão 4 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde</i>	IV
Figura 23- <i>Planos de Saúde Individual</i>	I
Figura 24- <i>Organograma do ACES PL</i>	I

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- <i>Diagnósticos de Enfermagem - Modelo de Betty Neuman (1995)</i>	79
Quadro 2- <i>Ciclo de pensamento estratégico</i>	91
Quadro 3- <i>Palavras chave, key-words e MeSH terms</i>	103
Quadro 4- <i>Identificação do artigo científico</i>	105

LISTA DE SIGLAS, ACRONIMOS E ABREVIATURAS

ABAE- Associação Bandeira Azul da Europa

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARSC- Administração Regional de Saúde do Centro

BCG- Bacilo de Calmette-Guérin

BI-CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CDP- Centro de diagnóstico Pneumológico

CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DARE+- Diabetes: + apoio pelos Responsáveis Escolares

DGS- Direção-Geral da Saúde

DM- Diabetes *Mellitus*

DM1- Diabetes *Mellitus* tipo 1

Dr.- Doutor

EE- Enfermeiro Especialista

EESCSP – Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

EMAEI- Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

h- Horas

IDF -*International Diabetes Federation*

Km²- Quilómetro quadrado

LS – Literacia em Saúde

Mim@UF- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

NASN- *National Association of School Nurses*

NUTS- Nomenclatura de Unidades Territoriais Para Fins Estatísticos

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PL- Pinhal Litoral

PNS – Plano Nacional de Saúde

Pp. – Páginas

PS- Planeamento em Saúde

PSCI- Perfusão subcutânea contínua de insulín

PSI- Plano de Saúde Individual

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SE- Saúde Escolar

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SPD- Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SSP – Serviços de Saúde Pública

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP- Unidade de Saúde Pública

VMPX- Infecção Humana por vírus *Monkeypox*

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) do Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final, numa primeira fase em contexto da Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACES PL), com a duração de 125 horas (h) iniciando-se a 6 de setembro até a 30 de outubro de 2022; numa segunda fase o último contexto de estágio foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Doutor (Dr.) Arnaldo Sampaio (AS) que perfaz igualmente um total de 250 horas, de 31 de outubro de 2022 a 17 de fevereiro de 2023.

Os objetivos gerais propostos do estágio são os seguintes:

Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista; desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. (Kraus, Louro & Afonso, 2022, p. 8)

Sendo os específicos:

Executar processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública evidenciando um conhecimento avançado dos referenciais teóricos da disciplina; utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos implementando programas e projetos de saúde de âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; elaborar um relatório crítico-refletivo da prática, em que evidencie o diagnóstico efetuado, o projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção na comunidade. (Kraus et al., p.9)

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em duas partes. A parte I é constituída pela breve caracterização dos contextos onde decorreu o estágio, refletindo-se a importância desses mesmos contextos enquanto favorecedores do desenvolvimento inerente ao percurso formativo; a descrição do Modelo Sistémico de Betty Neuman; a reflexão sobre o percurso da mestranda no âmbito do desenvolvimento de competências, fazendo-se referência às atividades mais relevantes para o seu desenvolvimento; e, por fim a operacionalização das etapas do Planeamento em Saúde (PS) mobilizando, no desenvolvimento de cada uma, os conceitos da DM1 e o Modelo Teórico de Betty Neuman tendo por base de grupo populacional os Enfermeiros de saúde escolar (SE).

A parte II reporta-se à prática especializada baseada na evidência, integrando uma revisão integrativa da literatura, que será desenvolvida no ponto 5 deste relatório.

O estágio foi desenvolvido tendo por base os pressupostos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento nº 348/2015), do Regulamento das Competências dos Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento nº 428/2018), bem como o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), para a consecução dos objetivos propostos.

O relatório apresentado tem como finalidade relatar a experiência vivenciada, fundamentado com os respetivos referenciais para a profissão e os dados referentes às atividades implementadas do desenvolvimento no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP).

O projeto de aprendizagem encontra-se no **apêndice I** fazendo alusão às atividades propostas para o estágio e de acordo com as competências do EESCSP e do EE.

A decisão pelo Projeto de Intervenção Comunitária, Projeto *DARE+*: *apoio pelos responsáveis escolares*, com a finalidade de criar condições favoráveis ao bem-estar e integração saudável e segura da criança com diabetes tipo 1 em contexto escolar (Menino, 2013), teve por base o diagnóstico de saúde realizado na USP PL, estágio I, sendo a Diabetes *Mellitus* (DM) definida como uma doença prioritária apresentada no Plano Local de Saúde do ACES PL. A implementação deste Projeto partiu, assim, de uma necessidade identificada pelo ACES PL, a ausência de formação dos Enfermeiros de SE para aplicação do Projeto na comunidade escolar.

A DM é uma doença metabólica crónica sendo um dos principais problemas de saúde apresentadas no Plano Nacional de Saúde (PNS), pertencendo ao grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude, quer em termos de carga de mortalidade quer em termos de carga de doença e incapacidade (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2021). “A magnitude refere-se à abrangência do problema de saúde, isto é, ao contingente de pessoas afetadas por determinado problema. É medida através dos indicadores de morbilidade e mortalidade.” (Fonseca, Santos, Santos Coelho & Gabriel, 2018, p. 18).

Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF, 2021), 537 milhões de pessoas têm DM, ou seja, 1 em cada 10, mundialmente e prevê-se que aumente para 643 milhões no ano de 2030 e 783 milhões em 2045, significando que esta doença causou, em todo o mundo, 6,7 milhões de mortes em 2021, 1 pessoa em cada 5 segundos.

Para responder a este problema de Saúde Pública, têm-se desenvolvido ações formativas e projetos de intervenção comunitária. O Projeto DARE+ integra a carteira de serviços da área da Promoção e Proteção da Saúde da USP PL.

Segundo Imperatori & Giraldes (1986) um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado e que visa obter um resultado específico que contribua para a execução de um programa.

Desta forma, pretendeu-se formar os Enfermeiros de SE para aplicação do Projeto, uma vez que foram identificadas carências/ausências na respetiva área de formação. A utilização do Modelo Sistémico de Betty Neuman permitiu-nos elaborar os diagnósticos de Enfermagem, conduzindo-nos à intervenção prioritária, formar os enfermeiros de SE para posteriormente aplicarem o Projeto DARE+ na comunidade escolar aos docentes e não docentes. A finalidade da sua aplicação será para colmatar as lacunas existentes nos conhecimentos dos agentes educativos com as crianças e jovens com DM1, pois identificam-se como alunos com necessidades educativas especiais.

A doença, seja ela qual for, não deve impedir a boa integração do aluno na comunidade escolar, bem como a sua aprendizagem, é necessário que os docentes e não docentes sejam capazes de identificar situações e comportamentos de alerta para intervirem atempadamente e em conformidade. O direito à correta integração destes alunos leva-nos ao relatado pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

Desta forma, parece-nos importante referir que, segundo a DGS (2015), o PNSE, visa que todas as crianças e jovens beneficiem do direito e acesso à saúde e, devem por isso, frequentar uma comunidade escolar que lhes promova o seu bem-estar e, inclusão. Nestes casos, deve ser preenchido o Plano de Saúde Individual (PSI), presente na orientação técnica de Crianças e Jovens com DM1, para que seja avaliado o impacte das condições de saúde na funcionalidade da criança na escola e na identificação das medidas de saúde a implementar (medidas terapêuticas, necessidades de saúde, entre outros).

Se existirem condições que possam comprometer o bem-estar das crianças/jovens, estes devem ser detetados e acompanhados precocemente pelos serviços de saúde, em parceria com a comunidade escolar. O mesmo acontece, em casos de crianças/jovens com DM1, pois resultam em necessidades especiais, implicando, na grande maioria das vezes, em problemas de saúde com um impacte na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, podendo ter um impacte negativo na aprendizagem ou no desenvolvimento individual (DGS, 2015).

Na elaboração do relatório adotou-se uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva considerando as necessidades formativas de aquisição de competências pela mestranda.

No desenvolvimento de uma prática que se centra na comunidade, o EESCSP deve exercitar a capacidade de identificar e responder eficazmente às necessidades de uma determinada comunidade/ grupo, recorrendo à metodologia do PS. Esta metodologia visa selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação, sendo assim na sua essência um modelo teórico para a ação futura de transformação eficaz da realidade (Tavares, 1990).

Reportando-nos para o Regulamento nº140/2019 (2019), o EE demonstra um exercício seguro, ético e profissional, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, este pressuposto está vigente na redação do presente relatório.

É exigido cada vez mais qualidade nos cuidados de Enfermagem, fundamentando-se a procura e uma melhoria dos cuidados prestados num sentido de qualidade e também de efetividade em que sejam possíveis num contexto de excelência ao desenvolvimento das competências a que nos propomos.

A prática baseada na evidência ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde, ou seja, o ponto de partida será procurar esta evidência e aplicá-la na sua prática clínica quotidiana, com participação ativa na investigação e desenvolvimento da mesma (Craig & Smyth, 2004).

Por fim, ainda de acordo com os mesmos autores, como profissionais de saúde devemos ter a capacidade de usar as nossas habilidades e experiências clínicas anteriores para identificar rapidamente o estado de saúde e os diagnósticos de cada utente/comunidade, os riscos e benefícios individuais de possíveis intervenções e os valores e expectativas pessoais.

PARTE I- CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Enquanto fatores chave na concretização dos objetivos dos ensinamentos clínicos que decorreram na USP PL e na UCC AS, o conhecimento da estrutura física, funcional e orgânica das respetivas unidades e a integração nas diferentes equipas multidisciplinares, possibilitaram a solidez na estrutura e, também forma de análise do presente relatório.

Foram assim identificadas, em ambas as unidades, um conjunto de características favoráveis ao crescimento de oportunidades referidas como privilegiadas e fundamentais, para a possibilidade de traçar de forma mais clara, realista e objetiva os objetivos e atividades a desenvolver com vista às respostas das necessidades de saúde diagnosticadas.

Parece-nos importante referir que os orientadores dos mestrandos sejam o veículo de mobilização de conhecimentos e de novas aprendizagens, devendo “desenvolver um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, no decurso do acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do supervisionado (...)” (Regulamento nº366/2018, 2018, p. 16660).

Para se compreender as unidades onde foram realizados os ensinamentos clínicos, é necessário entender o enquadramento legal da sua constituição e organização, assim como também dos ACES.

1.1. O AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL LITORAL

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar primordial do Sistema Nacional de Saúde (SNS), uma vez que os centros de saúde são a primeira linha do acesso aos cuidados de saúde. E, assumem assim importantes funções no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção da doença e também a ligação com outros serviços para a continuidade dos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº28/2008, 2008).

Os ACES são um serviço público que possuem autonomia administrativa e são constituídos por várias unidades funcionais (UF), tendo como principal missão garantir a prestação dos cuidados de saúde, que são primários, a uma determinada população da área geográfica (Decreto-Lei nº28/2008, 2008).

Da análise do Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro, no que diz respeito à estrutura e composição dos ACES, estes têm como órgãos: o diretor executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade. Dispõe ainda de outros serviços de apoio, que funcionam na dependência do Diretor Executivo, nomeadamente a Unidade de Apoio à Gestão (UAG), que engloba o secretariado, o aprovisionamento, a contabilidade, os recursos humanos e a

informática, bem como o Gabinete do Cidadão, que constitui um método para a defesa dos direitos dos cidadãos.

Em termos de UF, segundo os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS (2023a), atualmente existem, no ACES PL, 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (USCP), 14 Unidades de Saúde familiar (USF), 5 UCC, 1 Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e 1 USP. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são 5 e encontram-se nos concelhos de Leiria (Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques e Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio), Pombal, Marinha Grande e Porto de Mós. No **anexo I** encontra-se o organograma do ACES PL, na figura 24, com a descrição acima referida mais detalhada.

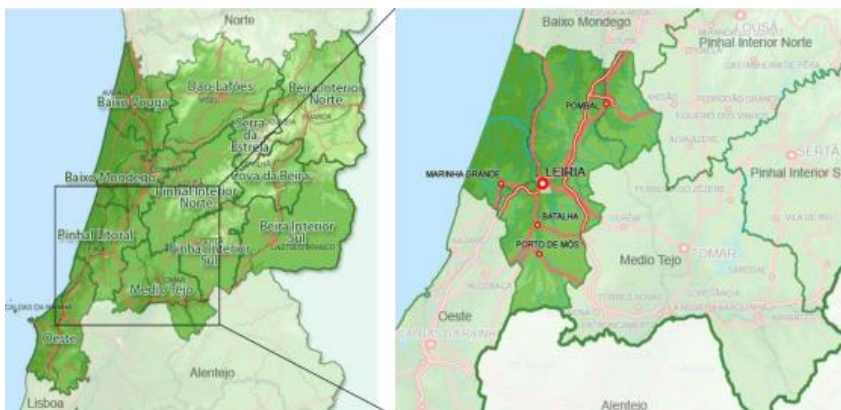
De acordo com SPMS (2023b) existem atualmente 171 médicos, 224 enfermeiros, 180 secretários clínicos e 47 pessoal em formação pré-carreira médica.

Seguindo a linha de raciocínio, é importante referirmo-nos ao diagnóstico de situação de saúde na população do ACES PL e, para isso é necessário conhecer alguns dados. O diagnóstico de situação de saúde tem como finalidade traçar o perfil de saúde de uma determinada população, identificar e também priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa mesma população, bem como entender as intervenções prioritárias que conduzem a ganhos de saúde. Desta forma, o diagnóstico de situação de saúde pretende ainda reconhecer os recursos da comunidade, incluindo os serviços de saúde, assim como outros setores públicos e da sociedade civil que tenham impacte na área da saúde (Portugal et al., 2017).

De acordo com o que foi pronunciado, o diagnóstico de situação de saúde deve descrever a caracterização da população alvo (geodemográfico, socio-demográfico); identificar os problemas de saúde, através da utilização dos indicadores de morbi-mortalidade; identificar os determinantes de saúde que afetam mais significativamente os problemas de saúde que estão definidos; entre outros.

No entendimento do enquadramento legal dos ACES, faz-nos sentido fazer referência à localização, área geográfica e número de utentes inscritos no ACES PL para se compreender a sua dinâmica e funcionamento, como podemos constatar pela Figura 1.

Figura 1- Localização e área geográfica do ACES PL



Nota. Em Perfil Local de Saúde – ACES Pinhal Litoral 2022 (p.5), de Fonseca, R.; Bartolomeu, A.; Valente, L.; Gabriel, T, & Jardim, B., 2022. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf.

No que diz respeito ao ilustrado na figura 1, os cinco concelhos (Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós) ocupam uma área territorial de aproximadamente 1 743,7 Quilómetro Quadrado (km²), cerca de 8,7% da área da região centro (Fonseca et al.,2022).

O território do litoral oeste situa-se na faixa litoral e no sudoeste da Região Centro, estando delimitado a Norte pela sub-região do Baixo Mondego, a Este pelas sub-regiões do Pinhal Interior Norte e Médio Tejo, a Sul pela sub-região da Lezíria do Tejo, a Sudoeste pela sub-região do Oeste e a Ocidente pelo Oceano Atlântico (Fonseca et al., 2018-2020).

Ainda os mesmos autores referem que o Pinhal Litoral, segundo a Nomenclatura de Unidades Territoriais Para Fins Estatísticos (NUTS), faz parte do centro do país (NUT II).

A tabela 1 contabiliza a população inscrita no ACES PL, perfazendo um total de 233 990 utentes, em junho de 2022. Podemos ainda constatar que a proporção de utentes sem médico de família é de 20.3%.

Do total de inscritos, 94,6% correspondem a utentes que procuraram os CSP do ACES PL, pelo menos uma vez, nos últimos 3 anos, isto é, aproximadamente por cada 100 utentes frequentadores existiam 6 que não eram frequentadores. Deste total de frequentadores, 15,9% não tinham médico de família atribuído (Fonseca et al., 2022).

Tabela 1- Número absoluto de utentes inscritos no ACES PL, por concelho, junho de 2022

Concelho	Utentes c/médico		Utentes s/médico	
	Frequentadores ¹	N/Frequentadores	Frequentadores ¹	N/Frequentadores
Batalha	14212	0	1 667	740
Leiria	123527	239	17517	6756
Marinha Grande	34924	17	5464	2381
Pombal	39301	6	15642	4355
Porto de Mós	22026	62	3951	1377
ACES-PL	233990	324	44241	15609

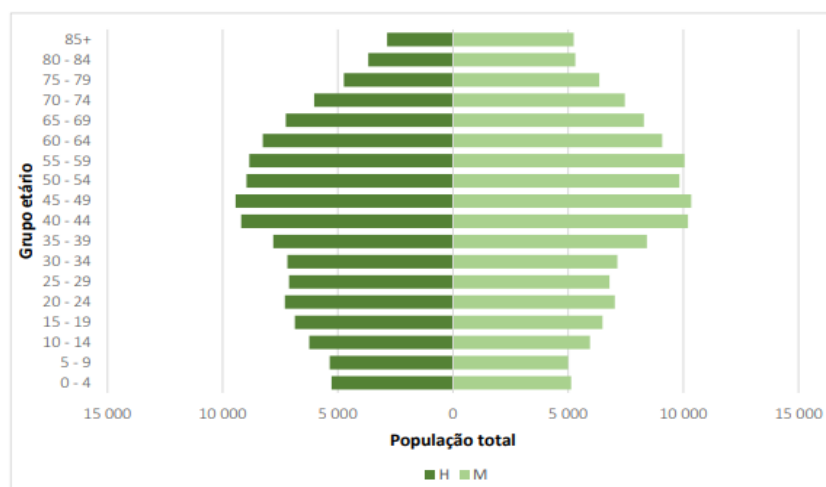
Nota. Em *Perfil Local de Saúde – ACES Pinhal Litoral 2022* (p.10), de Fonseca, R.; Bartolomeu, A.; Valente, L.; Gabriel, T, & Jardim, B., 2022. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf.

Na sequência do enquadramento do ACES PL, é importante caracterizar e refletir sobre a situação sociodemográfica da população, pois permite-nos analisar a sua tendência, mais concretamente no que diz respeito ao seu crescimento, envelhecimento e mobilidade (Fonseca et al., 2022).

De acordo com os censos para o ano de 2021, em Fonseca et al. (2022), a região do PL tinha uma população de 257 579 indivíduos, o que representa um número inferior quando comparados com o ano de 2011 em que a população era cerca de 260 975 habitantes.

Face ao apresentado e, como dado demográfico importante, falaremos da pirâmide etária da área de abrangência do ACES PL. Pela Figura 2 pode constatar-se que a base se demonstra estreita e um centro e topo alargado, o que reflete uma população mais envelhecida, e com uma reduzida renovação de gerações.

Figura 2- Pirâmide etária da população residente no ACES PL no ano de 2020



Nota. Em *Perfil Local de Saúde – ACES Pinhal Litoral 2022* (p.13), de Fonseca, R.; Bartolomeu, A.; Valente, L.; Gabriel, T, & Jardim, B., 2022. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf.

Um outro dado relevante na situação demográfica é a esperança média de vida à nascença, pois refere-se “ao número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência” (Fonseca et al, 2022, p. 18).

Assim, de acordo com os autores referidos acima, a esperança média de vida à nascença em Portugal, no triénio de 2019-2021 é de 82,6, acima da média nacional, 80,7. O que significa que existe cada vez mais uma população envelhecida, constituindo uma das características da sociedade atual.

Se a fecundidade, avaliada pelo índice sintético de fecundidade (em que nos diz que é o número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos idade), ainda que crescente, no período de 2016 a 2020, revela-se consistentemente abaixo do limiar da substituição de gerações (nível equivalente a 2,1 filhos por mulher, mantendo-se os níveis atuais de mortalidade) (Fonseca et al. 2022).

O que implica que, se a fecundidade e, posteriormente a mortalidade são as duas razões demográficas para o curso do processo de envelhecimento das estruturas etárias e se o comportamento destas variáveis não é fortuito, logo é um engano esperar-se uma modificação profunda na evolução da estrutura etária sem que as outras estruturas sociais (tecnológicas, económicas, entre outras) sofram, também elas, mudanças relevantes (Rosa, 1996).

No entanto, o envelhecimento é uma etapa natural do ciclo de vida humana e, será necessário criar estratégias e intervenções locais que possam dar resposta a estas populações, pois constituem-se assim grupos vulneráveis.

O envelhecimento demográfico determina novas necessidades em saúde para as quais se deve organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e também em proximidade, evidenciadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de adaptação e de suporte (Regulamento nº348/2015, 2015).

No que diz respeito aos Indicadores de Saúde, iremos descrever os indicadores clássicos de saúde, que medem as alterações verificadas nos problemas de saúde da população da área de influência do ACES PL.

De acordo com Fonseca et al. (2021), temos que a taxa de mortalidade infantil representa o número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade, em relação ao número de nados vivos no mesmo período. Verificou-se que a taxa não representa valores constantes para a mesma unidade territorial nos anos que foram estudados. Esta tem mostrado uma tendência decrescente nas últimas duas décadas (2000-2020), no Continente e no Centro. É ainda de salientar que a região

centro apresentou sempre valores inferiores ao Continente, com exceção dos anos de 2008, 2012, 2017 e 2020.

Por outro lado, a taxa quinquenal de mortalidade infantil refere-se ao número de óbitos em crianças com menos de 1 ano de idade, observado no período relativo aos últimos 5 anos, que se refere ao número de nados vivos do mesmo período. Verificou-se um pico no concelho da Batalha, de 5,8/1000, entre 2009 e 2013, enquanto o valor mais baixo registado foi de 0,6/1000, no concelho da Marinha Grande, entre 2010 e 2014. Os valores desta taxa foram sempre mais baixos no Centro do que no Continente.

No que diz respeito à taxa bruta de mortalidade, esta indica o número de óbitos observados durante um determinado período de tempo, referindo-se à população média desse período (Fonseca et al., 2021). Constata-se que essa taxa no período de 2011 a 2020, o município de Pombal teve um valor superior ao do centro e do Continente (exceto em 2011 e 2012), enquanto os outros concelhos estiveram sempre abaixo da região centro (Fonseca et al, 2021).

No ano de 2019, em relação às taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, o concelho de pombal apresenta a taxa mais elevada, de 4,6 ‰, e os municípios da Batalha e de Leiria têm as taxas mais baixas, de 2,3 ‰. Relativamente à taxa de mortalidade por tumores malignos, na área geográfica do ACES PL, em 2019, os mesmos autores referem que, foi o valor mais elevado em Pombal com cerca de 3,0 ‰ e o mais baixo foi na Batalha, 2,1 ‰.

Para melhor entendimento do exposto acima, a Tabela 2 apresenta os indicadores de saúde por município:

Tabela 2- *Indicadores de Saúde por município (‰)*

Municípios	Taxa quinquenal de mortalidade infantil (2015-2019)	Taxa quinquenal de mortalidade neonatal (2015-2019)	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (2019)	Taxa de mortalidade por tumores malignos (2019)
Batalha	1,6	1,6	2,3	2,1
Leiria	3,3	1,7	2,3	2,3
Marinha Grande	2,6	1,9	2,4	2,9
Pombal	2,3	1,2	4,6	3
Porto de Mós	2,3	2,3	2,8	2,9

Nota. Em Perfil de Saúde ACES Pinhal Litoral 2021. Relatório sobre o nível de saúde na área geodemográfica do ACES Pinhal Litoral (p.32), de Fonseca, R., Santos, C., Ferreira, A., Ferreira, M. & Santos, M. A., 2021. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/PERFIL%20DE%20SAUDE%20-%20ACES%20PL%202021.pdf>.

Por fim, é importante referir a taxa de mortalidade padronizada na população com menos de 75 anos, pois como a probabilidade de morrer aumenta com a idade, utiliza-se esta taxa padronizada para a idade para retirar ou atenuar esse efeito e obter um valor único que permita a comparação de diferentes populações com estruturas etárias distintas (Fonseca et al, 2021).

Assim, fez-se a comparação dos valores esperados desta taxa entre os valores obtidos pelo ACES PL, pela ARSC e pelo Continente, nos anos de 2010-2012, 2011-2013 e 2012-2014, em que se observou que, no que diz respeito a tumores malignos, a maioria é inferior no ACES quando comparada com o Continente. Por outro lado, na Tabela 3 no que diz respeito às doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nomeadamente a DM, temos que:

Tabela 3- Taxas de mortalidade padronizada (/100 000 habitantes) na população com idade < 75 anos

Grandes grupos de causas de morte	Continente			ARS Centro			ACES Pinhal Litoral		
	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2010-2012	2011-2013	2012-2014
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólica	12,7	11,9	10,9	10,6	10,5	9,7	12,2	12,9	11,2

Nota. . **Em** Perfil de Saúde ACES Pinhal Litoral 2021. Relatório sobre o nível de saúde na área geodemográfica do ACES Pinhal Litoral (p.32), **de** Fonseca, R., Santos, C., Ferreira, A., Ferreira, M. & Santos, M. A., 2021. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/PERFIL%20DE%20SAUDE%20-%20ACES%20PL%202021.pdf>.

Importa referir que, o que está relacionado com a mortalidade por grandes grupos de causas de morte por grupos etários, com maior volume temos os óbitos por doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças neoplásicas e respiratórias. O volume de óbitos é mais expressivo nas faixas etárias mais avançadas, não só porque a idade é um fator de risco associado, mas também porque a prevalência destas doenças é maior nestas idades (Fonseca et al, 2022). O que implica serem grupos de maior suscetibilidade e vulnerabilidade.

O EESCSP deve por isso, dando ênfase às competências específicas adquiridas, identificar estes grupos e comunidades, entender os seus problemas, ou seja, o estado de saúde julgado deficiente (Melo, 2020) e também as necessidades de cada um, respeitando a sua individualidade e, intervindo junto dos mesmos obtendo ganhos em saúde, ou pelo menos, diminuir o impacte das doenças.

Na sequência do exposto, passaremos a referir outro dado relevante para a compreensão do tipo de população da área de abrangência do ACES PL, a morbilidade.

Este indicador reflete o nível de saúde de uma comunidade ou a relação entre uma situação específica e uma população em risco. As estatísticas deste indicador desempenham um papel fundamental no PS, mas a sua produção é de grande dificuldade, mesmo nos países de rendimento elevado. A morbilidade diz respeito à taxa de portadores de determinada doença em relação ao número de habitantes saudáveis, em determinado local, num determinado momento. Traduz, portanto, a quantificação numérica de casos de doenças numa determinada população (Fonseca et al. 2021).

Sabendo que as doenças infecciosas têm vindo a assumir uma relevância a nível europeu e mundial, torna-se fundamental relatar acerca da morbilidade por doenças de notificação obrigatória.

Os mesmos autores referem que em Portugal, recentemente, a doença dos legionários teve uma notificação elevada em novembro de 2014, em que foram 403 casos notificados e 14 óbitos registados em Vila Franca de Xira. A notificação destas doenças é realizada através de uma plataforma, denominada SINAVE (regulado pela Lei nº81/20009, 2009), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, e passou a ser obrigatória a 1 de janeiro de 2015, permitindo assim às autoridades de saúde local acompanhar em tempo real a ocorrência de uma doença transmissível, implementando medidas de prevenção e controlo da mesma. O mesmo aconteceu em 2020 com aparecimento da pandemia por COVID-19, sendo os casos reportados na plataforma mencionada. Entre os anos de 2018-2020, de acordo com o que foi reportado no SINAVE, no concelho de Leiria a incidência foi de 2 728, no da Batalha de 275, no concelho de Pombal foi de 1 034, no concelho de Porto de Mós de 491 e, no concelho da Marinha Grande foi de 671, do total de doenças de declaração obrigatória, sendo por exemplo a hepatite A, B e C, brucelose, doenças dos legionários, tuberculose, Vírus da imunodeficiência humana, entre outros.

Desta forma a existência desta plataforma permite a identificação de doenças transmissíveis e, permite às autoridades competentes traçar formas de prevenção e controlo das doenças, evitando formas de contágio e, conseqüente disseminação.

Dando continuidade à mesma linha de pensamento, iremos apresentar os determinantes em saúde presentes no Perfil Local de Saúde do ACES PL no ano de 2022: proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos e proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade superior ou igual a 35 anos.

Os determinantes de saúde, de acordo com a DGS (2021), são fatores que contribuem para o estado atual de uma pessoa ou população, quer seja pelo aumento ou pela redução da probabilidade de ocorrer uma doença ou ainda de morte prematura e evitável. No entanto, um

determinante de saúde pode estar relacionado com mais do que um problema de saúde. Assumindo assim uma elevada importância no planeamento estratégico de base populacional.

Relativamente ao determinante nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, de acordo com Fonseca et al (2022), a maioria dos concelhos do ACES PL apresentam um valor inferior ao da região centro. Por outro lado, em relação ao nascimento em mulheres com idade superior ou igual a 35 anos, verificou-se que existe uma diminuição desta tendência no concelho da Marinha Grande, no entanto, no concelho de Pombal há uma tendência crescente da proporção de nascimentos em mulheres nesta faixa etária.

Posteriormente aos dados acima apresentados, discutidos e refletidos, proceder-se-á à caracterização concreta dos locais de estágio da USP PL e da UCC, como locais de excelência para o desenvolvimento de atividades capacitando a mestranda a adquirir as competências regulamentadas do EESCSP.

Após a análise do enquadramento legal, foi necessário questionar as especificidades das unidades enquanto locais de estágio, no sentido de se conhecer melhor a sua dinâmica, missão, valores e os objetivos das respetivas UF.

1.2. A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

No âmbito da reestruturação dos CSP, a USP PL é uma unidade à qual se previu serem alcançadas as competências, no âmbito do curso do Mestrado e, por outro lado que fosse uma motivação de índole pessoal da formanda face às expectativas e também à complementaridade que se perspetivou no presente percurso académico.

A Saúde Pública que conhecemos nos dias de hoje, é diferente daquela que se conhecia há uns anos atrás (Cunha et al., 2020), pois as novas tecnologias e os avanços da genética, permitem que a qualidade de vida aumente ao longo de todo o seu ciclo, constituindo diferentes desafios para a saúde pública e para as respostas do sistema de saúde.

De acordo com Melo (2020), a saúde pública avalia o estado de saúde de uma população, sendo responsável pelas atividades e condições governamentais com o intuito de promover, proteger e preservar a saúde da população. E, promove-se em estratégia política e de governação.

As USP são umas das unidades das quais faz parte do ACES em que:

compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, elaborar informação e planos em domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos (...). (Decreto-Lei nº 137/2013, 2013 p. 6050)

A USP tem as suas instalações sede no Centro de Saúde Doutor (Dr.) Arnaldo Sampaio, na união de freguesias Marrazes e Barosa e integra também os Serviços de Saúde Pública (SSP) concelhios localizados nos Centros de saúde da Marinha Grande, da Batalha, de Porto de Mós e de Pombal (Fonseca et al., 2016).

Para cada área existem um ou mais programas/projetos que são, primeiramente, desenvolvidos e depois aplicados num processo contínuo e sistemático em que poderão existir algumas alterações consoante as necessidades da comunidade e/ou grupo (Fonseca et al., 2016).

Para cada programa/projeto é necessária a identificação, ou seja, o nome desse programa/projeto; quem são os gestores; a justificação da pertinência do tema; o objetivo geral, os objetivos específicos e a população alvo.

De acordo com o Enquadramento Normativo referido por Fonseca et al, 2016, os principais programas ou projeto da USP PL podem dividir-se nas seguintes áreas:

- A) Epidemiologia: esta área destacam-se a consulta do viajante, o centro de vacinação internacional, a vigilância epidemiológica das doenças de declaração obrigatória, o programa nacional de vacinação, entre outros.

- B) Promoção da saúde: é uma área de destaque na saúde pública, pois inclui a educação para a saúde com as respetivas intervenções nas comunidades, diz também respeito aos projetos de promoção da saúde, ao programa nacional da saúde oral, PNSE, programas ou projetos nas áreas da saúde ou dirigidos a grupos/comunidades específicas;

- C) Planeamento em saúde: sendo uma responsabilidade partilhada com o ACES, abrange o observatório local de saúde, o planeamento dos serviços de saúde, a elaboração de diagnósticos de situação, planos de atividade e relatórios de execução. Neste programa existe ainda a colaboração com os órgãos de gestão e os profissionais de saúde que estão em processos de formação;

- D) Saúde ambiental: diz respeito aos programas de vigilância sanitária de todos os estabelecimentos e locais que possam envolver-se com a saúde pública, por exemplo: estabelecimentos de tratamentos de águas, unidades de venda ambulante, piscinas, industriais, de ensino, entre outros. Faz assim referência ao ambiente que nos rodeia, sendo de extrema importância atuar no sentido de ser o mais saudável possível;

- E) Autoridade de saúde: está relacionado com a intervenção conveniente e ilimitada do estado em situações de grave risco para a saúde pública, competindo a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos. Realização na participação em vistorias e reuniões de trabalho e comissões institucionais, verificação domiciliária de doenças; juntas médicas; análise e emissão de mandatos de condução para avaliação psiquiátrica e eventual internamento compulsivo, entre outros. Atuando assim na prevenção dos fatores de risco e controlo de situações que sejam suscetíveis de causarem prejuízos graves à saúde.
- F) Outros: destacam-se outras intervenções que passam pela colaboração no serviço de saúde ocupacional do ACES PL, pelo centro de atendimento a adolescentes de Leiria, pela consulta de alcoolismo, pela responsabilidade pelo laboratório de saúde pública de Leiria, comissão de controlo de infeção, entre outros. Todas estas atividades descritas contam com o envolvimento dos mais diversos profissionais que constituem a USP PL.

Sendo reconhecida como instituição de referência no desenvolvimento da saúde, ao se assumir como parceiro privilegiado junto da comunidade, funciona como um observatório da área geodemográfica do ACES PL, competindo-lhe:

- Identificar necessidades de saúde e monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- Promover a investigação e a vigilância epidemiológica, quer de doenças transmissíveis, quer no âmbito da saúde ambiental, doenças de declaração obrigatória e outras doenças evitáveis pela vacinação; toxi-infeções alimentares e segurança alimentar em escolas; vigilância da qualidade da água; vigilância sanitária das condições higio-sanitárias dos estabelecimentos de restauração, comércio, ensino, espaços desportivos, unidades privadas de saúde, entre outros;
- Avaliar o impacte das várias intervenções em saúde;
- Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro de planos ou programas regionais ou nacionais, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- Colaborar, de acordo com a respetiva legislação, no exercício das funções de autoridade de saúde;
- Assegurar a divulgação de informação útil em saúde pública à população, não só relativamente a recomendações de programas específicos de promoção da saúde e prevenção da doença, mas igualmente dos recursos existentes ou indicadores epidemiológicos (Fonseca et al., 2016; SPMS, 2023c).

De acordo com Fonseca et al (2016), a USP possui autonomia organizativa e técnica e atua em cooperação com as diversas UF, pertencentes ao ACES PL.

Após esta análise, é importante, enquanto mestranda, conhecer e integrar a missão e valores da unidade, alinhando também os objetivos em contexto formativo, previamente definidos.

Dos mais variados e pertinentes valores que orientam a conduta da USP, destacam-se três: cultura e equidade e garantia de acessibilidade à população, cultura interna de multidisciplinariedade de colaboração no trabalho e, a cultura do conhecimento como um bem em si mesmo (Fonseca et al., 2016). A sua visão é “ser reconhecida como instituição de referência no desenvolvimento da saúde (...)” (Fonseca et al., 2016, p.15).

No que diz respeito à constituição e organização, a unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar dos quais fazem parte 11 médicos de saúde pública, 9 enfermeiros, técnicos de saúde ambiental, 8 assistentes técnicos, 7 internos, 1 engenheira sanitária e 4 estão classificados como outros profissionais (SPMS, 2023c; Fonseca et al., 2016)

A coordenação é exercida pelo médico de saúde pública, designado de delegado de saúde. Na USP PL existem, à data, 9 enfermeiros com especialidade de saúde pública e/ou comunitária, como foi referido anteriormente, no entanto de ressaltar que, no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BICSP) é descrito que existem os 10 enfermeiros (SPMS, 2023c).

“As funções de autoridade de saúde são exercidas a nível do ACES por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.” E, é também composta por enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária (Decreto-Lei nº28/2008, 2008, p.1184).

Este Decreto-Lei prevê uma tentativa de mudança e melhoria na ótica da organização dos recursos disponíveis, validando a proximidade e qualidade do serviço prestado, com ganhos para a população que abrange.

Assim, a todos os profissionais que estão envolvidos na unidade, nomeadamente os enfermeiros, prestam cuidados num contexto de atuação mais racional e eficaz, colocando-se num grande desafio que necessita de uma reflexão acerca da própria profissão e de tudo o que lhe está inerente.

Reportando-nos ao Regulamento nº 348/2015 (2015), o exercício profissional dos EESCSP como área especializada adota necessariamente o enquadramento concetual dos cuidados de enfermagem, dos quais surge a especificidade dos enunciados descritivos do exercício profissional dos Enfermeiros desta área de especialidade. Pelo que, torna-se fundamental fazer referência às dotações seguras em cada local de estágio.

Assumindo-se como uma peça chave para o funcionamento de ambas as unidades, o EESCSP pelo seu saber científico alicerçado no mais atual conhecimento teórico e prático, potencializa de modo ímpar a concretização das atividades desenvolvidas, tanto pela USP como pela UCC.

De acordo com *Missouri Department of Health and Senior Services (2015)*, os enfermeiros de saúde pública fornecem uma ligação crítica entre os dados epidemiológicos e a compreensão clínica da saúde e da doença, monitorizando indicadores do estado de saúde essenciais, tais como doenças que são causadas ambientalmente, os níveis de imunização, mortalidade infantil e ocorrência de doenças transmissíveis, com o intuito de identificar os problemas que possam ameaçar a saúde de uma comunidade e/ou saúde pública e, desta forma desenvolver intervenções que sejam eficazes e promovam a melhoria da qualidade de vida.

Os EESCSP devem ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários no que diz respeito à intervenção em comunidades e grupos.

As dotações seguras significam que está disponível uma quantidade de pessoal que é adequada e com uma combinação de níveis de aptidões adequados, no sentido de assegurar as necessidades de cuidados aos utentes e a manutenção de condições de trabalho que sejam isentas de risco (Regulamento nº348/2015, 2015).

De acordo com o Regulamento nº743/2019 (2019), compete à OE cooperar para a existência de um modelo de prestação de cuidados capaz de adequar os recursos humanos face às próprias características da população, aos perfis de saúde e de doença e às tecnologias de saúde, garantindo reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. (Regulamento nº743/2019, 2019 p.128)

Por isso, entende-se que, além de a dotação segura ser um cálculo, é necessário ter em consideração as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços e a formação dos profissionais.

Assim, nos CSP a dotação de enfermeiros é avaliada tendo em conta os seguintes parâmetros: a área geográfica de intervenção de cada unidade funcional, a geodemografia da comunidade abrangida e o diagnóstico de saúde da comunidade.

De acordo com SPMS (2023f), a área de abrangência da USP PL em relação aos utentes, até à data, é de 279,759, sabendo que, segundo o Regulamento nº743/2019 (2019), está preconizado ser 1 enfermeiro especialista/30.000 habitantes, as dotações seguras na USP PL são cumpridas.

1.3. A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Parece-nos importante clarificar a importância da UCC para a continuação do desenvolvimento do estágio. O diagnóstico de enfermagem de saúde comunitária deve ser articulado com o diagnóstico de enfermagem de saúde pública, no entanto não são a mesma coisa. Em saúde comunitária, é exigida a identificação do cruzamento entre as necessidades sentidas pela comunidade, podendo ser expressas ou não expressas (Imperatori & Giraldes, 1986), pois existe aproximação entre enfermeiro e a comunidade, e as reais, fazendo a sua articulação com as necessidades identificadas no contexto do Diagnóstico em Saúde Pública (Melo, 2020).

Assim, enquanto mestranda, a experiência nos dois campos de estágio é fundamental para que o EESCSP articule as necessidades reais da comunidade, com as expressas, levando a cabo às intervenções de enfermagem a essa comunidade.

Da análise detalhada do Decreto-Lei nº28/2008 (2008), a UCCAS é uma das UF dos ACES, em conformidade com o estipulado pelo nº2 do artigo 7º. do Decreto-Lei referido de 22 de fevereiro.

As UCC “(...) prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional da doença (...)” (Decreto-Lei nº28/2008, 2008 p. 1184).

A implementação das UCC facilitou o acesso dos utentes a cuidados especializados de enfermagem. Os planos de ação destas unidades estão maioritariamente centrados na intervenção nos grupos e comunidades, no entanto podem incluir cuidados a indivíduos, nomeadamente a crianças e jovens em risco ou pessoas em reintegração social. As UCC incluem também as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (Melo, 2015).

A UCC situa-se no edifício sede do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, na união de freguesias Marrazes e Barosa. Iniciou a sua atividade em outubro de 2010, funcionando de segunda a sexta-feira das 8h às 20h. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) exerce também funções aos feriados e fins-de-semana das 9h-13h. A comunicação entre este contexto e o intrasistémico é feito através de visitas domiciliárias, e a UCC AS abrange cerca de 62,908 utentes (SPMS, 2023d).

A sua missão é essencialmente contribuir para a melhoria do estado de saúde de uma população da área geográfica da sua intervenção, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis,

em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo; bem como a promoção saúde (Despacho nº10143/2009, 2009).

São coordenadas por enfermeiros que neste âmbito, se apresentam como um recurso qualificado, com competências científicas técnicas e humanas indispensáveis à sua implementação. Compete ainda, às UCC, constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho (Despacho nº 10143/2009, 2009).

Os enfermeiros que desenvolvam a sua atividade nestas unidades têm a responsabilidade da identificação dos diversos problemas de saúde, vigilância e determinação do perfil epidemiológico de âmbito geodemográfico, dinamização e coordenação de programas de intervenção no sentido da prevenção, proteção e promoção da saúde. Importante salientar que participam ainda em projetos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Programa de Intervenção precoce em Crianças, Programa Nacional de Apoio ao Idoso) e com a rede social no âmbito da intervenção a pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade ou sujeitos a fatores de exclusão social, económica, cultural e a violência e/ou negligência (Despacho nº 10143/2009, 2009).

A unidade assegura respostas integradas, articuladas, e diferenciadas de grande proximidade às necessidades da população onde está inserida, regendo-se pelas seguintes premissas: a cooperação entre todos os elementos da equipa para serem concretizados os objetivos de acessibilidade, da globalidade e da comunidade dos cuidados de saúde; o trabalho em equipa e a solidariedade; a autonomia de cada UCC visando cumprir o plano de ação; a articulação com as restantes UF do ACES; a realização de parceiros comunitários com as demais estruturas da comunidade local; a avaliação contínua, tendo em consideração os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados e, por fim, a gestão participativa que esteja assente num sistema de comunicação entre todos os profissionais, promovendo ganhos de motivação e satisfação profissional (Despacho nº 10143/2009, 2009).

A equipa da UCC é constituída por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as carências e, também a disponibilidade de recursos (Decreto-Lei nº28/2008, 2008).

Desta unidade faz parte integrante uma equipa técnica multidisciplinar constituída por 9 Enfermeiros, 1 Assistente Clínica Geral, 1 Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica, 2 Técnicos Superiores e uma Assistente Técnica (UCCAS, 2020a).

A UCC AS disponibiliza a sua carteira de serviços aos residentes, na seguinte parte da área geográfica do concelho de Leiria: Amor, Bajouca, Coimbrão, Maceira, união de freguesias de Monte Redondo e Carreira, união de freguesias de Marrazes e Barosa, união de freguesias de Monte Real e Carvide e união de freguesias de Parceiros e Azoia (UCCAS, 2020b).

A área geográfica de abrangência da UCC AS é de 267,7 km² com uma densidade populacional de 229,1 habitante/km². Desta forma, a UCC AS não poderá recusar a inclusão dos indivíduos residentes na sua área geográfica de influência, decorrente do crescimento natural da população, no que diz respeito à resposta de saúde e social (UCCAS, 2020b).

A enfermagem comunitária (Melo, Silva & Figueiredo, 2018) é descrita como uma das suas intervenções e competências principais para serem a capacitação de comunidades.

A humanização dos cuidados, o bom relacionamento entre a comunidade, cuidador informal e elementos da equipa, a existência de cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, bem como, a autonomia assente na auto-organização funcional e técnica e, ainda a articulação que está inerente entre as outras UF, são os valores que estão subjugados às UCC (SPMS, 2023e).

De acordo com Melo (2015), é imprescindível a existência de uma estratégia integradora que facilite um aproveitamento das UCC de forma potenciadora como ligação aos enfermeiros das diferentes unidades, promovendo assim um acesso simples aos cuidados que os indivíduos, famílias e comunidades carecem.

O mesmo autor refere ainda que, são a excelente oportunidade para referenciar os utentes para cuidados de enfermagem especializados, emergindo assim as consultas de enfermagem especializadas. Desta forma, no que se refere nos cuidados à comunidade, os EE podem desenvolver o empoderamento comunitário permitindo consequentemente mais ganhos em saúde e nos cuidados prestados.

Reportando-nos ao Regulamento nº140/2019 (2019), no que diz respeito ao Domínio da Gestão dos Cuidados, nomeadamente em otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados, no que está inerente às dotações seguras, temos que na realidade da UCC AS está preconizado pelo Regulamento nº743/2019 ser 1 enfermeiro, de preferência especialista para cada 5.000 habitantes, assim, existem 9 enfermeiros no total para 62,908 habitantes, por este cálculo as dotações seguras não estariam a ser cumpridas, no entanto, 1 dos 9 enfermeiros está em função de diretor executivo, pelo que, a realidade são apenas 8 enfermeiros na unidade. Assim, a carência de recursos humanos é uma realidade.

Remetendo-nos agora para os programas informáticos, e porque fazem também parte da atividade diagnóstica do EESCSP, utilizados em ambas as unidades destacam-se os seguintes: SClínico®; aplicativo Informático da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (GestCare CCI®); módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (*Mim@UF*); sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS) e as plataformas dos Sistema de Monitorização do Sistema nacional de Saúde (SIM@SNS) (Melo, 2020; UCC 2020b).

Estas plataformas descritas acima são apenas de consulta interna em que são necessários os dados do profissional de saúde para aceder. No entanto, através do BICSP, que permite caracterizar o SNS no âmbito dos CSP, é possível qualquer cidadão aceder a diversos dados que estão presentes no *website*.

Por outro lado, de acesso livre pode também ser consultado o Plano de Ação da USP PL 2016-2018, uma vez que é um instrumento fundamental da gestão em que representa o compromisso da USP PL perante os cidadãos, os profissionais e os órgãos de gestão do ACES e o Perfil Local de Saúde do ACES PL de 2022.

Tendo sido realizada a caracterização de cada unidade de estágio como contributo no desenvolvimento das competências do EESCSP, é importante que nos reportemos ao Modelo Teórico mobilizado, Modelo Sistémico de Betty Neuman. Ao invés de explanar vários modelos teóricos, assumiu-se optar por um modelo que fosse norteador da prática, não excluindo por isso os outros modelos existentes.

2. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

De acordo com os cuidados que o EESCSP dedica, o mesmo atua de forma a utilizar uma abordagem sistémica aos diferentes níveis de prevenção e em interdependência com outros profissionais, o que vai ao encontro dos pressupostos presentes do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995).

A intervenção em saúde nas comunidades deve orientar-se, cada vez mais, para capacitar os grupos a lidar com as fontes de *stress*, de modo a conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, com um mínimo de danos causados pela exposição ao risco (Neuman & Fawcett, 2011).

A palavra “capacitação” de *empowering*, de acordo com a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE®), significa promover, e permitir que o indivíduo perceba a capacidade que detém para influenciar a sua própria saúde (ICN, 2019). Capacitar os enfermeiros de SE está diretamente relacionado com o desenvolvimento das suas aptidões de forma ajustada, para ensinar os docentes e não docentes das comunidades escolares, obtendo ganhos em saúde com as crianças/jovens com DM1.

A enfermagem comunitária pela posição que assume no ambiente natural da comunidade e na intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários a comunidades e grupos é especialmente voltada e adaptada à capacitação dos profissionais educacionais.

O Modelo de Enfermagem de Neuman (1995) assenta na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, em constante interação com *stressores* ambientais (Tomey & Alligood, 2004). Refere que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema são: o ser humano, os *stressores* e a resposta do indivíduo aos mesmos (Neuman, 1995). Aborda dois componentes principais, o *stress* e a reação da comunidade ao *stress* (Pestana-Santos et al., 2021).

Para Neuman a enfermagem caracteriza-se por uma profissão única, na medida em que está intimamente relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress* (Tomey & Alligood, 2004).

Reportando-nos a Silva (2002), o modelo teórico orienta não só o que são os cuidados práticos, mas também os elementos essenciais da formação dos enfermeiros.

Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta comunidade em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido de ter estabilidade e bem-estar (Neuman, 1995.) Isto significa que equaciona como a comunidade interage com outras comunidades e/grupos, através de uma intervenção sistémica do desenvolvimento dos diferentes sistemas contextuais.

Esta interação constante, resultado de ser um sistema aberto, faz com que o processo seja influenciado por fatores de *stress* que possam causar desequilíbrio. Assim sendo, as intervenções de enfermagem dirigem-se a esse desequilíbrio, mediante a potencialização dos recursos para que haja readaptação, e ao próprio equilíbrio em si, para manter a sua homeostasia por um período de tempo maior. Implícito a este modelo estão quatro conceitos paradigmáticos: a enfermagem, a pessoa, a saúde/doença e o ambiente (Neuman, 1995).

A enfermagem que atende a pessoa na sua globalidade, olha o indivíduo como um todo, na sua forma holística, valorizando todas as suas variáveis e a pessoa é vista como um sistema/cliente, sendo composto por variáveis fisiológicas, de desenvolvimento e, espirituais, constituindo a essência do ser (o núcleo) (Tomey & Alligood, 2004; Braga & Silva, 2011). Estas variáveis constituem-se em linhas concêntricas de proteção que atuam na retenção, na obtenção ou ainda na conservação do equilíbrio e integridade desse sistema que compõe a pessoa (Braga & Silva, 2011).

Por outro lado, a saúde é o resultado da continuidade do bem-estar, estando em permanente transformação. A saúde diz respeito à energia que se encontra disponível para a estabilidade ideal do próprio sistema, sendo que, este equilíbrio é traduzido como o melhor estado de saúde (Neuman, 1995).

A doença e a morte caracterizam-se por serem o resultado de uma instabilidade e decréscimo de energia entre as partes ou subpartes do sistema, que são causados pelos *stressores* (Rosa, 2013; Melanie & Evely, 2009). O ambiente diz respeito aos fatores de origem interna ou externa que podem envolver o sistema, ou seja neste caso, os Enfermeiros da SE, que afetam ou são afetados por este de uma forma constante (George, 2000).

Importa referir que existem linhas contempladas pelo modelo, as linhas de defesa flexíveis, normal e de resistência (Pestana-Santos et al., 2021). As linhas de resistência ao proteger o núcleo que é constituído pelos fatores básicos da sobrevivência, exibem condições internas, como a última barreira face aos agentes *stressores*, que quando eficazes ajudam na estabilização e no retomar a um estado normal de bem-estar. Posteriormente, apresenta-se a linha normal de defesa, que é estabelecida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo, sendo considerado normal para o próprio sistema.

O estado normal de bem-estar refere-se às capacidades e competências da pessoa a partir das suas próprias vivências, representando o equilíbrio ou, por outro lado, a adaptação aos *stressores*. Por outro lado, a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser alterada de forma rápida, pois ela atua como se de um amortecedor se tratasse para a linha normal de defesa quando o ambiente é *stressante* ou se deparam com agentes *stressores* e, de outra forma, como um filtro quando o ambiente fornece auxílio, atuando como uma força positiva que irá contribuir para o crescimento e

desenvolvimento pretendendo assim, conservar o estado de bem-estar e o núcleo da pessoa (Wandekoken & Siqueira, 2013).

A relação das variáveis pode afetar o nível até ao qual o grupo populacional é capaz de usar a sua linha flexível de defesa contra uma possível agressão de um *stressor*. Este conceito denomina-se por ser produtor de tensão, podendo causar desequilíbrio do sistema, penetrando a linha de defesa flexível e a linha normal de defesa, que pode resultar em rutura desta comunidade. Por fim, o modelo apresenta também as linhas de resistência, que representam os fatores e mecanismos internos que ajudam o núcleo a defender-se dos *stressores*, representam assim a força da comunidade.

Segundo o Guião para Apreciação da Comunidade como Cliente de Beddome (1995), enquanto adaptação do Modelo Sistémico de Betty Neuman, este define que o cliente pode ser classificado como comunidade geopolítica ou grupo populacional.

Neste seguimento, nos dois sistemas como clientes da comunidade, mobilizam-se os conceitos intrasistémico, que diz respeito às pessoas e reflete as características fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, as quais interagem com os contextos inter e extrasistémico. Estes últimos são analisados de acordo com oito subsistemas: saúde e segurança, sócio cultural, educacional, comunicação e transportes, recreação, legislação e política, económica e religião (Meleis & Dean, 2012).

A análise dos dados, tendo por base estes contextos é realizada a fim de contribuir para a determinação do impacte dos *stressores* intra, inter e extrasistémicos sobre cliente, sendo possibilitada a avaliação da força das linhas de resistências do sistema cliente (Meleis & Dean, 2012). Desta forma, o modelo presente será mobilizado ao longo de toda a redação do presente relatório, também designado por teoria dos sistemas dos cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

No ponto 4 do Planeamento em Saúde, este modelo será mobilizado com o intuito de se entender qual é o núcleo ou cliente que está a ser abordado, bem como os *stressores* que lhe estão inerentes, levando-nos ao diagnóstico de enfermagem para se delinear as intervenções.

De seguida, continuando a linha de raciocínio, faremos uma abordagem pormenorizada das atividades desenvolvidas durante todo o estágio tendo por base os regulamentos do EE e do EESCSP. O caminho percorrido em todo o contexto, pautado pelos objetivos previamente traçados e com as atividades que se apresentarão, permite-nos iniciar o processo de desenvolvimento de competências.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O conjunto de atividades desenvolvidas em contexto formativo e consagradas nos Decretos-Lei acima mencionados permitiram à mestranda ir ao encontro das competências definidas para o EESCSP enunciadas no Regulamento nº 428/2018 e no Regulamento nº 140/2019 relativo às competências comuns do EE.

No sentido de entender a estrutura orgânica/funcional e integrar a equipa multidisciplinar das unidades foi importante a consulta de documentos oficiais e internos, nomeadamente o Plano de Ação da USP PL (2016-2018), o Plano Local de Saúde do ACES PL (2018-2020), o Perfil Local de Saúde do ACES PL (2022), a Carta de Qualidade da UCC AS, o Manual de Articulação ACES PL/UCC AS (2018), o Regulamento Interno da UCC AS.

Com o presente estágio para o desenvolvimento das competências teve-se como premissas o seguinte:

- ✓ Revisão da Literatura;
- ✓ Mobilizar a metodologia do PS na programação das atividades em intervenção nos diversos contextos;
- ✓ Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais;
- ✓ Ter a capacidade de refletir sobre as conclusões e conhecimentos adquiridos durante os estágios;
- ✓ Desenvolver sessões de formação em serviço com comunidades/grupos vulneráveis;
- ✓ Participação na implementação do Projeto de intervenção comunitária capacitando o grupo-alvo (docentes e não docentes da comunidade escolar), tendo em consideração o diagnóstico efetuado e a priorização e objetivos definidos;
- ✓ Avaliação da visualização da implementação do Projeto de intervenção por parte dos Enfermeiros da SE e divulgação da mesma.

Todas as atividades em que se teve oportunidade de participar, contribuíram não só para a aquisição de competências, mas também proporcionaram a oportunidade de conhecer de forma mais ampla o que são os cuidados de saúde primários na área de saúde pública e de saúde comunitária.

É importante referir que, considerando as competências específicas do EESCSP foram definidos objetivos gerais e específicos que se constituíram como um guia estruturante de todo o processo formativo, estes objetivos foram já descritos na introdução do presente relatório.

As atividades desenvolvidas, ao longo de todo o estágio permitiram ir ao encontro dos objetivos traçados, com vista ao alcance das competências preconizadas e são representativas para o

desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro, resultando de um processo considerado individual e único.

Sabe-se que a enfermagem engloba diversos contextos e dá resposta tanto aos indivíduos, como a famílias e comunidades.

A comunidade define-se por ser uma entidade com base num lugar, segundo Stanhope e Lancaster (2011) e composta por diversos sistemas de organizações que refletem as instituições sociais. É referido ainda de acordo com os mesmos autores que essa mesma comunidade se mostra imprescindível e importante para a prática clínica de enfermagem, uma vez que é aqui que todos os enfermeiros exercem as suas funções e aplicam os seus diagnósticos, intervenções e competências elevando assim o bem coletivo e melhorando a saúde da comunidade/grupo.

Face ao exposto, será descrito e analisado reflexivamente o contributo das atividades desenvolvidas durante os estágios, para o processo de aquisição e desenvolvimento das competências.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

De acordo com o Regulamento nº140/2019 (2019), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, preconiza as competências comuns do enfermeiro de cuidados gerais, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade.

No que diz respeito ao **Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal**, podemos afirmar que sempre foi adotada uma postura profissional adequada, através do respeito pelos princípios éticos, Direitos Humanos, cumprindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº104/98).

Nesse sentido, as decisões foram sempre em equipa e em prol da mesma, tendo sido efetuadas reuniões frequentes com a enfermeira orientadora, com o intuito de ir ao encontro das necessidades dos profissionais, de acordo com os recursos disponíveis e também para tomadas de decisão em equipa, no que diz respeito a intervenções em comunidades vulneráveis.

Aquando da visita domiciliária a uma utente internada na ECCI, foram selecionadas previamente intervenções de enfermagem adequadas ao seu problema de saúde e necessidades sentidas, respeitando a sua individualidade e a do prestador de cuidados. Na prestação de cuidados aos utentes quer em domicílio, quer em registo de comunidade, respeitou-se sempre a intimidade, a privacidade e assegurou-se os Direitos Humanos de cada indivíduo.

Neste domínio é importante fazer alusão e ter consciência de que, apesar dos cuidados prestados serem em comunidades, é importante que a individualidade da pessoa esteja assegurada. “Considerar o domínio da ética no contexto dos cuidados e da investigação em Enfermagem de

Saúde Comunitária e de Saúde Pública é cada vez mais um fator de importante relevância para a sociedade.” (Melo, 2020, p. 135).

É, desta forma inegável que na relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente/comunidade o pensamento ético seja o molde das tomadas de decisão.

Durante os ensinamentos clínicos, enquanto futura EESCSP foram identificadas situações em que foi necessário solicitar a outros colegas especialistas para intervir, nomeadamente aquando da vacinação do Bacilo Calmette-Guérin (BCG) às crianças e referenciá-los para os seus enfermeiros de família, desta forma identificamos a nossa área de especialidade, mas com a plena noção de quando devemos solicitar intervenção de outra área de especialidade.

Assim, relativamente a esta competência é a mobilização de habilidades de tomada de decisão ética e deontológica que está presente no melhor equilíbrio entre uma prática baseada na melhor evidência científica e respeitando a autonomia e vontade do utente. Desta forma, podemos verificar que quando se fala na comunidade como cliente, para garantir a sua autonomia e vontade, enquanto entidade coletiva, será necessário o enfermeiro garantir o processo de empoderamento comunitário, ao promover a participação comunitária dos líderes e dos membros da comunidade (Melo, 2020).

Relativamente ao **Domínio da melhoria Contínua da Qualidade** considera-se que a implementação deste Projeto de Intervenção trouxe contributos positivos na melhoria dos cuidados prestados pelos Enfermeiros de SE. Para a sua concretização, foram consultadas as normas orientadoras e os regulamentos internos de cada serviço procedendo-se à revisão da literatura mais atual e pertinente. Assumiu-se um papel de dinamização, através da gestão das atividades, recursos humanos e materiais necessários à concretização dos objetivos, e uma postura proactiva com o intuito de promover o envolvimento dos participantes, fomentando um ambiente seguro.

Surgiu a oportunidade de participar em reuniões com a coordenadora da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) de uma Escola Secundária do concelho de Leiria para apresentação dos alunos com os PSI realizados no de 2021, com os PSI que faltam realizar para o ano letivo de 2022/2023 ou aqueles que devem ser atualizados, de acordo com as necessidades sentidas e expressas pelos professores e/encarregados de educação.

A EMAEI, pela sua natureza enquadrada no Decreto-Lei nº54/2018, de 6 julho, potencia o reconhecimento da mais-valia que é a diversidade dos alunos na comunidade escolar, encontrando formas de lidar com essa diferença, adequando os processos de ensino às características e condições individuais de cada aluno mobilizando os meios de que a escola dispõe para que todos aprendam e participem na vida da comunidade educativa. Esta estrutura apoia os conselhos de turma na identificação das barreiras à aprendizagem com que o aluno se confronta, propondo estratégias para as ultrapassar, de modo a assegurar que cada aluno tenha o acesso ao currículo e a todas as aprendizagens essenciais de cada disciplina, potenciando assim em todos e em cada

um o desenvolvimento do perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória (Decreto-Lei nº54/2018, 2018).

A EMAEI é constituída elementos permanentes e por elementos variáveis. Sendo os elementos permanentes um docente que coadjuva com o diretor, um docente de educação especial, três membros do conselho pedagógico com funções de coordenação pedagógica de diferentes níveis educacionais e de ensino e, ainda um psicólogo. Por outro lado, os elementos variáveis o diretor de turma, outros docentes do aluno, técnicos do centro de recurso para a inclusão e outros técnicos que intervêm com o respetivo aluno (Decreto-Lei nº54/2018, 2018).

O envolvimento parental com a comunidade escolar, o direito dos pais ou encarregados de educação à participação e à informação relativamente a todos os aspetos inerentes ao processo educativo do aluno, é fundamental e enriquecedor.

Têm o direito e o dever de participar e cooperar ativamente em tudo o que se relacione com a educação do seu filho ou educando, bem como aceder a toda a informação constante no processo individual do aluno, designadamente no que diz respeito às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão. (Decreto-Lei nº54/2018, 2018, p. 2920)

Assim sendo, o coordenado da EMAIEI, de acordo com o Decreto-Lei supracitado, deve adotar procedimentos que sejam necessários para a participação dos pais/encarregados de educação/cuidadores em reuniões, facultar o processo individual dos seus educandos e facilitar a que os pais/encarregados de educação/cuidadores tenham acesso à informação adequada e clara relativamente ao seu filho ou educando.

No **Domínio da Gestão dos Cuidados**, assume-se uma postura de liderança no âmbito da gestão e implementação do projeto, na identificação de recursos humanos e materiais disponíveis, a sua rentabilização e a gestão das atividades. Nos respetivos estágios colaborou-se na formação avançada aos Enfermeiros de SE para aplicação do Projeto de intervenção Comunitária; participou na referenciação de utentes que estão ingressados nas ECCI e têm alta para as respetivas UF, dando a conhecer os problemas e necessidades atuais do utente; participou em reuniões familiares de utentes que ingressam pela primeira vez na ECCI, entregado um manual de acolhimento da unidade, onde constam informações relevantes para os prestadores de cuidados e utentes, como contactos, modo de funcionamento e articulação com os diferentes profissionais de saúde.

Nas visitas domiciliárias é muito comum treinar os prestadores de cuidados e/ou utente para administração de medicação que não necessite de supervisão sempre que é administrada, no caso

das injeções subcutâneas, por exemplo. Desta forma, está inerente a supervisão do enfermeiro aquando da explicação e demonstração de como se procede.

Neste domínio é pertinente destacar a perceção dos diferentes papéis dos profissionais da equipa multidisciplinar, entender que a intervenção de uma equipa multidisciplinar é benéfica para o utente/comunidade, implementando-se estratégias positivas e adequadas ao bom funcionamento e desempenho tanto da equipa de enfermagem como da equipa multidisciplinar, através do reforço positivo.

No **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, consideramos que o caminho percorrido foi repleto de aprendizagens resultantes do comprometimento pessoal e empenho profissional.

Importa referir que deve existir uma consciencialização da influência pessoal na relação profissional e que por isso, a atuação do enfermeiro pode ser única e muito pessoal.

Durante os estágios foi oportuna a intervenção de enfermagem em colaboração com outros profissionais de saúde, nomeadamente da Assistente Social, no que diz respeito à comunicação com o utente/comunidade. A comunicação em saúde é uma estratégia chave destinada a informar a população sobre questões que estejam relacionadas com a sua saúde. Esta comunicação visa melhorar a literacia em saúde e, conseqüentemente, o estado de saúde dos indivíduos (Regulamento nº348/2015). Assim, a articulação com outros profissionais de saúde permite-nos identificar necessidades ou problemas mais estruturados e em todas as áreas, obtendo-se assim mais ganhos em saúde.

Neste domínio, é importante ressaltar que a responsabilização pelos atos que se praticam deve estar sempre inerente a qualquer prática, pelo que o enfermeiro deve otimizar a congruência entre a auto e heterospeção, atuando eficazmente sob pressão.

As necessidades formativas identificadas nos Enfermeiros de SE no primeiro estágio, na USP PL, são uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, pois foi dada oportunidade da mestranda participar na formação avançada a este grupo de enfermeiros, atuando assim como formador oportuno em contexto de estágio.

Após a formação avançada, foi possível, na UCC AS avaliar o impacte desta formação, tendo o Projeto de Intervenção Comunitária sido aplicado a uma comunidade escolar com crianças/jovens com DM1.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Enquanto área especializada da Enfermagem, no que se refere à regulação profissional, a mesma tem competências pulcadas no quadro legislativo português, assim como orientações para o

percurso formativo dos enfermeiros no que respeita às estruturas dos cursos e às experiências clínicas que têm de ter para o desenvolvimento das competências indicadas.

A especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem como intervenção a comunidade/grupos e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, por exemplo (Regulamento nº348/2015, 2015).

As competências do EESCSP estão regulamentadas pelo Regulamento nº428/2018, e apresentam-se sob quatro competências:

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (Regulamento nº428/2018, p. 19354)

O trabalho presente expõe toda a jornada de desenvolvimento de atividades constituindo uma retrospectiva com um carácter reflexivo e crítico das atividades desenvolvidas nestes dois campos de estágios e o seu contributo na aquisição e desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem.

Sabemos que nos dias atuais as solicitações de um rigor quer técnico-científico quer financeiro, requerem uma prática sustentada em critérios exigentes e numa evidência científica comprovada. A exatidão metodológica e científica justifica as intervenções desenvolvidas e auxilia na visibilidade e reconhecimento da enfermagem aos mais diferentes níveis, quer junto da população, quer ao nível político e governamental, como uma profissão de excelência e decisiva para os ganhos em saúde das pessoas e também das comunidades.

É importante referir que, ao longo deste ponto serão descritas de que forma as competências do EESCSP foram desenvolvidas de acordo com um processo de reflexão e de pensamento crítico, tendo em conta, todas as atividades realizadas ao longo dos dois ensinamentos clínicos.

Importa referir que as atividades desenvolvidas ao longo de todo o estágio foram de encontro às fases da metodologia do PS.

Contudo, no que diz respeito às etapas do PS que serão descritas no ponto 4, foi implementada a metodologia do PS, a elaboração do diagnóstico de saúde da população, o estabelecimento de

prioridades, a definição das estratégias mais adequadas no processo, e a avaliação do projeto. Todas estas etapas do PS serão descritas e em cada uma delas está inerente a mobilização e desenvolvimento de competências do EESCSP.

Através de uma motivação e investimento de índole pessoal e profissional, enquanto enfermeira sensibilizada para a importância da compreensão da comunidade em todas as suas singularidades, o Projeto DARE+ insere-se na primeira e segunda competência acima descritas, mais concretamente. (Figura 3).

Figura 3- Representação do projeto de intervenção comunitária nas competências alcançadas



O Projeto DARE+ emerge como estratégia de intervenção comunitária que, simultaneamente vem estabilizar as linhas de defesa e prevenir a rutura, através da capacitação dos enfermeiros para a intervenção exigida em contexto escolar; e providenciar a resposta comunitária necessária que garante ganhos em saúde nas crianças e jovens com DM1.

Como ilustrado na figura 3, deu-se já ênfase, à forma de desenvolvimento das primeiras competências pela aplicação do Projeto de intervenção comunitária.

É essencial que por parte do EESCSP exista uma atitude de liderança na mobilização do grupo para a concretização do projeto em questão, pois os conhecimentos mobilizados das diferentes áreas do saber forneceram as variáveis de suporte não só para a concretização do curso de

formação, mas também para a capacidade de se refletir criticamente sobre todas as atividades que foram desenvolvidas, numa visão de EE

É fundamental nos referirmos ao ato de refletir, pois caracteriza-se por ser uma tomada de consciência do ser humano no que diz respeito à procura de respostas para as suas preocupações, possibilitando uma ideia do que se chama perceber, pensar, duvidar e crer, conduzindo a que os profissionais possam desenvolver um nível maior de conhecimento sobre a natureza e o impacto do seu desempenho.

Em enfermagem, pode afirmar-se que o desenvolvimento do pensamento crítico significa “romper com a lógica tecnicista (...), com ênfase apenas no saber e no saber-fazer (...) em detrimento do saber-ser” (Sordi & Bagnato, 1993, p.83). Uma vez que as conclusões e decisões tomadas pelos enfermeiros têm interferência na vida das pessoas, o pensamento deve ser guiado por um raciocínio preciso e disciplinado que promova a exatidão e a profundidade da colheita de dados e que procure identificar claramente as questões que se apresentam (Alfaro-LeFevre, 2013). Assim, torna-se necessário o desenvolvimento do pensamento crítico pela colaboração, por exemplo, no reconhecimento de problemas, na tomada de decisão, na prioridade dos cuidados a prestar e na diminuição de riscos potencializadores de resultados que não sejam desejáveis.

O EESCSP, na mobilização de todos os conhecimentos adquiridos, desenvolve uma prática clínica de supervisão com reconhecimento da especialidade das intervenções que efetua quer seja nos cuidados ao indivíduo, à família, ou às comunidades.

Sendo imprescindível que a atuação de enfermagem tenha um modelo teórico subjacente para lhe providenciar suporte, e permitir a interpretação e avaliação, considerou-se que a teoria sistémica de Betty Neuman seria a mais adequada para analisar a temática da formação dos enfermeiros de SE, uma vez que reflete a influência dos agentes *stressores* que causam ou podem causar desequilíbrio no sistema. Tendo em consideração os contextos intrasistémico, intersistémico e extrasistémico, representados pelos enfermeiros de SE, pelos 5 concelhos da área de abrangência do ACES PL e pela USP PL, pelas UCC's do ACES PL e as comunidades escolares envolvidas, apresentam-se como uma visão holística, em que as estruturas como o núcleo ou as variadas linhas de defesa possam ou não ser afetadas consoante a consolidação que é providenciada pelas intervenções de enfermagem, quer seja na fase do equilíbrio, quer seja na fase do desequilíbrio.

As atividades desenvolvidas assumiram-se como estratégias que permitiram ir ao encontro da resolução das necessidades identificadas, caracterizando-se por serem adaptadas e abertas à melhoria, dinâmicas e ajustáveis.

Refletindo sobre a intervenção, enquanto EE, na USP PL, é importante fazer referência às quatro competências dos EESCSP descritas no Regulamento nº428/2018 e, referindo que de forma foram atingidas.

A competência “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento n428/2018, p.19355), engloba as seguintes unidades de competência:

Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade: identificou-se os determinantes dos problemas de saúde da comunidade do ACES PL, sendo priorizados os problemas de maior relevância e pertinência neste ACES. O perfil de saúde das comunidades em questão foi definido, tendo por base pesquisas bibliográficas no Perfil de Saúde do ACES PL, Plano de Ação da USP PL e no Plano Local de Saúde do ACES PL. As necessidades desta comunidade foram identificadas, sendo que, entre os problemas de elevada magnitude, está a DM.

Segundo a SPD (2016), no que diz respeito a indicadores epidemiológicos considerados importantes para avaliarmos a problemática, relativamente à prevalência, a DM1 aparece predominantemente em crianças e jovens e nos últimos anos tem havido um aumento significativo da doença em Portugal. Em 2015, a DM1 em Portugal, atingia cerca de 1 828 de indivíduos com idades entre 0-14 anos, o que corresponde a 0,13% da população portuguesa nesta faixa etária e, dos 0-19 anos atingia cerca de 3 327, portanto 0,16% de indivíduos.

Quanto à incidência, em 2015 foram detetados 13,3 novos casos de DM1 por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0-14 anos e, 233 indivíduos compreendidos na faixa etária dos 0-19 anos (SPD, 2016).

Desta forma, torna-se emergente educar os docentes e não docentes que contactam com a criança/jovem com DM1, nomeadamente em questões que estejam relacionadas com a saúde e a forma como se podem adaptar ao meio escolar. Assim, capacitar os Enfermeiros de SE que desenvolvem o Projeto DARE+ nas escolas, é de extrema importância para que as suas intervenções ajam no âmbito dos cuidados de enfermagem em contexto escolar.

Com o diagnóstico de situação sendo desenvolvido com os Enfermeiros da SE, identificaram-se as necessidades desta comunidade: os Enfermeiros da SE que não têm a formação e pretendem obtê-la e, os Enfermeiros que têm a formação e fazem a SE mas pretendem atualizar conhecimentos para que a informação que transmitam seja a mais adequada e atualizada possível.

Ainda no que concerne a esta unidade de competência, é importante referir que houve oportunidade de reunir com a coordenadora da EMAEI, já explicado no ponto das competências comuns, de uma Escola Secundária do concelho de Leiria para apresentação dos alunos com PSI realizados, com

PSI que faltam realizar ou aqueles que devem ser atualizados, permitindo a realização de diagnósticos de saúde inerentes aos alunos.

Por outro lado, o estágio de um dia pelo Centro de Diagnóstico e Pneumológico (CDP) de Leiria, teve como objetivo conhecer a unidade diferenciada na área da tuberculose. Estas equipas integram médicos, enfermeiros e administrativos. A existência destas unidades de saúde permite gerir o diagnóstico e tratamento desta doença de forma integrada na comunidade estabelecendo parcerias de atuação com os CSP, instituições hospitalares e diversas estruturas comunitárias. Assim permitiu-nos entender quais são os principais diagnósticos existentes naquela unidade e de que forma intervém junto da comunidade vulnerável, por exemplo a realização de visitas domiciliárias aos utentes com tuberculose permite ao EESCSP avaliar as condições de salubridade, o apoio familiar e, se necessário realizar diagnósticos de enfermagem para esses utentes e proceder às intervenções que achar mais pertinentes. A distribuição de medicamentos aos utentes vulneráveis que se deslocam à unidade é também uma prática diária do enfermeiro alocado a este local.

Destacamos que estas atividades realizadas contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competência acima descrita.

Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade: ao serem identificados os problemas presentes no perfil de saúde: saúde mental, DM e obesidade, doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e acessibilidade, definem-se critérios objetivos para priorizar a saúde da comunidade, através da identificação do diagnóstico de saúde. Assim, entende-se que a DM é um problema presente na comunidade do ACES PL.

No entanto, as reuniões realizadas em contexto de estágio na escola secundária do concelho de Leiria contribuíram para a definição de objetivos que permitiram definir quais as principais prioridades em saúde daquela comunidade escolar, para se intervir adequadamente obtendo ganhos em saúde.

Ainda durante o ensino clínico na UCC AS foi também possível realizar o acolhimento de um utente em domicílio, para a ECCI, com a médica e a enfermeira gestora do caso. O manual de acolhimento do utente para a ECCI da UCC AS permite aos prestadores de cuidados/utente conhecerem a sua dinâmica e forma de atuação. As visitas domiciliárias aos utentes internado em ECCI permitiram identificar as necessidades de cada um, bem como dos prestadores de cuidados, permitindo assim estabelecer prioridades, no caso das intervenções de enfermagem, para que se atue em conformidade.

De acordo com o Decreto Lei nº 101/2006 (2006), as equipas da ECCI são o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, que decorre de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e

contínuo, visando promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Assim sendo, as visitas aos utentes internados em ECCI permitiam a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde. É ainda importante referir que durante todo o processo de acompanhamento, o apoio dos familiares ou dos prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados é imprescindível e indispensável. O apoio e o acompanhamento dos utentes em ECCI deve ser adequado à respetiva situação.

Na continuação do desenvolvimento da unidade de competência acima descrita, é essencial referirmos que houve a oportunidade de realizar uma reunião com uma encarregada de educação de um aluno com doença celíaca, da mesma escola secundária já referida anteriormente, com a diretora de turma, a coordenadora da EMAEI, o professor de educação especial, a enfermeira orientadora e a mestranda para preenchimento do PSI deste aluno. Percebeu-se que existiam necessidades formativas na área da doença celíaca aos docentes e não docentes, bem como aos alunos(as) da turma, nos cuidados ao aluno com doença celíaca; assim agendou-se uma sessão de educação para a saúde acerca da doença celíaca em contexto escolar para os alunos de uma turma com um aluno portador da doença, que teve como base o plano da sessão presente no **apêndice II** e a sessão de educação para a saúde apresenta-se no **apêndice III**. E, de seguida realizou-se outra Sessão de Formação mas com foco nos professores e assistentes educativos, que teve como base o plano de sessão presente no **apêndice IV** e a apresentação dos slides encontra-se no **apêndice V**.

Segundo a Associação Portuguesa de Celíacos (2023), a doença celíaca é uma doença crónica que pode surgir na ingestão de glúten em indivíduos que são suscetíveis e caracteriza-se por uma atrofia das vilosidades do intestino delgado. Desta forma, a sessão foi muito importante explicando aos alunos e docentes e não docentes de que a eliminação do glúten da alimentação permite que o intestino regenere por completo da lesão e o organismo recupere. Mas que, se existir reintrodução do glúten, as inflamações regressam e os sintomas tornam-se novamente evidentes. Alertando toda a comunidade escolar para a importância da não introdução deste alimento no quotidiano do aluno é primordial. Na sequência desta sessão foi explicada a importância da preparação dos alimentos para o aluno que é portador da doença, em primeiro lugar, evitando desta forma a contaminação aquando da preparação dos outros alimentos e, também a importância de existir talheres e loiças de cozinha únicas para o aluno.

Sabendo que, de acordo com o PNSE (2015), as comunidades escolares devem proteger a saúde das crianças/jovens, salvaguardando a dos mais vulneráveis, intervir, globalmente, torna-se

imprescindível uma abordagem holística da saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre a pessoa.

Assim, a escola deve valorizar a promoção e prevenção da doença, assegurando os recursos humanos e responder a todos os desafios atuais, num contexto inegável para a melhoria dos estilos de vida.

Num outro contexto, mas na mesma escola, ocorreu uma reunião com a psicóloga da instituição no âmbito do Projeto Unidade de Apoio ao Alto Rendimento na Escola (UAARE), com o intuito de intervir com jovens que praticam *ballet* tendo sido identificado pela escola a importância de se fazer uma sessão de educação acerca do peso e da imagem corporal. De modo que, fosse um momento de reflexão entre as alunas, despertando a atenção das mesmas para os conteúdos que procuram em meios sociais nem sempre serem adequados ou corretos à sua realidade.

A identificação das prioridades neste contexto permitiu intervirmos de forma concisa e estratégica para que as alunas entendessem os pontos principais da sessão, e que fosse o seu momento de esclarecimento de dúvidas sentindo-se confortáveis para refletirem connosco acerca dos pontos mais importantes.

Posteriormente a seguinte unidade de competência é: **formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.**

Foram já identificados um total de 46 Enfermeiros da USP e das UCC's (Dr. Gorjão Henriques e Dr. Arnaldo Sampaio), **apêndice VI** (tabela 13), que pretendem realizar a formação do Projeto DARE+, com o intuito de intervir junto das escolas, dos pais/encarregados de educação, atenuando estes desafios que são sentidos pelas crianças com DM1. Sendo imprescindível para que se possa tomar decisões sobre as necessidades em saúde desta comunidade e orientar estrategicamente, definindo objetivos mensuráveis que permitam medir mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde.

O intuito foi de intervir junto das escolas, pais/encarregados de educação, atenuando estes desafios que são sentidos pelas crianças com DM1. Sendo imprescindível a identificação destes problemas para que se possa tomar decisões sobre as necessidades em saúde desta comunidade e orientar estrategicamente, definindo objetivos mensuráveis que permitam medir mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde.

Na sequência desta unidade de competência do EESCSP, existiu no início do estágio na UCC AS uma reunião com Professora Supervisora e Enfermeira Orientadora para apresentação do Projeto de Aprendizagem realizado na UCC AS, que se encontra no **apêndice I**, onde constam as atividades que se pretende desenvolver alicerçadas aos objetivos principais definidos para cada local de estágio. Assim, considera-se que a competência foi adquirida.

Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados: uma vez que foram identificados o número de Enfermeiros das equipas de SE, entendeu-se que todos os enfermeiros pretendem fazer a formação do Projeto DARE+ e, mesmo os que já tinham realizado a formação pretendem atualizar conhecimentos. Para tal, como referido anteriormente no primeiro relatório, foram feitas pesquisas devidamente fundamentadas da importância da DM na nossa atualidade e o porquê da escolha do tema atual.

Ainda no sentido de promover o trabalho em parceria/rede com o intuito de garantir uma maior eficácia das intervenções, na sequência do Projeto de Intervenção Comunitária, aquando da formação avançada, apresentam-se vídeos multimédia, nomeadamente a administração do Glucagon, de alguns conceitos e de formas de atuação em casos de hipoglicémia, em que se achou pertinente renovarem-se alguns deles, atualizando os figurantes para uma realidade mais próxima aos jovens/crianças dos dias de hoje, pois sabe-se que a proximidade com a realidade poderá ter um impacto mais positivo aquando da visualização dos vídeos. Para isso foi contactada a Escola Profissional e Artística da Marinha Grande para uma reunião que teve lugar dia 12 de outubro de 2022, em que estavam presentes a Sra Professor Diretora da Escola e dois docentes que lecionam as disciplinas de comunicação e audiovisual, comunicação publicitária e criatividade, *marketing* e técnicas e práticas de comunicação em relações públicas, com o objetivo de colaborarem na mudança visual desses mesmos vídeos.

No que diz respeito a uma das áreas de intervenção da USP PL, Promoção e Proteção da Saúde da USP PL, na implementação de intervenções para problemas de saúde pública, tive a oportunidade de assistir à Consulta de Medicina do Viajante, em que são destinadas às pessoas que vão viajar para países tropicais e, vacinar utentes nestas mesmas consultas com as vacinas que lhes são específicas tendo em conta o país para onde se deslocam. O objetivo destas consultas é conduzir a uma avaliação individualizada do risco para o viajante, com o intuito de educá-lo para os riscos associados e aconselhar medidas preventivas de doenças ou eventos adversos.

Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados: no Centro de Atendimento a Adolescentes e Jovens existiu a oportunidade de participar em consultas realizadas a jovens/adolescentes para esclarecimento de dúvidas, início da atividade sexual ou administração de contraceptivos. A identificação das necessidades do utente por parte do EESCSP foi essencial para uma resposta adequada e atempada, no sentido de diagnosticar e orientar o utente com uma diferenciação e melhoria de cuidados. Nestas consultas é realizada a monitorização da eficácia desta atuação, que tem como principal objetivo intervir junto de crianças e jovens que procuram este serviço.

A consulta que houve oportunidade de colaborar foi de uma utente residente em lar que frequenta as consultas para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas acerca de métodos contraceptivos e/ou outros assuntos como preocupações do seu quotidiano.

Importa refletir que em grupos ou comunidades mais vulneráveis a comunicação deve ser uma estratégia tendo por objetivo obter ganhos em saúde. A comunicação, diz-se terapêutica, pois é usada enquanto ferramenta que permite ao EE compreender as necessidades da comunidade/cliente que frequentemente é vulnerabilizado pela doença e as duas limitações (Campos, 2017).

A comunicação é considerada uma das características importantes que define a qualidade das intervenções em enfermagem. Os enfermeiros são considerados elementos centrais na comunicação entre os elementos das equipas multidisciplinares e a sua participação na tomada de decisão conjunta é essencial. (Campos, 2017 p.93)

Uma vez que a utente regressava dentro de 6 meses à consulta, se não forem obtidos ganhos em saúde, pode reformular-se os objetivos ou até mesmo as estratégias com base no diálogo que se terá com a utente.

Ainda relevante para esta unidade de competência, num dos dias de estágio foi possível assistir à elaboração de um Mandato de Condução de Avaliação Clínica Psiquiátrica, para possível Internamento Compulsivo, baseado na Lei de Saúde Mental (Lei nº36/98), que diz respeito a uma das áreas de intervenção da Saúde Pública.

A Polícia de Segurança Pública apresentou na USP PL um auto de uma queixa de maus tratos a animais, a um animal de estimação do respetivo utente. Em que já tem como antecedentes dependência de substâncias (álcool e drogas).

Para desencadear o mandato é necessário um relatório médico em que seja feita a referência a uma patologia do foro psiquiátrico e uma declaração de um familiar que viva próximo ou com o mesmo, a solicitar Internamento Compulsivo. Estes documentos são fornecidos ao delegado de saúde, sendo este quem determina se o utente deve ou não ser encaminhado para Avaliação Clínica-Psiquiátrica.

Posto isto, se tiver parecer favorável, a polícia ou a Guarda Nacional Republicana (consoante a localização do utente) levam o mesmo ao serviço de urgência, do hospital de proximidade, com os documentos acima mencionados. Posteriormente o psiquiatra avalia se o utente tem ou não critérios para o internamento compulsivo.

Durante todo este processo, é fundamental a intervenção do EESCSP, quer na colheita de dados de saúde, quer na colheita de dados relativos ao seu agregado familiar/condições de

habitabilidade/consumo de dependências, etc., com o intuito de identificar e prevenir ameaças graves para o próprio ou para a saúde da população.

Por último e não menos importante, que será descrito com maior rigor e pormenor no ponto 4, foi dada a oportunidade da aplicação do Projeto DARE+, que teve lugar na Escola Básica Dom Dinis em Leiria, nos dias 21 e 28 de setembro de 2022, sendo uma forma de avaliação da sua implementação. Apesar de, a intervenção deste Projeto, no que nos diz respeito, ser para formar os Enfermeiros, pensámos ser pertinente se assistir à formação que é lecionada aos docentes e não docentes da escola. Pois a formação é realizada pelos Enfermeiros de SE.

Sabendo que, segundo a Norma nº015/2015 (2015), é no programa de SE que o contexto escolar assume ser um meio privilegiado de educação e de aquisição de competências que promovam escolhas saudáveis.

O Projeto DARE+ é composto pelo Plano de Formação, presente no **anexo II**, para os profissionais de saúde, (DGS, 2016) sendo composto por 10 módulos. Foi organizada a Formação para os Enfermeiros já acima descritos, nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2022 no Auditório do *Campus 5* do Instituto Politécnico de Leiria, em parceria com o Centro Hospitalar de Leiria e o ACES PL. Enquanto elemento integrante da Comissão Científica e Organizadora do Evento da Formação, foi proposto ser preletora juntamente com outra colega Sra Enf^a, do tema “*Perspetivas da translação da Teoria para a Prática*” que teve lugar no dia 26 de outubro.

A preleção do tema foi bastante enriquecedora enquanto profissional de saúde a prestar cuidados diretos aos utentes e enquanto futura EESCSP, uma vez que necessitamos de procurar evidência e aplicá-la na prática quotidiana da prestação de cuidados, com uma participação ativa na investigação e no seu desenvolvimento (Craig & Smyth,, 2004). Os mesmos autores ainda referem que o ponto-chave é atuar de forma certa e fazer uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência que exista, de forma a tomar-se decisões sobre os melhores cuidados de saúde a serem prestados. No entanto, é importante entender que pelo facto de ter sido conduzida uma investigação, que os resultados possam ser transferidos diretamente para os contextos clínicos, as intervenções precisam de ser avaliadas e estudadas pelos peritos da investigação.

No caso dos docentes e não docentes, que devem ser elementos de referência à criança com DM1, a formação compõe-se em duas partes (em dias distintos), a primeira parte diz respeito à definição de conceitos básicos. E, a segunda parte diz respeito à aplicação do PSI e à componente prática do treino na administração do Glucagon, perfazendo um total de 4h. Na segunda parte da aplicação do Projeto estiveram presentes o aluno, a encarregada de educação e alguns elementos educacionais próximos da criança que na sua presença foi elaborado o PSI.

O PSI, de acordo com PNSE (2015) é projetado para cada criança ou jovem com necessidades de saúde especiais, avaliando o impacte das condições de saúde na sua funcionalidade (atividades e

participação), e atua nas medidas de saúde a implementar, nomeadamente as medidas terapêuticas, as necessidades de saúde de cada criança/jovem, entre outros, com o objetivo principal de melhorar o seu desempenho escolar, considerando os fatores ambientais, facilitadores ou barreira, do contexto escolar.

Nos casos particulares dos alunos com DM1, no seu PSI, segundo a Orientação 006/2016 (2016), constam: a sua identificação; os contactos principais em caso de emergência, a sua condição de saúde no que diz respeito à DM1; podem também constar as medidas de saúde que terão de ser realizadas na escola, por exemplo o número de unidades de insulina a cada refeição do dia; o seu nível de autonomia e, por fim as recomendações da equipa de SE, e aqui estão descritos os sintomas que a criança/jovem pode ter habitualmente em situações de hipoglicémia ou hiperglicémia, seguido da orientação para a administração do glucagon e a dose indicada.

Desta forma, é relevante que a segunda intervenção em contexto escolar dos Enfermeiros de SE seja com os encarregados de educação ou responsáveis pelo aluno, juntamente com os docentes mais próximos ao mesmo, com o intuito de se preencher corretamente o documento e toda aquela comunidade ser esclarecida.

Aquando da formação dos docentes e não docentes, é preenchido um questionário antes e depois da formação, com o intuito de se compreender se adquiriram os conhecimentos básicos e formas de atuação na criança com DM1. Em relação aos Enfermeiros, é também preenchido pelos mesmos um questionário pré e pós-teste com o mesmo objetivo. Estes questionários não serão colocados no presente relatório, uma vez que poderiam enviar-se resultados futuros.

Posteriormente, estes resultados são analisados pela equipa de investigação da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Remetendo-nos para o Regulamento nº140/2019, uma das competências comuns do EE é a Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em que, aquando da elaboração do Plano de Saúde Individual, é necessário construir estratégias de resolução do problema em parceria com a criança e com o encarregado de educação e, posteriormente, aferir se os resultados estão em concordância com as tomadas de decisão.

A segunda competência, “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento nº428/2018, p.19356) detém as unidades de referência seguintes:

Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania: o Plano de Formação para as equipas da comunidade escolar, conforme descrito anteriormente, permitiu implementar o Projeto, em conjunto com a criança com DM1, encarregado de educação e os elementos de referência da comunidade em questão para o preenchimento do PSI.

Nestes dias existiu lugar para dúvidas/preocupações/receios, a serem esclarecidos pela Enfermeira responsável pela aplicação do Projeto naquele meio escolar, bem como a componente prática da preparação do Glucagon por parte de todos os docentes e não docentes presentes na Formação.

No que diz respeito à atividade de aprendizagem “Intervenção em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.”, foi proposto a realização de uma apresentação de diapositivos, cujo plano de sessão pode ser consultado no **apêndice VII**, com o objetivo principal de adesão à vacinação, em relação à infeção humana por vírus *Monkeypox* (VMPX), informar acerca dos principais sintomas e evolução da doença aos utentes da Associação de solidariedade, Instituição Particular de Solidariedade Social, em consonância com a DGS (2022a) e DGS (2022b).

A Associação intervém no território de dois concelhos desde 2000, junto de pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e seus envolventes, utilizadores de substâncias psicoativas, trabalhadores do sexo, entre outros.

Os diapositivos da apresentação mencionada estão disponíveis no **apêndice VIII**. O objetivo principal desta formação foi incentivar os presentes à adesão da vacinação do VMPX, numa vertente da promoção da saúde. No **anexo III** pode encontrar-se o certificado de participação na sessão da formação.

A saúde é um processo que deve ser encarado como algo contínuo, e não apenas como um momento ou uma fase. Pelo que é necessário incutir na sociedade um novo paradigma, uma visão salutogénica (promoção de saúde), de modo que o indivíduo tenha um papel ativo na promoção da saúde ao longo do ciclo de vida (Figueiredo & Amendoeira, 2019). Para isso é importante capacitar a comunidade. O nível de literacia de uma comunidade é um determinante para a aquisição de níveis de saúde adequados, sendo considerado um fator de risco.

Em Portugal, a promoção da Literacia em Saúde (LS) tem sido vista como o percurso para a melhoria dos cuidados de saúde e uma preocupação na definição de políticas de saúde (DGS 2021-2030). A promoção da LS é de responsabilidade de todos, no entanto o enfermeiro tem um papel de destaque, uma vez, que acompanha o indivíduo em todas suas fases do ciclo vital.

O EESCSP trabalha em conjunto com a comunidade de modo a aumentar o empoderamento comunitário, sem o qual o desenvolvimento da literacia, dificilmente acontecerá (Nunes, 2016). O EE em saúde comunitária tem na sua génese, competências para definir, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades (Regulamento nº428/2018).

A promoção da saúde quer seja de um indivíduo ou de uma comunidade, o EESCSP deve identificar a situação de saúde da população e dos recursos que a rodeia, criando oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, devendo ainda ser um potencial de saúde do grupo/comunidade através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, do crescimento e do desenvolvimento (Regulamento nº348/2015, 2015).

Assim, a sessão de formação permitiu gerar novos conhecimentos e expectáveis comportamentos, promovendo novas capacidades ao grupo da Associação de Solidaridade.

No final da sessão, para avaliação da sessão, foi entregue um questionário de satisfação, apresentado no **apêndice IX** aos 18 indivíduos presentes, destes, 72% referiram na pergunta 1 que a sessão foi muito importante, por outro lado não houve respostas em que referissem que a sessão não fosse importante/pertinente, estas conclusões podem ser confirmadas pela apresentação das figuras no **apêndice X**.

Na sequência da capacitação dos grupos e comunidades, foi realizada uma Sessão de Educação para a Saúde pela mestrandia, intitulada “+ *Literacia, melhor saúde*” com objetivo principal de aumentar o conhecimento em saúde acerca da alimentação saudável e DM2 em utentes de um Centro de Dia do concelho de Leiria. No **apêndice XI** apresenta-se o plano de sessão e no **apêndice XII** encontra-se apresentação de diapositivos.

Uma vez que os participantes eram n= 24 e as suas idades estavam acima dos 65 anos e alguns analfabetos, para avaliação de conhecimentos antes e depois da sessão, utilizou-se duas cartolinas de cores verdes (resposta sim) e de cores vermelhas (resposta não) para as seguintes questões, realizadas antes e após a sessão:

- 1- Podemos comer muitas gorduras?;
- 2- Devemos beber água só quando temos sede?;
- 3- Devemos comer 6 refeições por dia?;
- 4- Devemos mexer-nos mais vezes?

Tendo em consideração o tipo de população presente, as perguntas foram elaboradas de forma simples e prática para que não houvesse dúvidas nas respostas.

Concluimos que nas perguntas 1 e 2 houve melhoria nos conhecimentos depois da sessão, **apêndice XIII**, nas restantes perguntas as respostas mantiveram-se iguais nos dois momentos, sendo que a questão 4, tanto antes como depois da formação, o total de participantes respondeu como verdadeiro, pelo que, nesta pergunta não se podia esperar melhoria.

A necessidade da realização da formação foi identificada pela diretora do centro de dia e, enquanto EESCSP, o mesmo deve prevenir complicações para a saúde dos grupos/comunidades. Sendo a população do centro constituída por utentes, maioritariamente por idades superiores a 65 anos, que

têm DM e por utentes com outras doenças crónicas, expressar os maiores problemas destas faixas etárias (sedentarismo, más escolhas alimentares) torna-se prioritário para o enfermeiro.

O Regulamento nº348/2015 (2015) documenta que a identificação dos problemas deve ser tão rápida e eficaz quanto possível, para que sejam implementadas e prescritas intervenções de enfermagem que contribuam para atenuar ou evitar esses problemas, minimizando os efeitos indesejáveis. Se o sedentarismo ou as más escolhas alimentares tanto dos utentes com DM como dos utentes sem a doença levam-nos a atuar com exatidão nestas necessidades. Assim, a sessão de educação permitiu discursar acerca da importância da alimentação saudável, dando relevância aos utentes com DM, pois os cuidados devem ser redobrados.

Ainda no desenvolvimento da mesma competência realizou-se uma sessão de educação para a saúde, denominada “DM1 em contexto escolar” a uma turma de 12º da escola secundária, com o intuito de alertar os colegas de um aluno que tem DM1, tendo por base um plano de sessão que se pode consultar no **apêndice XIV**. A sessão incidiu nomeadamente na explicação do que é a hipoglicémia, dos seus sintomas e sinais associados e, a forma de atuação caso ocorra uma situação semelhante. No **apêndice XV** está a apresentação desta sessão que foi realizada.

A importância de, enquanto EESCSP, transmitir conhecimentos à turma ou à comunidade escolar no que diz respeito ao modo de atuação da hipoglicémia, podendo ser necessário pela administração do glucagon, é pertinente para que o aluno se sinta confortável e com o menor de barreiras possível para a sua aprendizagem. O aluno em questão durante toda a sessão participou e deu exemplos do que acontece com ele, pois é sempre pertinente existir um testemunho da primeira pessoa.

Uhm e Choi (2022) referem que a maioria dos pais dos alunos relata que é importante a confiança que se estabelece com os enfermeiros de SE, auxiliando assim a cooperação e respeito entre todos, de salientar que se torna necessário trabalhar em equipa para que a criança com DM1 seja mais independente e autónoma possível.

Podemos desta forma referir que a presença do EESCSP em contexto escolar transmite uma relação de confiança aos responsáveis pelos alunos ou aos pais dos mesmos, melhorando a qualidade dos cuidados de SE e, conseqüentemente a vida escolar da criança/jovem com DM1 (Uhm & Choi 2022).

No que diz respeito às sessões de educação para a saúde na área da saúde comunitária e na área da saúde pública, é de destacar a oportunidade de assistir a uma sessão realizada por uma colega especialista de outra área, pois aprofundam-se outros conhecimentos que nos oferecem outra visão, não sendo impeditivo de, através do que se observa se identificarem necessidades reais e sentidas pelas utentes em questão e sugerir intervenções com o objetivo de se obter ganhos em saúde. Esta sessão ocorreu num módulo denominado “Somos pais e agora?”, lecionada pelas

colegas EE de Saúde Infantil e Pediátrica auxiliando a parentalidade, cujo tema foi “Choro, Cólicas e Sono”.

A parentalidade é um termo relativamente recente, sendo usado nos dias de hoje com o intuito de marcar a dimensão de processo e de construção no exercício da relação dos pais com os filhos. Os diferentes tipos de interação que ocorrem com o bebé e com os seus cuidadores podem facilitar a instauração de vínculos afetivos seguros ou, por outro lado, dificultar o seu processo (Zornig, 2010). O objetivo destas sessões além do esclarecimento de dúvidas, é um momento de partilha sabendo que o nascimento de um filho transforma definitivamente o psiquismo de cada um dos pais.

Referente à mesma competência, destaca-se ainda a participação na elaboração de um Poster intitulado: “*Diabetes Mellitus tipo 1- capacitação dos agentes educativos*” para o 4º Congresso Nacional da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), disponível no **anexo IV**, assim como certificado de participação (**anexo V**).

Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: identificando os problemas de saúde de uma comunidade, determinando os diagnósticos de saúde, por um lado para os problemas prioritários no ACES PL e por outro lado para os Enfermeiros das equipas de SE, integrou-se o Projeto DARE+ no âmbito da prevenção da saúde em diferentes contextos.

Associando conhecimentos de todas as unidades curriculares, nomeadamente as mais específicas, enfermagem de saúde comunitária e saúde pública I e II, às mais gerais, mas de igual importância, das quais destaco a ética e deontologia em Enfermagem cuja finalidade será obter mais ganhos em saúde.

O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. (OE, 2015, p. 54)

Toda a articulação entre as diferentes UC e, utilizá-las na nossa prática clínica diária facultam-nos competências que nos permitem participar numa avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e também no desenvolvimento de programas e projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade: Elaboração, pela mestrande e por três colegas, de um folheto informativo para os pais acerca da administração da vacina Bacilo de *Calmette-Guérin* (**apêndice XVI**) com base na Norma nº006/2016 (2016), mobilizando competências apelando ao que foi lecionado em aulas de saúde comunitária e de saúde pública, mais concretamente em *marketing* em saúde, isto é, como se elaboram panfletos de forma simples, clara e intuitiva.

Ao longo do desenvolvimento das atividades, foram realizadas as sessões de educação para a saúde descritas anteriormente, como se pôde constatar pelos anexos enumerados, foram realizados gráficos e tabelas com as avaliações e conclusões dessas sessões, permitindo assim avaliar todo o processo e resultados de atividade de informação.

Na competência, “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento nº428/2018, p. 19356), apresentam-se a unidade de competência:

Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde: a participação enquanto preletora e da Comissão Científica e Organizadora da Formação Avançada: Crianças e Jovens com Diabetes Tipo 1 em contexto escolar, 4ªedição, para os Enfermeiros de SE, em que se identificou como diagnóstico da situação, as necessidades formativas destes Enfermeiros para a aplicação do Projeto na comunidade escolar, permitiu identificar e monitorizar os resultados obtidos no programa nacional para a diabetes, colaborando também na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade, como aconteceu na organização da formação avançada, em que se envolveram diferentes parceiros, Centro hospitalar de Leiria, ACES PL, USP PL, as UCC e o Instituto Politécnico de Leiria.

No entanto, em todas as sessões de educação para a saúde, esta articulação entre escola secundária e UCC AS também teve de acontecer permitindo a implementação destas sessões, obtendo assim ganhos em saúde.

Ainda é importante referir que durante os dois estágios realizados aquando de uma intervenção, seja numa comunidade vulnerável, seja num utente, o EESCSP analisa e interpreta o impacto das suas intervenções, otimizando os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas de saúde.

Por fim, a última competência dos EESCSP, “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Regulamento nº428/2018, p. 19357), faz referência à unidade de competência:

Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geodemografia: esta unidade de competência teve lugar no primeiro estágio, na USP PL, pois na UCC AS não se realiza vigilância epidemiológica.

Na USP PL, foram aplicados questionários aos encarregados de educação de crianças de uma escola do primeiro ciclo do concelho de Leiria, para serem introduzidos no *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI). Foram colhidos dados como a idade, peso, altura, hábitos de sono antes e após o covid-19, bem como hábitos alimentares, desportos praticados, duração dos tempos livres das crianças aos fins-de-semana, entre outros. A introdução destes questionários é feita numa plataforma que está codificada por escolas com o intuito de haver o mínimo de erro ao transcrever os resultados das questões. Os questionários são introduzidos pelos enfermeiros da USP PL.

Noutro sentido, outras atividades e experiências contribuíram para a aquisição da competência descrita, especificamente a participação nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental. Acompanhou-se as técnicas de saúde ambiental no controlo das águas públicas do concelho e na realização de exames às mesmas, com a finalidade de serem estudadas e observadas compreendendo se a qualidade da água está adequada ao consumo humano.

Presentemente, as exigências de rigor técnico-científico, exigem que a prática seja sustentada em critérios exigentes e que a evidência científica seja comprovada. Todo o rigor metodológico que se utilizou, fundamenta atualmente as intervenções desenvolvidas contribuindo para o reconhecimento da profissão de enfermagem ao mais alto nível, e de excelência, sendo determinante para os ganhos em saúde.

Desta forma, todas as competências e unidades de competências foram adquiridas e desenvolvidas ao longo dos dois ensinos clínicos.

Sabendo que caminhamos cada vez mais para cuidados de saúde mais complexos e específicos, espera-se que os enfermeiros desenvolvam uma prestação de cuidados personalizados e individualizados, considerando todo o contexto da pessoa/comunidade.

Esta premissa acima descrita, vai de encontro ao relatado pelo Regulamento nº140/2019 (2019), em que nos refere que os cuidados de enfermagem adotam uma grande importância e exigência no que diz respeito ao rigor técnico e científico, sendo que esta diferenciação e especialização dos cuidados são cada vez mais uma realidade que abrange os profissionais de saúde.

É um facto que (...) “vivemos numa época em que a comunidade toma consciência das suas responsabilidades em saúde e pretende assumir um papel parceiro activo reivindicando o seu direito aos progressos científicos e tecnológicos” (Regulamento nº348/2015, 2015, p. 3). Ora, as necessidades formativas dos enfermeiros de SE foram identificadas sendo primordial fortalecer as

suas linhas de defesa com a formação avançada, promovendo-lhes conhecimento e formas de atuação a um nível avançado com a comunidade vulnerável na qual irão atuar.

A reflexão da prática de enfermagem deve ser vista como uma constante em todo o trabalho desenvolvido pelo EESCSP.

Da análise da prática reflexiva, surge a necessidade de se rever a constituição do pensamento reflexivo, inerente ao ser humano racional. O pensamento reflexivo inicia-se como um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, dando origem a um processo mental, seguido de um ato de pesquisa, inquirição, para encontrar matéria que resolva a dúvida (...).

(N. M. Peixoto & T. A. Peixoto, 2016).

Assim, a prática de reflexão é realizada com um propósito, trazendo os processos de raciocínio e padrões de comportamento, apoiando os enfermeiros, auxiliando no reconhecimento das suas forças e fraquezas.

Na mesma linha de raciocínio, em saúde, planejar caracteriza-se como uma forma de intervenção sobre a realidade social, realizando-se um diagnóstico, fixando-se objetivos e estabelecendo-se prioridades.

Face ao exposto, à semelhança do percurso desenvolvido, os conhecimentos e competências que naturalmente foram adquiridas por todo o suporte académico, permitiram a dotação da essência de enfermagem, abastecendo-se de energia para intervir de forma atualizada numa abordagem holística quer seja ao indivíduo, família ou à comunidade.

Acredita-se que o trabalho desenvolvido, regulado por todas as normas e legislações consultadas e cumpridas, se traduzirá em ganhos não só no desempenho nos enfermeiros de SE nas comunidades escolares, mas acima de tudo na eficácia da intervenção destes profissionais com as crianças/jovens sobre barreiras facilitando o autocuidado e gestão da DM1 neste contexto.

Pela pertinência e enquadramento do Projeto nos programas/projetos da USP do ACES PL considera-se que o mesmo terá condições para continuar a ser implementado, havendo numa primeira fase uma resposta às necessidades formativas dos enfermeiros de SE acerca da formação avançada para a sua implementação, atendendo às necessidades das crianças e jovens com DM1 na comunidade escolar.

É importante não esquecer que, no que diz respeito à atribuição do grau de mestre, o Decreto-Lei nº63/2016 (2016), refere que o mesmo é atribuído a quem: revele capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões mais complexas; desenvolva soluções ou emita juízos em situações de informação limitada ou incompleta; saiba aplicar os próprios conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações não familiares e novas;

seja capaz de comunicar as suas conclusões e o seu raciocínio de forma clara e ambígua; e detenha competências que lhe permita uma aprendizagem de um modo autónomo. Ainda se destaca que “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Decreto-Lei nº63/2016, 2016, p. 3174).

4. PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o PS deve ser entendido como um processo que seja contínuo e dinâmico, integrando diversas fases, sendo elas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e, por fim a avaliação.

A metodologia adotada na sequência deste trabalho é a metodologia do PS. De forma a ir ao encontro da problemática que já foi definida, tendo como modelo orientador o Modelo Teórico de Betty Neuman, descreveremos neste ponto as etapas correspondentes ao PS.

O Projeto de intervenção comunitária, por ser um Projeto já existente, apresenta algumas condicionantes no desenvolvimento de algumas das etapas do PS.

As etapas desenvolvidas no PS vão ao encontro do desenvolvimento das competências específicas do EESCSP definidas pelo Regulamento nº428/2018.

4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Com o intuito de se formular projetos de saúde e de serem executados com sucesso, é necessário que exista um conhecimento exato da situação de saúde de determinada comunidade.

O diagnóstico de situação é assim definido como a primeira etapa do PS, tendo como principal objetivo dar resposta às necessidades daquela comunidade, havendo concordância entre o diagnóstico elaborado e as necessidades identificadas, determinando a pertinência do plano, programa ou atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

O EESCSP como referido no Regulamento nº428/2018 (2018) deve estabelecer, com base na metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

A avaliação da comunidade permite-nos conhecer o seu estado de saúde caracterizando o ponto de partida através da identificação dos principais problemas de saúde, podendo utilizar-se diversas técnicas para a elaboração desta etapa (Nunes, 2016).

Para que os dados obtidos sejam o reflexo da realidade, o diagnóstico deve ser suficientemente alargado, de forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes; ser aprofundado, para explicar as causas desses problemas; ser sucinto, para ser facilmente lido e aprendido por todos; e, ser suficientemente claro para ser entendido por elementos da população (Tavares, 1990).

O mesmo autor refere que o diagnóstico de situação tem como ponto-chave dar resposta às necessidades de uma população, devendo haver consonância entre o diagnóstico elaborado e as necessidades apuradas. Para concretizar o diagnóstico de situação deve conhecer-se o problema de saúde e as necessidades da população em estudo, para que seja clara a diferença entre o estado

atual e aquele que se ambiciona atingir, com vista a resolver ou a melhorar o problema que é conhecido.

Face ao exposto, o diagnóstico de situação partiu de uma necessidade já identificada pelo ACES PL e pelos Enfermeiros das UCC e USP PL que realizam a SE, pois nem todos os profissionais detêm a formação avançada para a aplicação do Projeto de Intervenção Comunitária, sendo assim o diagnóstico de situação realizado a este grupo profissional.

A temática em estudo foi considerada pertinente pela USP por ir ao encontro do diagnóstico já realizado nesta unidade, tendo por base a área da Promoção e Proteção da Saúde da USP PL, juntamente com as normas e orientações da DGS e pela UCC AS, onde teve lugar o último campo de estágio e foi realizada a avaliação dos questionários pré e pós teste entregues aos enfermeiros nos dias da formação avançada, que será abordada mais à frente neste ponto.

Neste sentido, iremos incidir na formação avançada aos Enfermeiros que fazem a SE e aplicam o Projeto *DARE+* na comunidade escolar, procurando responder às suas necessidades reais e sentidas.

A formação implica ensinar e aprender; e procura promover um processo de aprendizagem através de experiências tão próximas, quanto possível das práticas sociais. Desta forma, tende a colmatar as insuficiências e lacunas, visando ensinar, ajudando cada pessoa a ter as suas próprias respostas adaptadas às situações (Marc & Garcia-Locqueneux, 1995).

Pelo exposto, podemos constatar que para Benner (2001), as competências destes profissionais desenvolvem-se de forma progressiva e temporal, levando-nos a crer que o desenvolvimento das competências se deve à capacidade de interiorização e reflexão, ligado às características individuais do sujeito e aos contextos de trabalho.

A formação é, portanto, um instrumento indispensável e vital para que o ser humano possa progredir na aquisição de conhecimentos, o que lhe permitirá a resolução de problemas.

Assim, de acordo com DGS (2021-2030) e Fonseca et al., (2018-2020), sendo a DM uma prioridade e havendo a necessidade formativa dos Enfermeiros de SE no ACES PL, existindo o Projeto *DARE+*, foi dada a oportunidade de colaborar neste Projeto. A formação avançada permitirá aos Enfermeiros serem detentores de novas fontes de conhecimentos, articulando-as com as suas competências profissionais.

No próximo ponto será feita alusão aos conceitos teóricos, nomeadamente da DM e da DM1 e indicadores que nos acompanham ao longo de todo o relatório para melhor compreensão do mesmo.

4.1.1. Diabetes Mellitus

Pelo profundo entendimento da comunidade em toda a sua amplitude, as competências do EE evidenciam-se no modo de atuação e gestão dos próprios cuidados fundamentados em bases sólidas de conhecimento que articulam a teoria e a prática enquanto cerne da profissão.

Como forma de dar consistência ao documento, o presente subcapítulo procura reunir os aspetos conceituais do tema e para a sua realização efetuaram-se as mais variadas pesquisas e consultas de literatura, artigos científicos e documentos oficiais.

Uma das prioridades definidas pelo Plano Nacional de saúde são os grupos dos problemas de saúde de elevada magnitude, quer em carga de mortalidade, quer também em termos de carga de doença e incapacidade, destacando-se as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nomeadamente a DM (DGS, 2021). Neste contexto, a DM é definida como um programa prioritário e de intervenção importante na população do ACES PL.

Para responder a estes problemas de elevada magnitude, são definidos programas, normas, orientações e/ou projetos. No caso da DM destaca-se a norma da DGS número 002/2011 de 14/01/2011, que define a Diabetes e quais os parâmetros para o diagnóstico da mesma.

Conforme a DGS (2011), a avaliação da implementação da norma acima referida é realizada a nível local, regional e nacional. A sua implementação é monitorizada e avaliada através de indicadores de avaliação que possuem bilhetes de identidade a ela anexos.

Passemos agora às definições que nos acompanham ao longo da redação de todo o relatório para melhor compreensão e enquadramento do mesmo.

A DM é uma doença crónica e não transmissível (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, SPD, 2019; DGS, 2021), sendo cada vez mais frequente na nossa sociedade, uma vez que a sua prevalência aumenta com a idade, atingindo todos os sexos e todas as idades.

É uma doença progressiva que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar individual, estando ainda associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde (DGS, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência da DM tem vindo a aumentar sendo atualmente reconhecida como uma pandemia do século XXI. Estima-se que, nos próximos 20 anos, atinja mais de 20% da população mundial, uma vez que a prevalência mundial da DM duplicou desde 1980 aumentando de 4,7% para 8,5% nos adultos (DGS, 2017).

Na Europa, estima-se que exista um aumento de 69 milhões de pessoas com DM, o que perfaz um aumento de 13%, até ao ano de 2045. Sendo que, 1,1 milhão de mortes foram causadas pela DM, na Europa em 2021 (IDF, 2021). No que diz respeito à realidade em Portugal, em 2018, a prevalência da DM foi de 13,6% (7,7 milhões de indivíduos), o que significa que mais de 1 milhão de portugueses têm DM (SPD, 2019).

A classificação da DM é considerada em quatro tipos clínicos distintos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes. Pode caracterizar-se por um aumento dos níveis de glicémia que estão presentes no sangue, falando-se desta forma de hiperglicemia. Cujas causas podem ser a produção insuficiente ou a ação insuficiente da insulina (SPD, 2019).

O programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes, é um dos mais antigos programas nacionais de saúde pública, surgindo no percurso evolutivo do primeiro programa de luta contra a diabetes, que remonta no nosso país a 1973 (DGS, 2008).

Para conter o aumento constante da prevalência da DM, é necessário:

Instituir um Plano nacional da Diabetes que reúna e mobilize todas as vontades e forças necessárias ao combate desta epidemia. Para tal, é necessário consciencializar os cidadãos, mobilizar a sociedade em geral e capacitar e responsabilizar os sistemas de saúde (DGS, 2017, p.13).

Uma vez que, a população alvo são os Enfermeiros da SE, tendo como objetivo aplicar o Projeto de intervenção comunitária aos agentes educativos em comunidade escolar que tenham identificado alunos com DM1, os próximos conceitos são a DM1 e a importância da sua abordagem.

Segundo a DGS (2011), nas crianças e nos jovens quase sempre a DM é do tipo 1, aparecendo de forma súbita e com grande profusão de sinais e sintomas, verificando-se assim a manifestação de um conjunto de sinais e sintomas muito evidentes como a poliúria, polidipsia, polifagia, noctúria, enurese, perda de peso, xerostomia, prurido, visão turva e dores musculares. Sendo caracterizada por uma doença sem cura até à data, o grande objetivo do tratamento da DM1 é o de evitar e prevenir o aparecimento de complicações agudas e crónicas, com o menor prejuízo para o utente.

A cetoacidose diabética é uma das complicações graves e acontece quando existe agravamento dos sintomas clássicos da DM. Podendo desenvolver-se as náuseas, vômitos, anorexia e também dor abdominal, sendo necessário intervir rapidamente requerendo um tratamento imediato (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

Um outro sintoma bastante comum é a hipoglicémia, que pode ter várias consequências graves para a criança/jovem com DM1. Inclui sintomas e sinais bastante evidentes e desagradáveis que podem ser considerados perigosos. A concentração destes utentes pode ser prejudicada, levando a que possam estar desatentos e com baixo aproveitamento escolar, caso estejam em contexto escolar. No entanto, se a hipoglicémia se mantiver, nomeadamente durante o sono, pode resultar em perda de consciência e convulsões, desta forma, deve ser prevenida evitando que, caso seja frequente, não se torne uma disfunção psicossocial (Trang et al., 2014).

Assim, é importante que a hipoglicémia seja reconhecida como uma componente chave na gestão da diabetes e, que os cuidadores e a criança, quando capazes e treinados, sejam ágeis na identificação dos sintomas e causas possíveis, para uma rápida atuação. Daí a importância de capacitar os docentes e não docentes das comunidades escolares.

Uma abordagem simples no planeamento das refeições é a contagem de hidratos de carbono, pois é o principal nutriente que pode influenciar a glicémia, afetando a sua resposta pós-prandial. O objetivo será o melhoramento do controlo da glicémia, permitindo também a versatilidade das escolhas dos alimentos, não esquecendo as necessidades individuais de cada criança e jovem com a doença, prevenindo complicações como as hipoglicémias (Fonseca et al., 2015).

Outro domínio a ter em consideração quando falamos na DM1 é o exercício físico. Sabemos que todos os indivíduos devem praticar de alguma forma atividade física para se manterem ativos e saudáveis, sejam ou não portadores de doenças crónicas. Desta forma é imprescindível estimular e alentar as crianças e os adolescentes a serem fisicamente ativos, praticarem alguma atividade física, sendo assim menos sedentários, controlando o seu peso e, desenvolvendo hábitos de vida o mais saudáveis possível, que deverão levar e preservar na idade adulta. Nos casos das crianças e jovens com DM1, a implementação do exercício físico nas suas rotinas ajudará a diminuir o risco de doenças cardiovasculares (Robertson et al., 2014).

Segundo Hockenberry e Wilson (2014) importa referir que as causas mais comuns das hipoglicemias são as refeições incompletas, atrasadas, ou que ficam por realizar, realizar atividade física sem reforço da dieta ou a própria redução da insulina, e também erro da administração da dose da insulina.

Geralmente os pais estão atentos a estes sintomas por todo o ensino que lhes foi proporcionado aquando do diagnóstico da doença. Geralmente a ingestão de cerca de 10 a 15g de hidratos de carbono de absorção rápida por via oral pode ser o suficiente para que estes sintomas possam ser revertidos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ainda de acordo com os mesmos autores, deve esperar-se cerca de 10 a 15 minutos para se voltar a avaliar a glicémia novamente, se a resposta ainda não for adequada pode repetir-se a ingestão do açúcar. Posto isto, a avaliação deve ser realizada novamente, mas após 20 minutos para confirmar se a hipoglicémia já foi revertida. Por fim, se houver melhoria dos sintomas ou que a normoglicemia seja atingida, a criança/jovem pode ingerir uma refeição ligeira com hidratos de carbono de absorção lenta.

Seguindo a linha raciocínio e porque as tecnologias têm um crescimento exponencial, é importante referirmos aqui o sistema de perfusão subcutânea de insulina (PSCI), que é um dispositivo electromecânico portátil que administra insulina de ação rápida a níveis basais pré-selecionados, através de um cateter, a nível do tecido celular subcutâneo. Considera-se que para o utente se

tornar elegível para o tratamento por PSCI, este deve possuir motivação, prática na auto-monitorização da glicémia capilar, competência na sua utilização e preencher alguns dos critérios, nomeadamente: hemoglobina glicada > 7%, acentuada variabilidade dos níveis de glicémia, necessidade de pequenas doses de insulina, entre outros (Balsa et al., 2011).

Segundo Balsa et al. (2011), vários estudos indicam que a PSCI pode diminuir o risco de hipoglicémias, pois a bomba infusora permite que a quantidade de insulina libertada ocorra lentamente. Outros estudos relatam que existem vantagens adicionais a este método de insulino-terapia: maior flexibilidade dos estilos de vida, necessidade de doses inferiores de insulina, perfil de absorção mais previsível e uma boa relação custo-benefício. Considera-se assim, de acordo com os mesmos autores que a PSCI constitui uma alternativa viável e uma estratégia de insulino-terapia de primeira linha.

Posto isto, continuando a linha de raciocínio, reportando-nos à importância que o EESCS assume na realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade, é necessário entender um outro conceito, o interlocutor de saúde escolar, que será abordado no próximo ponto.

4.1.2. Interlocutor de Saúde na Comunidade Escolar

No que diz respeito à DM1, os Enfermeiros de SE devem tomar as medidas e decisões necessárias para manter os canais de comunicação adequados entre os alunos, os docentes e não docentes e os cuidadores das crianças e jovens. Devem ainda providenciar formação adequada para os professores e assistentes operacionais, desmistificando e alertando para a importância da monitorização da glicémia em sala de aula, sempre que for necessário e, atendo às necessidades da criança/jovem. Esta educação deve ser contínua e de reforço e atualização de conhecimentos sempre que possível.

A SE apresenta um percurso assinalável na promoção da saúde e prevenção da doença. A escola é um local socialmente reconhecido, cujas competências vão muito além das qualificações técnicas, sendo o desenvolvimento das relações interpessoais cada vez mais valorizado. É deste modo o contexto ideal, logo a seguir à família, para a promoção da saúde através da implementação de processos de educação para a saúde, nos quais os Enfermeiros são elementos fulcrais.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, orienta a atuação do Enfermeiro, como sendo o profissional que ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde, através da identificação da situação de saúde da população e dos recursos do grupo e comunidades. Os Enfermeiros assumem deste modo o papel de interlocutores da saúde nas escolas, sendo promotores privilegiados da saúde e a sua intervenção é fundamental no fornecimento de

informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades (Regulamento nº348/2015, 2015).

No entanto, na reflexão desta temática surgem algumas questões pertinentes: será que o interlocutor de saúde deverá ser um EE? Deve ser um papel assumido pelo EESCSP ou poderá ser uma função desempenhada por outro EE?

O PNSE (2015) refere que

a aposta da saúde passou a incidir na promoção da Saúde, a Saúde Escolar privilegiou a intervenção sobre os determinantes da saúde com maior peso nas doenças crónicas não transmissíveis, criando condições que possibilitassem aos/às alunos/as melhorar a sua saúde e bem-estar físico, mental e social. (PNSE, 2015, p. 11)

A promoção da saúde em meio escolar assenta nos princípios das Escolas Promotoras da Saúde: equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e o *empowerment* de toda a comunidade escolar para o bem-estar de todos. Ora, se a promoção da saúde assenta nestes princípios será necessário, desta forma, promover mais informação e mais saúde e, para isso é necessário conhecer as causas de morte ou doença e os fatores de risco a elas associadas, reduzindo assim a exposição de crianças e jovens a riscos evitáveis (PNSE, 2015).

Considera-se que o meio ambiente é um dos principais determinantes da saúde. Na Europa, segundo a OMS, estima-se que o impacto dos riscos ambientais na saúde humana seja responsável por cerca de 20% de todas as mortes. E, ambientes mais saudáveis podem reduzir significativamente a incidência de doenças e acidentes (PNSE, 2015; WHO, 2004).

Assim, partindo da questão “*Será que o interlocutor de saúde deverá ser um EE?*”, tendo como premissa umas das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, em que o EE “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745), conclui-se que o interlocutor de saúde poderá ser um EE.

No entanto, nas competências do EESCSP, temos que “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, em que “identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade” e “ integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na conceção do diagnóstico em saúde de uma comunidade” (Regulamento nº428/2018, p.19355), sendo estas as competências mais adequadas que assumem um papel crucial ao combinar estratégias intersectoriais dirigidas para a equidade, compromissos com os setores sociais e objetivos comuns entre a comunidade escolar e a saúde.

Pois, crianças e jovens mais felizes e saudáveis aprendem de forma mais eficaz e a educação tem um papel fundamental na prosperidade económica e na manutenção da saúde ao longo da vida (PNSE, 2015).

O objetivo comum junto da comunidade escolar, da USP e das UCC, trabalhando em equipa, é o envolvimento dos pais/cuidadores, dos professores, assistentes operacionais e os compromissos com o Sistemas de Saúde, sendo o interlocutor de saúde o elo de ligação entre estes parceiros.

Relembrar que, na aplicação do Projeto *DARE+*: *apoio pelos responsáveis escolares*, na formação dos docentes e não docentes pelos Enfermeiros de SE, devemos ter presente: os professores de educação física /desporto devem estar presentes nesta formação, pois necessitam de identificar inequivocamente os sinais de hipoglicémia e hiperglicemia e saber como administrar o glucagon em casa de urgência; outra área importante que devemos identificar nestas formações são a presença das assistentes que preparam as refeições nas cafetarias e refeitórios que devem providenciar escolhas saudáveis e informações nutricionais para consulta.

Ou seja, pensamos que a formação de toda a comunidade escolar, tendo alguns elementos de referência de cada área, é essencial para facilitar a resposta adequada em casos de necessidades, garantindo assim que as crianças/jovens com DM1 estão seguros e, capazes de participar em todas as atividades escolares, sejam elas visitas de estudo ou atividades ao ar livre.

Deve reter-se que o essencial é assegurar as condições de saúde física e mental que permitam a todas as crianças, com ou sem necessidades especiais, a aquisição de competências e o *empowerment*, no sentido do bem-estar e do sucesso académico e também pessoal (PNSE, 2015).

Esta visão elucidativa e abrangente, de acordo com as competências do EESCSP, considera-se que estes são os profissionais de saúde mais dotados para promover esta ligação escola, pais/cuidadores, sistemas de saúde.

De acordo com *National Association of School Nurses* (NASN) americana, os Enfermeiros de SE estão posicionados de forma única para atender às necessidades de saúde dos alunos. Tendo por isso um papel multifacetado, prestando cuidados em diferentes áreas, atuando seja ao nível da saúde física, mental, social e emocional. A sua visão é global. Sendo que as suas áreas de atuação no contexto escolar visam a promoção do desenvolvimento das crianças e jovens, liderando nos processos de promoção, saúde e segurança, incluindo deste modo um ambiente escolar saudável, prestando cuidados de qualidade e intervindo em problemas reais e potenciais de saúde (NASN, 2016).

Perante um problema de saúde real em comunidade escolar, como a DM, esta associação refere ainda que a educação dos docentes e não docentes pelo Enfermeiro de SE é imperativa no sentido do sucesso para a gestão de uma criança ou jovem com uma necessidade especial de cuidados de

saúde. Assim, o Enfermeiro de SE providencia formação contínua, dirigida à comunidade escolar sobre a diabetes e reforça ainda os conhecimentos desta doença, assim como atualizar ou PSI ou realizá-los pela primeira vez.

Por fim, o EESCSP identifica os problemas associados àquela comunidade escolar, promove intervenções que vão ao encontro do diagnóstico de saúde realizado, valorizam a promoção da saúde e a prevenção da doença e passa também por identificar quais os parceiros comunitários que podem ser uma mais-valia naquela situação e, inegavelmente melhorar os estilos de vida daquelas crianças/jovens.

Podendo assim afirmar que o Enfermeiro de SE assume uma multiplicidade de papéis e funções, em que a suas intervenções envolvem não só a dimensão da educação para a saúde, mas também a de orientação, liderança e coordenação.

Assim, podemos constatar que faz jus o EESCSP ser o interlocutor da SE, uma vez que, trabalhando também diretamente na individualidade da criança/jovem, trabalham na adaptação da comunidade escolar à pessoa com necessidades especiais, neste caso com DM1.

Posto isto, dando continuidade à redação, é de salientar que na sequência do diagnóstico de situação, e após ter sido feita a referência todos os conceitos importantes, iremos apresentar de seguida a população alvo e amostra, bem como a técnica de colheita de dados utilizada.

4.1.3. População alvo e amostra

Pronunciando ainda conceitos básicos para melhor entendimento deste enquadramento, uma população pode ser entendida como um conjunto de indivíduos ou outros elementos, tendo em comum uma ou mais características semelhantes segundo critérios definidos. No estudo de uma população é necessário definir de forma precisa e concreta quem irá ser estudado, e consequentemente os indivíduos que a constituem, isto é, a população alvo. Sendo constituída por elementos que satisfaçam critérios de seleção definidos antecipadamente (Fortin, 2009).

Por outro lado, a amostra é um subgrupo da população alvo da qual se recolhem dados, isto é, são elementos que pertencem à população, mas que são convidados a participar no estudo. É assim, uma réplica da população alvo, mas com menos indivíduos (Fortin, 2009).

Atendendo ao exposto, o critério de inclusão é o seguinte:

- ✓ Enfermeiros das UCC e da USP PL do ACES PL

A técnica de amostragem utilizada para a seleção da amostra foi não probabilística, uma vez que foi selecionada de acordo com critérios considerados importantes, tendo em atenção aos objetivos do trabalho a realizar. De entre as formas de amostragem não probabilística, optou-se por uma

abordagem de conveniência (Vieira, 2008), tendo sido a amostra constituída por todos os Enfermeiros de SE que realizaram a formação avançada nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2022.

Posteriormente são enunciados os critérios de exclusão:

- ✓ Enfermeiros que não pertençam à UF das UCC e da USP PL do ACES PL.

Assim, a população alvo diz respeito aos Enfermeiros de SE e, por outro lado, a amostra é constituída pelos Enfermeiros de SE que realizaram posteriormente a formação avançada.

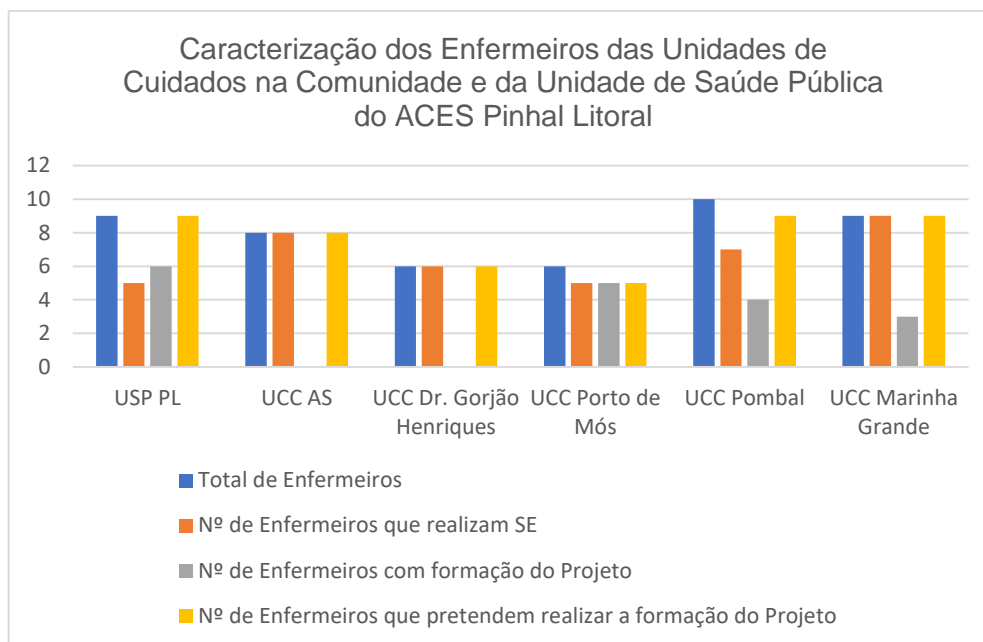
É importante salientar que não se pretende generalizar os dados obtidos à população que integra o grupo de conveniência, mas sim porque a amostra pode prestar a colaboração de que se necessita (Vieira, 2008).

4.1.4. Técnicas de colheita de dados

Reportando-nos à colheita de dados, esta é uma etapa indispensável num projeto de intervenção, uma vez que possibilita a colheita da informação necessária para a concretização do diagnóstico de situação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Visto que existem várias as formas de recolha de dados, cabe ao investigador decidir qual a que mais se adequa ao objetivo do seu estudo e questões colocadas. Assim, para o levantamento do número de Enfermeiros nas UCC e na USP PL foi necessário enviar, internamente, um *e-mail* aos coordenadores das UCC do ACES PL e da USP PL, como forma de colheita de dados, tendo sido identificados 48 Enfermeiros das UCC e da USP PL, dos quais 46 pretendem realizar a formação, como se pode analisar pela figura 4.

Figura 4- Caracterização dos Enfermeiros das UCC e da USP PL



No entanto, percebemos que em algumas UF, nem todos os enfermeiros que realizam a SE têm a formação avançada e nem todos os enfermeiros que pretendem a formação fazem a SE. Ainda assim é de salientar que, os enfermeiros que pretendem realizar a formação avançada, pretendem fazê-lo para adquirir novos conhecimentos sobre o tema da DM1.

Podemos ainda constatar que, pela observação da figura 4 que, tanto na UCC AS como na UCC Dr. Gorjão Henriques não existem enfermeiros com a formação do Projeto, o que se torna ainda mais uma necessidade real a existência da formação para este grupo profissional.

De acordo com a figura 4 temos:

- De 48 enfermeiros, 46 pretendem realizar a formação do Projeto, ou seja, 95,3%;
- Dos 46 enfermeiros que pretendem a formação, 15 enfermeiros (de acordo com o total de questionários preenchidos) foram à formação avançada do projeto, 32,60%.

Apenas 32,6% dos enfermeiros realizaram a formação avançada, o que significa que é necessário existirem mais edições da formação avançada para que a percentagem de enfermeiros com a formação do Projeto aumente.

Parece-nos ainda importante referir que pela análise da mesma figura, é comum a todas as UF existirem poucos enfermeiros com a formação, o que evidencia ainda mais a importância de se dar continuidade à formação avançada para os enfermeiros.

Remetendo-nos a Tavares (1992), que nos refere que é necessário intervir em áreas que são importantes na elevação do nível de saúde das comunidades e populações, com o diagnóstico de

situação definido, é posteriormente necessário, que se intervenha com a existência ou criação de um Projeto que satisfaça a necessidade identificada nesta etapa.

Sendo ela, a existência de enfermeiros que pretendem realizar a formação avançada para a aplicação do Projeto que é essencial para se intervir junto das escolas, dos pais/encarregados de educação, atenuando estes desafios que são sentidos pelas crianças/jovens com DM1. Sendo imprescindível para que se possa tomar decisões sobre as necessidades em saúde desta comunidade e orientar estrategicamente, definindo objetivos mensuráveis que permitam obter ganhos em saúde.

Pelo que, é emergente que os enfermeiros, sendo os responsáveis pela SE, de determinada região detenham uma ampla variedade de recursos e conhecimentos para ajudar os profissionais escolares a intervir em crianças/jovens com DM tipo 1.

Com o diagnóstico de situação realizado, procurou-se, trabalhar a comunidade de forma a promover os seus processos de readaptação, formando e potenciado a gestão dos recursos externos da comunidade. Pois é possível que o enfermeiro desenvolva um conjunto de reforços a essas defesas, seja pela educação e pelas mobilizações sociais por melhores condições de vida e de trabalho. Assim, quanto mais elevado é o nível de vida da comunidade, mais apta ela estará para enfrentar os *stressores*.

O diagnóstico de situação, estando centrado nos Enfermeiros de SE, permitiu a identificação das suas necessidades, bem como, os fatores que possam ter sido inibidores, sendo entendidos como fatores ou barreiras.

Posto isto, o programa da formação avançada aos Enfermeiros de SE, denominada de *Formação Avançada: Crianças e Jovens com Diabetes Tipo 1 em Contexto Escolar*”, 4ª edição encontra-se no **anexo VI**.

No **anexo VII** encontra-se o certificado de participação na formação avançada, no **anexo VIII** está disponível o certificado em como se integrou a Comissão Científica e Organizadora do evento, por fim no **anexo IX** encontra-se o certificado enquanto oradora na formação avançada aos enfermeiros de SE.

Antes da formação foram entregues os questionários, denominados pré e pós teste, no último dia da formação, com o intuito de avaliar o conhecimento dos Enfermeiros antes e após da mesma. Os questionários não serão colocados em anexo, uma vez que ainda não tiveram validação psicométrica, não foram publicados pelos autores do Projeto e, para futuras edições da formação avançada poderiam ser enviados os resultados do pré e do pós teste.

O questionário utilizado é um questionário desenhado pela equipa do Projeto DARE+, que integra a equipa do Centro Hospitalar de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria e do ACES PL, com as devidas autorizações presentes em documento interno.

De acordo com o exposto pelos pontos anteriores, a realização das atividades para concretizar esta etapa permitiu adquirir experiência numa das competências específicas: “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (Regulamento nº428/2018, 2018, p.19355).

Qualquer procedimento levado a cabo junto de seres humanos acarreta sempre questões éticas. Estas colocam problemas decorrentes das exigências morais, pelo respeito da pessoa, pela sua dignidade e pelo seu direito de viver livremente (Fortin, 2009).

No ponto seguinte serão explicitadas as considerações éticas que se teceu ao longo dos estágios e questões que foram surgindo.

4.1.5. Considerações éticas

A investigação deve ser conduzida tendo em conta os direitos das pessoas, seja quais forem os aspetos estudados (Fortin, 2009). Existem quatro princípios bioéticos que os enfermeiros devem ter em conta na prestação de cuidados: autonomia (fornecer informações em linguagem compreensível, com detalhes suficientes para que a pessoa possa tomar uma decisão informada), beneficência (fazer o bem), não-maleficência (evitar danos) e justiça (equidade e alocação justa de recursos) (Savage, 2017).

Tendo em conta estes princípios bioéticos devem ser respeitados o consentimento livre e esclarecido, os grupos vulneráveis, a vida privada e confidencialidade das informações pessoais, a justiça e equidade (Fortin, 2009).

De acordo com a Declaração de Helsínquia, “devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação, e a confidencialidade dos seus dados pessoais” (Associação Médica Mundial, 2013, p. 3).

Assim sendo, cada cliente tem de ser informado adequadamente dos métodos e finalidades, das fontes de financiamento e de possíveis conflitos de interesse, ligações institucionais do investigador, bem como benefícios expectáveis, potenciais riscos do estudo e também incómodos que lhe possam estar associados, as ajudas após o estudo, bem como outros aspetos que sejam relevantes para o estudo em si (Associação Médica Mundial, 2013).

Aquando da entrega dos questionários antes e pós formação, os formandos quando realizam a inscrição aceitam a avaliação dos seus questionários e, importa ressaltar que, durante a distribuição dos mesmos foi explicado que os questionários seriam avaliados pela mestrandia,

implicando assim um consentimento verbal. “O consentimento deve ser voluntário, livre de coação e baseado em informação correta;” (OE, 2015, p.74).

De acordo com OE (2015), a defesa do segredo surge em inúmeros documentos, com isto querendo dizer que se salvaguarda o dever do sigilo ou de segredo que existe como forma de preservar um direito, isto é, pelo direito à confidencialidade que se afirma o dever do sigilo.

O enfermeiro deve considerar confidencial toda a informação que diga respeito ao destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte (...) utilizam instrumentos e metodologias de recolha de informação. Pode constituir exemplo a colheita de dados (...) seja qual for o benefício potencial da colheita de dados, é sempre uma ingerência na vida e nos sentimentos pessoais. E o acesso do profissional a uma série de informações sobre uma pessoa ocorre apenas mercê desta qualidade de profissional. (OE, 2015, p. 79)

O respeito pelos grupos de profissionais, nesta e em qualquer investigação é importante, uma vez que a população se relaciona com crianças e jovens. Assim sendo, foi garantida a ausência de discriminação e uma atitude de beneficência e respeito por todas as crianças e jovens aquando da ida dos Enfermeiros de SE à comunidade escolar. Todos os participantes foram tratados de forma justa e equitativa durante e após a investigação.

No entanto, durante a aplicação do projeto surgiram questões relevantes para o estudo, que passamos a citá-las de seguida:

Estarão os professores e assistentes operacionais aptos para dar resposta a estas necessidades mais especializadas? Será que têm os conhecimentos necessários para intervir em situações comuns a esta doença como as hipoglicemias? Para entendermos possíveis respostas a estas questões é necessário considerar algumas premissas presentes no Decreto-Lei nº161/1996, que fazem referência ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que alude que os mesmos devem atuar da seguinte forma:

c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias; d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro. (Decreto-Lei nº161/1996, 1996, p. 2960)

Sabendo que, de acordo com a Classificação para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019), a definição de capacitar, do inglês *empowering*, é permitir que o indivíduo tenha a capacidade de influenciar a sua saúde ou dos outros, entende-se que os enfermeiros são competentes para capacitar, que é diferente de delegar, os docentes e não docentes a atuar em situações de emergência, como é o caso da administração do Glucagon.

Assim, relativamente às questões acima formuladas, temos que, os docentes e não docentes podem e devem dar resposta a situações de emergência, como é o caso da administração do glugacon, sendo treinados e supervisionados anteriormente na componente teórico-prática da aplicação do Projeto.

Face ao exposto, surge a necessidade de se realizar o diagnóstico de enfermagem mobilizando o Modelo de Betty Neuman, com o intuito de se entender se o mesmo é prioritário para que se possam identificar intervenções adequadas.

4.1.6. Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem na comunidade permite identificar o problema, e elucidar sobre quem recebe os cuidados, identificando os fatores que contribuíram para o problema identificado. A identificação e o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem constituem-se como essencial para a fase do planeamento (Stanhope & Lancaster 2011).

Importa referir que o diagnóstico de enfermagem foi realizado utilizando a terminologia do modelo de Betty Neuman, para os problemas atuais ou potenciais relacionados com os *stressores* identificados:

Quadro 1- *Diagnósticos de Enfermagem - Modelo de Betty Neuman (1995)*

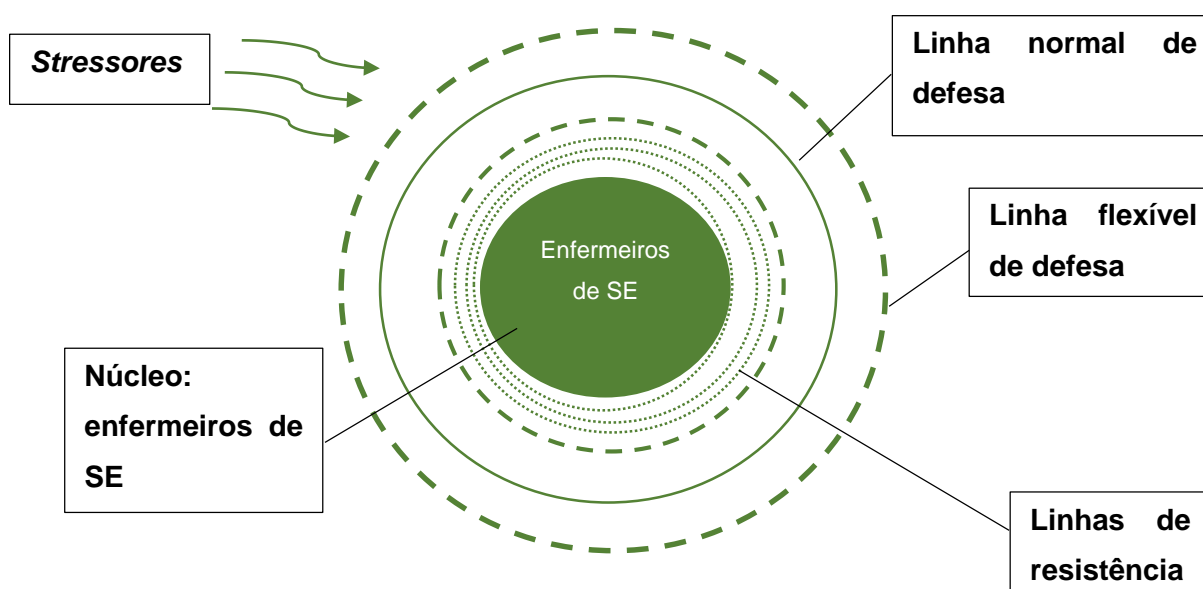
Sistema Cliente	Stressores	Fatores	Diagnóstico de enfermagem	Nível de prevenção
	Baixo conhecimento	62,5% dos enfermeiros de SE não têm a formação (o que significa que apenas 37,5% têm a formação)	Rutura da linha de defesa	Secundária

Consideramos que o baixo conhecimento pode levar à rutura das linhas de defesa se existirem mais de 50% dos enfermeiros de SE que não detenham a formação avançada, sendo essa a realidade acima descrita, no quadro 1. O valor dos 50% ficou definido pois considera-se que para uma atuação eficaz dos profissionais, os mesmos devem constituir uma equipa que seja capaz de dar resposta adequada às necessidades identificadas, partindo do pressuposto do aumento da DM1.

Sabendo que a linha flexível de defesa serve de “amortecedor” para a linha normal de defesa, e enunciando a presença dos *stressores* em relação à pouca ou ausência de conhecimentos no que diz respeito ao projeto, implica que a linha flexível de defesa seja afetada, pois não é eficaz na proteção contra a falta deste conhecimento, logo a prevenção realizada será uma prevenção secundária, uma vez que o diagnóstico está feito (as necessidades formativas estão identificadas), e, posteriormente será realizado o tratamento, neste caso, a formação avançada do Projeto de intervenção comunitária.

Adotando o esquema representativo do Modelo de Betty Neuman, considerando os enfermeiros de SE o grupo populacional, podemos observar pela Figura 5 a estrutura básica do sistema:

Figura 5- Esquema representativa do Modelo de Betty Neuman (1995)



Face ao exposto emergiu o seguinte diagnóstico de enfermagem, Modelo Teórico de Betty Neuman (1995):

- Rutura da linha de defesa dos enfermeiros de SE evidenciado por 62,5% dos enfermeiros não terem a formação avançada.

De seguida apresentam-se os fatores que levaram à definição do mesmo e à apreciação do grupo populacional, segundo os vários contextos.

De acordo com os oito subsistemas citados anteriormente, no que diz respeito ao contexto intersistémico, a Tabela 4 evidencia alguns recursos, nomeadamente do subsistema educacional, de saúde e de segurança enquanto mais-valia nas respostas existentes nas comunidades da área de abrangência das UCC's, da USP PL e das comunidades escolares.

Tabela 4- Recursos disponíveis nos concelhos que integram o Pinhal Litoral

Contexto Intersistémico		
Subsistema	Recursos disponíveis	Nº
Saúde e segurança	Unidades de Saúde Familiar Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados Unidades de Recursos Assistenciais Personalizados Unidade de Cuidados na Comunidade Unidade de Saúde Pública	29
	Hospitais	2
	Farmácias e postos farmacêuticos	72
	Corporação de bombeiros	6
Educacional	Escolas (jardins de infância, escolas do 1º, 2º e 3º ciclos, escolas secundárias)	177
Total		681

O facto de a linha de resistência estar mais próxima ou mais afastada dos Enfermeiros de SE, tem que ver com as suas experiências pessoais e profissionais, pois cada enfermeiro é único, devendo ser respeitada a sua individualidade e privacidade. A “privacidade e intimidade aparecem quase como sinónimos, dizendo o privado respeito à pessoa, e o íntimo ao que é profundo que constitui a essência” (OE, 2015, p. 83), ora as suas linhas de resistências são diferentes entre si e, leva a que futuramente na sua prática do dia-a-dia, seja na melhoria contínua da qualidade, ou na atualização de conhecimentos, se constate que as suas linhas de defesa serão também díspares, uns têm mais ou menos conhecimentos que outros. Aqui tentei reforçar que apesar de ser um grupo populacional, os enfermeiros têm a sua individualidade e são pessoas diferentes.

A linha normal de defesa é aquela da qual os Enfermeiros da SE, enquanto comunidade e cliente deste sistema, fazem uso para a sua prática profissional, para fazer face às diversas situações.

Tendo como base a premissa de haver necessidade de formação a nível da DM1, sendo a doença uma prioridade no PNS, para posteriormente se aplicar o Projeto de intervenção comunitária, é aqui que é necessária a nossa intervenção enquanto profissionais. Não só as linhas de resistência devem ser fortalecidas, mas também a linha normal de defesa. Para isso, foi identificado número

de enfermeiros existentes nas UCC e na USP do ACES PL, com as necessidades formativas já descritas, para se formarem adequadamente e apostarem na renovação e aquisição de conhecimentos, intervindo eficazmente capacitando os docentes e não docentes das comunidades escolares.

Segundo Pereira (2017), no sentido deste fortalecimento, seja nas linhas de resistências ou na linha normal de defesa, é necessário que a enfermagem capacite estes profissionais, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas dos Enfermeiros da SE ao *stress*.

No entanto, é importante que a linha flexível de defesa seja igualmente fortalecida, mas esse fortalecimento diz respeito a entidades superiores e não passa diretamente pelos Enfermeiros da SE pois, esta linha faz referência, neste caso, ao PNS, aos programas a ele associados e respetivos projetos de intervenção. Isto quer dizer que, por autonomia, para se fortalecer, o cliente deve procurar informação junto desta linha, por isso é que ela é simbolizada em tracejado, está em constante atualização. Esta linha flexível de defesa possui mudanças constantes porque estão sujeitas a novas normas e orientações, neste caso concreto, pela DGS, bem como de outras entidades normativas e reguladoras.


Se nos reportarmos às normas/orientações já citadas neste relatório, constatamos que até à Orientação nº006/2016, existiram atualizações, que podem ser denominadas, por tudo o que foi definido anteriormente por Neuman (1995), por *stressores*. Toda e qualquer mudança implica atualização.

Quanto mais próxima a linha normal de defesa estiver da flexível, significa que mais conhecimentos e menos constrangimentos o cliente tem, ou seja, melhor se adquire o bem-estar daqueles Enfermeiros de SE, e com este bem-estar queremos dizer que, quanto mais edições existirem da formação avançada da DM1, melhor será a sua prestação de cuidados destes enfermeiros na implementação deste Projeto e aquisição de novos conhecimentos.

Desta forma, o que se pretende, mobilizando o modelo de Betty Neuman (1995), é intervir na linha de defesa, pois pretende-se que os Enfermeiros da SE adquiram e atualizem os conhecimentos acerca da temática abordada.

Seguindo a linha de pensamento anterior, o grupo populacional são os Enfermeiros da SE, e representam o contexto intrasistémico, por possuírem características pessoais semelhantes (Beddome, 1995). O contexto intersistémico é definido pela USP PL, pelas UCC do ACES PL e as comunidades escolares envolvidas, enquanto os cinco concelhos do ACES PL dizem respeito ao contexto extrasistémico, como se pode constatar pela Figura 6.

Figura 6- Esquema representativo dos contextos do Modelo de Betty Neuman adequados à temática abordada



Contexto intrasistémico	•Enfermeiros da Saúde Escolar
Contexto intersistémico	•USP PL; UCC's do ACES PL; comunidades escolares envolvidas
Contexto extrasistémico	•5 concelhos de abrangência do ACES PL

Neuman define que a enfermagem é uma profissão única e que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa/comunidade aos *stressores*, sendo o seu principal objetivo prestar assistência de modo a que a pessoa possa reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo assim, um nível de bem-estar elevado. Para que esse bem-estar seja atingido é necessário realizar intervenções, que reduzam os fatores de *stress* e outras condições adversas que podem afetar o seu bom funcionamento (Neuman & Fawcett, 2011).

Desta forma, o diagnóstico de enfermagem advém da avaliação dos *stressores* e inclui a limitação do *stressor* e o fortalecimento das linhas de defesa, assim e após o grau de reação estar normalizado, são planeadas intervenções de forma a reforçar estas linhas de resistência através dos diferentes níveis: primário, secundário e terciário, explicamos mais no seguinte parágrafo. As intervenções de enfermagem em qualquer que seja o nível de prevenção têm por objetivo apoiar o sistema na sua adaptação ou a ajustar-se, mantendo um grau de estabilidade. De acordo com Pereira (2017), no que diz respeito a este fortalecimento é imprescindível que a enfermagem capacite os indivíduos, reforçando o seu potencial de saúde na direção do bem-estar, tendo em conta as respostas da pessoa ao *stress*.

A teórica adaptou o conceito de níveis de prevenção relacionando-os com a enfermagem: a prevenção primária que é utilizada para proteger a comunidade antes que esta se depare com o *stressor*, no caso dos Enfermeiros de SE a prevenção primária não existiu, uma vez que, os *stressores* definidos anteriormente já existiam e afetaram a linha flexível de defesa; por sua vez, a prevenção secundária que tem como objetivo indiciar qual o tratamento mais adequado, depois da identificação de sintomas, com o intuito de atingir estabilidade ou bem-estar do sistema cliente; por fim, a prevenção terciária diz respeito à redução dos efeitos dos *stressores* depois da intervenção, ou seja, neste caso, é a projeção de novas datas de formação avançada, e dar oportunidade, articulando com os serviços, dos restantes enfermeiros terem oportunidade de assistir às próximas edições da formação avançada. Ocorre depois da linha de defesa normal ter sido atingida.

Assim, este modelo de Betty Neuman enquadra o modo como as diferentes variáveis afetam os clientes no seu sistema, competindo ao EESCSP procurar o reequilíbrio da comunidade, alicerçado a objetivos estratégicos, procurando que o impacte dos fatores de *stress* seja diminuto. Permitindo-nos salientar a importância da influência das partes na homeostase do todo, resultando melhoria na qualidade dos cuidados.

A realização das atividades para concretizar esta etapa do ponto 4.1 permitiu adquirir experiência numa das competências “1.1- **Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade**” (Regulamento nº428/2018, 2018, p. 19355).

4.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Esta etapa representa a segunda fase do processo de PS e, segundo Nunes (2016), posteriormente à tomada de conhecimento da situação atual deve atuar-se de forma fundamentada no que diz respeito à hierarquização dos conteúdos conduzidos pelo diagnóstico de situação. Nesta etapa do PS, são selecionados os problemas de saúde que serão solucionados (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Nunes (2016), a perceção que a comunidade tem de determinado problema assume uma elevada importância, na hierarquização das prioridades, e a sua aceitação e reconhecimento sentido pela comunidade pode envolver a mesma e determinar o sucesso do planeamento que foi delineado.

No que diz respeito à priorização, de acordo com Fonseca et al., (2018-2020), no Plano Local de Saúde do ACES PL (2018-2020), é realizada a identificação dos problemas, com base no Perfil Local de Saúde do mesmo ACES. A lista preliminar foi apresentada e discutida em Conselho da Comunidade, tendo a partir desta, sido elaborada uma nova lista que incorporou os vários problemas identificados pelos parceiros. Posteriormente, o processo de normalização consistiu em identificar os problemas com especificidade elevada que poderiam ser agregados a outros problemas de cariz semelhante.

Seguindo a linha de raciocínio, tendo a lista preliminar como base, os parceiros presentes na reunião do Conselho da Comunidade, avaliaram os problemas segundo os critérios que estão presentes no Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde (2017), utilizando a matriz de priorização, sendo dos métodos mais frequentemente aplicados e de grande utilidade quando o número de problemas de saúde sobre o qual irão incidir as intervenções é reduzido, mas existe um elevado número de critérios a ser tido em conta (Portugal et al., 2017).

Segundo os mesmos autores, relativamente à técnica de matriz de priorização podem ser considerados os seguintes critérios: magnitude que corresponde às dimensões do problema de saúde, sendo caracterizada maioritariamente, por indicadores de mortalidade; a transcendência que pode ser social em que constitui ponderação por grupos, normalmente etários, de forma a valorizar

as mortes por determinada causa em dada faixa etária e económica que estabelece a repercussão económica dos problemas de saúde por incapacidade ou perdas de produção; e a vulnerabilidade em que consiste na avaliação do potencial ou da possibilidade de prevenção e intervenção do problema de saúde, com os recursos que existem. Cada critério pode ser classificado com uma pontuação de 1 a 3, sendo possível deixar campos por preencher.

Foram obtidas as seguintes pontuações para cada problema: saúde mental (57); diabetes e obesidade (49); Doenças do aparelho circulatório (48); Tumores malignos (48); Acessibilidade (30); Acidentes e causas externas de mortalidade (21); Doenças reumáticas (11) e Infeções sexualmente transmissíveis (0) (Fonseca et al, 2018-2020).

Assim foram selecionados os 5 problemas com maior pontuação sendo elaborada a lista final de problemas de saúde, ordenada por prioridade: saúde mental, diabetes e obesidade, doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e a acessibilidade.

Sendo o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2021-2030) um Plano Prioritário, em que refere que a DM e as suas complicações, incluindo a morte prematura, continuam a ser uma prioridade em Portugal, pois para 2030 projeta-se que a taxa de mortalidade padronizada por DM seja de 25,6 óbitos por 100 000 habitantes (DGS, 2021-2030), torna-se prioritário intervir na DM com o objetivo de obter ganhos em saúde.

Constata-se que a Diabetes e Obesidade estão classificadas em segundo lugar no que diz respeito a um dos problemas de saúde existentes no ACESPL. Assim sendo, a DM1 é um problema identificado e, face à magnitude do problema, tendo sido já identificadas as necessidades formativas dos Enfermeiros de SE como uma prioridade, a formação avançada deve dar resposta a esta necessidade.

No entanto, para se entender o impacte que a doença tem, a nível mundial foram realizados três estudos que merecem destaque, pela dimensão que tiveram na comunidade científica: *DIAMOND project*, *EURODIAB* e *SEARCH*.

O projeto *DIAMOND* foi desenvolvido em 1990 pela OMS como objetivo primordial de retratar a incidência da DM1 nas crianças e jovens. Destacam-se os países com menor incidência registada (<1/100.000) a China e a Venezuela, por outro lado, a maior incidência (> 20/100.000 por ano) foi conferida à Suécia, Noruega, Portugal, Canadá, Sardenha, Nova Zelândia, Finlândia e Reino Unido (Maahs et al., 2010).

No que diz respeito ao *EURODIAB*, este estudo foi realizado apenas na Europa, nos anos de 1989 a 2003, em que anteviram o número de novos casos de diabetes entre os anos de 2005 e 2020. Este estudo remata que se esta tendência se mantivesse, então significava que o prognóstico de novos casos de DM1 nas crianças, com idades inferiores a 5 anos, duplicariam entre 2005 e 2020

e, por outro lado a prevalência iria aumentar em 70% dos casos nos adolescentes com mais de 15 anos. Assim sendo, o estudo conclui que a previsão para o ano de 2020 seria de 24400 novos casos de DM1 em crianças e jovens no continente europeu (Green et al.,2009).

Por fim, de acordo com Atkinson (2013) o último estudo referido é o *SEARCH for Diabetes in Youth Consortium*, que foi realizado nos Estados Unidos da América, em que o seu principal objetivo era identificar com menos de 20 anos as crianças que fossem diagnosticadas quer com DM1 ou diabetes tipo 2, para que se estabelecesse relação entre a etnia da doença e a diferença entre os dois tipos de DM. Cerca de 15 600 crianças foram diagnosticadas com DM1 ou diabetes tipo 2, no período de 2002 a 2005, no continente descrito. Concluiu-se que em termos de etnia, o estudo documenta que os indivíduos brancos que são não hispânicos retratam uma elevada taxa de novos casos da DM1.

Nesta epidemiologia centrada nas pessoas, é importante definirmos alguns conceitos, nomeadamente no que diz respeito às medidas de proporção, como a prevalência e a incidência.

A prevalência é caracterizada como o momento de determinada ocorrência num determinado tempo e, numa determinada população. Indica assim, quem tem aquela situação de saúde, e não quando possa ter surgido ou sob que fatores; a incidência está relacionada com o número de novos caso de manifestação de determinado fenómeno, sem que seja tido em conta o tamanho da população, mas sim aqueles que na população têm potencial para manifestar, num determinado tempo, tal fenómeno (Melo, 2020).

Sabendo que aproximadamente 96.000 crianças com menos de 15 anos de idade desenvolvem DM1, esta doença crónica afeta a qualidade de vida destas crianças, famílias e/ou prestadores de cuidados, incluindo o desenvolvimento físico, social e emocional. Aumentando a vulnerabilidade da criança ao ingressar no meio escolar (Marks et al., 2020).

O tratamento recomendado para a DM1 é a insulina (injeções diárias), e avaliações regulares à glicémia, estas medidas constituem um desafio diário para as crianças e jovens quando estão em contexto escolar (Marks et al., 2020).

Um estudo qualitativo realizado por Marks et al. (2020), numa escola primária da Austrália, através de uma entrevista aos pais de crianças com DM1 que tinha como objetivo compreender a dinâmica de ter um filho em contexto escolar com esta doença, conclui que: as parcerias entre escola e encarregado de educação é fundamental; a participação dos docentes e não docentes no auxílio da administração de insulina é necessária; entendeu-se que muitas mães ficam desempregadas por opção própria para integrar os filhos no meio escolar quando os funcionários não têm formação adequada.

Destaca-se ainda outro estudo, March et al. (2020), realizado nos Estados Unidos da América, na

Pensilvânia, em que teve como objetivo explorar experiências e as intervenções das enfermeiras presentes em escolas do ensino básico sendo utilizadas entrevistas semiestruturadas. Tendo como base o aparecimento de novas tecnologias para a DM, nomeadamente as bombas de insulina e os glucómetros de monitorização contínua.

As conclusões do estudo foram as seguintes: as enfermeiras escolares, independentemente dos anos de experiência a laborar, referem que é importante que as escolas detenham uma ampla variedade de recursos para a ajudar os profissionais a intervir em crianças com DM1, destacando ainda a importância de tecnologias nestes estabelecimentos como facilitadores de atuação em casos de urgência (March et al., 2020).

Assim sendo, a literatura aponta a existência de vários problemas, nomeadamente a parceria das escolas com os cuidadores das crianças com a doença, para que muitos encarregados de educação não deixem de laborar para acompanhar os filhos na escola; destaca-se também a importância do conhecimento e atuação na administração da insulina e, em situações mais graves a administração do glucagon; e o aparecimento de novas tecnologias, como as bombas infusoras, deixa os professores e não docentes inseguros no seu manuseamento.

O que significa que, como resolução a estas problemáticas apresentadas, a mesma literatura sugere que os enfermeiros são parte desta solução, tendo mais formação para educar os docentes e não docentes. As sessões de formação devem passar por informações básicas sobre a avaliação da glicemia, a administração da insulina, a administração do glucagon no tratamento das hipoglicémias, as atividades físicas e, também o planeamento das refeições nas escolas, sem que para isso as crianças e jovens com esta condição se vejam obrigados a levar os alimentos preparados de casa.

Sabendo que “a probabilidade de morrer aumenta com a idade, usa-se a Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) para retirar (ou atenuar) esse efeito e obter um valor único que permita a comparação de diferentes populações com estruturas etárias distintas.” (Fonseca et al., 2021 p. 32). Segundo Fonseca et al. (2019) a TMP para a DM na ARSC foi de 7,01 e no ACES PLfoi de 8,1. No entanto, no Perfil de Saúde do ACESPL em 2020, na ARSC o valor é de 9,7 e no ACESPL é de 11,2. O que significa que houve um aumento na TMP, de acordo com os indicadores de saúde.

Como referido anteriormente, em relação à DM 1, surge o Projeto DARE+, em que posteriormente emerge a orientação 006/2016 para dar resposta às crianças e jovens com DM1 em contexto escolar, sendo de extrema importância a comunicação e complementaridade entre a criança/jovem, família e saúde/educação.

De acordo com o IDF (2021), no que diz respeito à DM1, 1 em cada 6 recém-nascidos, mundialmente, serão afetados com a DM1. Em Portugal, a prevalência desta doença nas crianças e jovens, em 2015, foi de 3 327 indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 19 anos, o

que perfaz um total de 0,16% da população portuguesa naquele ano (SPD, 2016) e aumento quando comparado ao ano de 2012.

“A taxa de incidência da Diabetes tipo 1 fornece-nos a informação respeitante à identificação anual do número de novos casos.” (SPD, 2016 p.12). No ano de 2015 foram diagnosticados 13 novos casos de DM1 por cada 100 000 indivíduos com idades compreendidas entre os 0-14 anos. No ACES PL, de acordo com Sistema de Monitorização do Sistema nacional de Saúde (SIM@SNS, 2022), no mês de outubro de 2022, os dados da prevalência nas idades compreendidas entre os 0-17 anos são de 47 casos de utentes com DM1.

No que diz respeito aos PSI foram realizados, no ano de letivo de 2021/2022, um total de 20 nos ensinos pré-escolar, 1º, 2º, 3º ciclos e secundário, nos concelhos de Leiria, Batalha, Porto de Mós, Pombal e Marinha Grande, apresentam-se os gráficos do mesmo no **apêndice XVII**. Estes dados intensificam a necessidade de promover a inclusão e o apoio da criança/jovem com DM1, em contexto escolar.

Parece-nos que o apoio facultado pela rede de apoio à criança na comunidade escolar é determinante, no que diz respeito essencialmente em questões relacionadas com a saúde e a vivência que se pressupõe saudável nos processos de doença, não obstante, estes sistemas de apoio também podem necessitar de uma intervenção no âmbito dos cuidados de Enfermagem, com o objetivo da sua capacitação.

Percebemos assim, que estas crianças têm necessidades de saúde especiais, e a equipa de SE deve desenvolver estratégias com vista à sua integração e vivência saudável, nomeadamente em contexto escolar. E, o PNSE visa ir ao encontro destas e de outras necessidades especiais apresentadas pelas crianças e jovens, apoiando a inclusão dos mesmos na comunidade escolar.

Por todo o exposto e apresentado acima, parece-nos que se se justifica a necessidade de investimento na área proposta, entendendo que os Enfermeiros de SE serão dotados de competências necessárias para educar os docentes e não docentes que contactam diariamente com as crianças e jovens, que a qualquer instante podem necessitar de cuidados mais especializados.

Desta forma, é importante que os pais reportem à escola, caso tenham filhos com DM1; que todos os profissionais das escolas tenham, em primeiro lugar, conhecimento de quem são as crianças /jovens com DM1; que reportem à saúde pública da sua área de residência a existência de uma ou mais crianças com diabetes para que a articulação escola-unidade de saúde se possa fazer o quanto antes diminuindo qualquer prejuízo para o bem-estar da criança/jovem; saibam intervir em situações de hipoglicémia; e, envolver os pais nas atividades das escolas.

Assim, tendo em conta estes problemas identificados e o diagnóstico de enfermagem elaborado,

considerou-se pertinente a intervenção na área da formação avançada dos Enfermeiros de SE.

Considera-se que a realização desta etapa do planeamento em saúde permitiu adquirir a competência “1.2. **Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade**” (Regulamento nº428/2018, 2018, p. 19355).

Tendo sido realizado o diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

A definição de objetivos é uma atividade muito minuciosa que exige extremo rigor. Sendo por isso importante que a etapa da determinação dos objetivos surja depois de os enfermeiros terem clara a noção dos focos de atenção que estão a avaliar e dos diagnósticos a eles alocados (Melo, 2020).

Neste contexto definiu-se o seguinte:

- Finalidade: promover a formação avançada aos enfermeiros de SE do ACES PL;
- Objetivo geral: melhorar o conhecimento dos enfermeiros de SE do ACES PL no projeto de intervenção comunitária;
- Objetivo específico: aumentar a proporção dos enfermeiros de SE com conhecimento do Projeto DARE+ em 31%;
- Meta: aumentar a proporção dos enfermeiros de SE com conhecimento do Projeto DARE+ em 31% até ao dia 31 de março de 2023.

Associado à definição de objetivos está a seleção de indicadores, de modo a avaliar e controlar os projetos e programas executados (Tavares, 1992). Os dois tipos de indicadores mais utilizados são: os de impacto ou resultado ou os de execução ou atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Falamos de metas ou objetivos operacionais, quando se pretende melhorar cada um dos indicadores e se define quantitativamente essa melhoria. Estas definem-se como um resultado que é desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde e que se traduzem em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Mais à frente neste relatório, no subtítulo da avaliação, estão descritos os respetivos indicadores e metas definidos, bem como os resultados alcançados.

Considera-se que a realização desta etapa do PS permitiu adquirir a competência “1.2- **Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade**” (Regulamento nº428/2018, 2018, p. 19355).

4.3. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A estratégia de intervenção é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária, pois para que se alcancem os objetivos definidos é necessário a existência da seleção de estratégias.

O sucesso do alcance das metas e a produção de indicadores de resultado e de processo, com uma otimização dos indicadores de estrutura, depende da forma como são planeadas as estratégias de intervenção. Esta fase diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Nunes (2016), as estratégias necessitam ser bastante aprofundadas para que possam ser completamente entendidas e tornarem-se, assim, importantes para a realização dos objetivos delimitados, sobretudo o uso dos recursos.

Assim, para definir estratégias na intervenção teve-se em consideração as características da população alvo bem como o Modelo de Betty Neuman como base para a intervenção.

Tendo como pressupostos que, segundo Neuman e Fawcett (2011), a intervenção na comunidade deve capacitar os grupos, neste caso particular os Enfermeiros de SE a lidar com os *stressores*. É importante a capacitação dos mesmos, de modo a que consigam restabelecer um novo equilíbrio, com o mínimo de danos causados pela exposição ao risco. Isto significa que, partindo destas premissas, os Enfermeiros de SE devem ser capacitados através da formação avançada.

No domínio da saúde, considera-se pertinente que se sugira a utilização da organização do planeamento das estratégias proposto pelo CENDES-OPAS (Ahumada et al., 1965 as cited in Melo, 2020).

De acordo com este método, Melo (2020), refere que a estrutura deste planeamento assenta na relação entre a técnica, tarefas e os instrumentos/recursos. No entanto, neste caso faz sentido acrescentar, ainda segundo o mesmo autor, a sua relação com o objetivo específico e com as intervenções de enfermagem.

Assim, podemos ter como ciclo de planeamento estratégico o seguinte, apresentado no quadro 2:

Quadro 2- *Ciclo de pensamento estratégico*

Objetivo específico: Aumentar a proporção dos enfermeiros de SE com o conhecimento do projeto DARE+		
Técnicas: Ensinar sobre o suporte a crianças e jovens com DM1 em contexto escolar	Tarefas: Realizar três sessões de formação (educação para a saúde)	Instrumentos/Recursos: Enfermeiros, Psicólogo, Médicos, Médicos Internos e Nutricionista do Centro Hospitalar de Leiria, Enfermeiros de SE do ACES PL, Professores e alunos do Instituto Politécnico de Leiria

Assim sendo, a partir do ciclo de planeamento estratégico, deve fazer-se referência, de acordo com Melo (2020), aos conteúdos a abordar, aos métodos e técnicas pedagógicas, aos recursos e ao tempo previsto para cada assunto.

Desta forma, a formação avançada é divulgada internamente para os Enfermeiros de SE, pela responsável das formações no ACES PL através da plataforma de formações internas e externas do serviço, em que se deve divulgar o local da mesma: campus 5 do Instituto Politécnico de Leiria; os dias da formação: 24, 25 e 26 de outubro de 2022. No que diz respeito aos métodos e técnicas pedagógicas estes serão expositivos, ativos e também demonstrativos. Em relação aos recursos pedagógicos serão utilizados o computador, o projetor de multimédia e toda a equipa descrita no quadro 2, no campo dos instrumentos/recursos.

Na mesma linha de raciocínio, como estratégia de seleção será selecionada uma escola secundária do concelho de Leiria, com uma sessão de formação aos alunos de uma turma de um aluno com DM1. A sessão deverá focar-se na importância dos alunos que rodeiam a criança/jovem com DM1 pois devem estar atentos aos sinais e sintomas da doença, podendo atuar na altura certa evitando as hipoglicémias graves e prolongadas, administrando sempre que necessário o glucagon. Assim, crianças e jovens que rodeiam a pessoa com DM1 informadas podem salvar vidas e agir em conformidade.

No que respeita aos conteúdos estes serão relacionados com a criança e jovem com DM1 em contexto escolar, onde se poderá encontrar no **anexo VI**, o cartaz da formação com informação mais detalhada.

Como estratégia, o tempo necessário para cada dia de formação será variável, o dia 24 de outubro de 2022 deverá respeitar o seguinte horário: das 09h10 às 13h e das 14h às 17h; o dia 25: das 9h00 às 13h e das 14h às 17h00; por fim, o dia 26 deverá ter horário no período da manhã, das 09h00 às 13h00.

Importa referir que a formação avançada será realizada através de uma parceria já existente entre o Instituto Politécnico de Leiria, o Centro Hospitalar de Leiria, o ACES PL, mais concretamente a USP PL pelo facto de uma das enfermeiras de SE ser a responsável pelo Projeto DARE+ no ACES.

Laverack (2008) refere que as ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, coligações e alianças para a saúde e demonstram a capacidade para trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência elevada. Estas relações interdependentes podem originar um maior nível de *empowerment* do grupo. Neste sentido as parcerias criadas são benéficas e com a participação dos diferentes atores no desenvolvimento do Projeto e da formação avançada, fomentando o envolvimento dos intervenientes nas atividades.

A convergência de ideias, de objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria é primordial, pois permite que haja uma linha comum orientadora da intervenção e resultados mais eficazes e efetivos. Contudo, de referir que o recurso à prática baseada na evidência científica, através de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida no ponto 5 deste relatório, é uma estratégia fundamental, uma vez que, a qualidade em saúde necessita do compromisso da implementação de práticas sustentadas na melhor evidência científica, por forma a obter o maior e melhor conhecimento.

Com o desenvolvimento dos objetivos e a seleção de estratégias que se considerou adequadas, desenvolveu-se outra das competências do EESCSP “1.3- **Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas**” (Regulamento nº428/2018, 2018, p. 19355).

4.4. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Após as etapas anteriores estarem desenvolvidas e realizada a análise da melhor evidência científica, prossegue-se para a criação de programas ou projetos que respondam às necessidades a atenuar.

Os autores Imperatori e Giraldes (1993) referem-se à elaboração de programas e projetos como sendo o estudo minucioso e detalhado das atividades indispensáveis à execução de uma estratégia para atingir os objetivos.

Seguindo a linha de raciocínio, de acordo com os mesmos autores, é importante distinguimos o conceito de programa e de projeto. Um projeto define-se como uma atividade que ocorre em determinado período de tempo que está restringido, visando obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa. Por outro lado, um programa define-se por ser um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de determinada estratégia, que impõem a utilização de recursos humanos, recursos materiais e também financeiros sendo geridos pelo mesmo organismo.

4.4.1. Projeto DARE+, Diabetes: + Apoio pelos responsáveis escolares

Perante o exposto no relatório, com a hierarquização dos problemas detetados anteriormente no ACES PL, (Fonseca et al., 2018-2020), considerou-se que a intervenção deveria incidir na formação dos Enfermeiros para aplicação do Projeto de intervenção em questão, entendendo que a problemática, a DM, é prioritária no PNS (DGS, 2021-2030).

Parece-nos desta forma que se justifica a necessidade de investimento na área proposta, subentendendo-se que será necessário dotar de competências necessárias os enfermeiros de SE para que os mesmos possam educar/ensinar os docentes e não docentes que contactam diariamente com as crianças e jovens que necessitam de um acompanhamento especial e que dê resposta às suas necessidades de saúde especiais, como ocorre com a DM1.

O presente projeto apresenta como grande finalidade, a criação de condições favoráveis ao bem-estar e integração saudável e segura da criança com DM1 em contexto escolar, tendo como objetivos específicos: melhorar os conhecimentos na área da DM1, demonstrar competências adequadas ao acompanhamento do estudante, definir sistema de alerta em caso de emergência, aquisição de atitudes promotoras de uma integração saudável em contexto escolar e com oportunidades de aprendizagem similares aos outros estudantes, entre outros (Menino, 2023).

Foi descrito pela mesma autora que, para uma continuidade do projeto de intervenção comunitária faz sentido a inclusão dos Enfermeiros de SE, na medida em que também eles, numa fase inicial, devem fazer formação e melhorar os seus conhecimentos e competências.

Posto isto, no âmbito do **Programa Nacional de Saúde Escolar** foram identificadas crianças com necessidades educativas especiais, nomeadamente as crianças e jovens com DM1. Nesta sequência, foi aplicado numa escola básica do concelho de Leiria o Projeto *DARE+*: *diabetes + apoio pelos responsáveis escolares*, permitindo a concretização das metas definidas aquando da aplicação do Projeto, tendo como público-alvo os docentes e não docentes de referência ao aluno identificado com DM1.

Aquando da formação no caso dos docentes e não docentes, é preenchido um questionário antes e depois da formação, com o intuito de se compreender se adquiriram os conhecimentos básicos e formas de atuação na criança com DM1. Em relação aos Enfermeiros, já foi descrito anteriormente a constituição dos questionários. Posteriormente, estes resultados são analisados pela equipa de investigação da Escola Superior de Saúde de Leiria e, neste âmbito foram também analisados pela mestranda.

Remetendo-nos para o Regulamento nº140/2019, uma das competências comuns do EE é a Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em que, aquando da elaboração do Plano de Saúde Individual, é necessário construir estratégias de resolução do

problema em parceria com a criança e com o encarregado de educação e, posteriormente, aferir se os resultados estão em concordância com as tomadas de decisão.

Por outro lado, no que diz respeito aos enfermeiros de SE, a formação, de acordo com o Plano de Formação já referenciado foi organizada a Formação Avançada para os mesmos.

Todas as atividades acima descritas contribuíram para a aprendizagem de outras competências a designar: “1.4- **Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados**”; “2.1- **Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania**”; “2.2- **Integra , nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas**”; “2.3- **Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade**” (Regulamento nº428/2018, 2018, pp. 19355-19356).

De seguida iremos proceder à avaliação da implementação do Projeto de intervenção comunitária.

4.5. AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A avaliação é fundamental na determinação da eficiência e conveniência do percurso realizado, confrontando os objetivos com as estratégias utilizadas. Definindo-se como última etapa do PS, remete-nos ao aspeto cíclico da metodologia, pois apresenta, um novo diagnóstico de situação, podendo originar muitos outros projetos (Tavares, 1990). O mesmo autor refere que a grande maioria dos elementos que são utilizados na avaliação, formatizam-se pelos indicadores de resultado e de atividade.

É através da avaliação que se sabe se o plano foi eficaz, se os objetivos predefinidos foram ou não atingidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados dos indicadores que foram definidos, assim como as atividades realizadas de modo a proceder à avaliação do projeto.

Assim, são apresentadas as tabelas 5 e 6 que sintetizam as atividades realizadas e os indicadores de atividades e de resultado respetivos, bem como, a avaliação da consecução de todas as metas definidas.

As sessões definidas em ambas as tabelas dizem respeito aos dias da formação avançada, isto é, a sessão 1 está relacionada com o dia 24 de outubro, a sessão 2 com o dia 25 e a sessão 3 com o dia 26 de outubro de 2022.

Relativamente aos indicadores descritos nas tabelas 5 e 6, tanto nos indicadores de atividade como nos de resultados, ambos foram atingidos e, em alguns deles superados de forma acentuada. No entanto, na taxa de assiduidade dos participantes nas atividades, foi preconizado como meta 50%, mas apenas 31,25% dos enfermeiros estiveram presentes. Tal como podemos concluir:

Tabela 5- Indicadores de atividade, meta e avaliação do Projeto

Indicadores de atividade	Meta	Avaliação
Taxa de realização das atividades Nº de atividades realizadas / Nº de atividades programadas x 100	100% das sessões realizadas;	3 sessões / 3 sessões x 100 = 100%
Taxa de assiduidade dos participantes nas atividades Nº de enfermeiros presentes / Nº de enfermeiros convocados x 100	50% de assiduidade e participação dos enfermeiros de SE	Sessão 1: 15 / 48 x 100 = 31,25%; Sessão 2: 15 / 48 x 100 = 31,25%; Sessão 3: 15 / 48 x 100 = 31,25%
Taxa de avaliação do evento e dos palestrantes segundo os participantes (1- Péssimo; 2- Fraco; 3- Médio; 4- Bom; 5- Muito Bom; 6- Excelente) Nº de participantes a classificar em 5 ou 6 / Nº total de participantes a avaliar x 100	65% de desempenho muito bom ou excelente	Sessão 3: 15 / 15 x 100 = 100%

Tabela 6- Indicadores de resultado, meta e avaliação do Projeto

Indicadores de resultado	Meta	Avaliação
Taxa de participantes com melhoria de conhecimentos Nº de participantes com respostas corretas / Nº total participantes	65% de respostas corretas no fim das 3 sessões	Sessão 3: 13 / 15 x 100 = 86,6%

Desta forma, adquiriu-se a competência “1.5- **Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados**” (Regulamento nº428/2018, 2018, p.19355).

Relativamente à avaliação e eficácia da formação realizada nos três dias, 24, 25 e 26 de outubro de 2022, apresentam-se de seguida os resultados. As tabelas que serão apresentadas para a avaliação da respetiva formação foram obtidas através da plataforma de *software* estatístico IBM® SPSS STATISTICS.

Para se compreender o conteúdo das tabelas é necessário entenderem-se conceitos importantes para a sua leitura e interpretação: correlação de *spearman*, teste *Mann-Whitney* e teste *Wilcoxon*.

De acordo com Rocha (2016), o coeficiente ρ de *Spearman* avalia a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Por isso, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, o que significa que não exige que os dados resultem de duas populações normais. O valor do coeficiente ρ de *Spearman* varia entre -1 e 1 e quanto mais próximo o coeficiente estiver desse resultado, então maior será a correlação entre as variáveis. O sinal da correlação indica, deste modo, a direção de associação entre variável dependente e a variável independente.

Ainda segundo o mesmo autor, o sinal positivo da correlação mostra que as variáveis podem variar entre si no mesmo sentido, isto é, categorias mais altas de uma variável associam-se a categorias mais altas de outra variável. No caso de o sinal ser negativo, então a correlação refere que as variáveis variam entre si em sentidos opostos, o que leva a que categorias que são mais elevadas de uma variável estão relacionadas com valores mais baixos da outra variável. No entanto, se o valor for zero significa, é expressa a tendência de uma variável aumentar ou diminuir quando a outra variável aumenta ou então diminui.

De acordo com Silva e Bogoni (2015), o teste de *Wilcoxon-Mann Whitney* (Teste U) aplica-se em situações num par de amostras independentes e que se pretende testar se as populações que originaram essas amostras podem ser consideradas semelhantes ou não. O teste em questão é baseado nos valores obtidos em que se combinam as duas amostras. Este teste pode ser considerado uma versão não paramétrica do teste t de *student*, para amostras consideradas independentes.

Recorreu-se ainda ao teste de significância estatística, com o objetivo de se entender se nesta amostra, existe ou não evidência que possa sugerir a existência de uma correlação linear na respetiva população.

A caracterização da amostra encontra-se detalhada no ponto 4, denominado **população e amostra**. No entanto apresentam-se tabelas abaixo de acordo com a primeira parte do questionário que os Enfermeiros de SE preencheram no primeiro dia, dizendo respeito ao pré-teste, fazendo referência à caracterização da amostra.

A tabela 7 apresenta os dados sociodemográficos, académicos, profissionais, de formação e experiência na área da DM1 da amostra. Podemos referir que os participantes apresentam uma idade média de 39 anos, são maioritariamente do género feminino (80%), 26,7% é mestre e apenas um tem doutoramento. Cerca de 13 participantes já cuidaram de utentes com DM e pratica a sua atividade profissional em CSP, mais de metade (53,3%) não tem formação na área da DM e 66,7% nunca cuidaram de utentes com DM.

Tabela 7- Dados sociodemográficos, académicos, profissionais, de formação e experiência na área da DM1 dos Enfermeiros de Saúde Escolar

Fatores Sociodemográficos			
Variável	Mínimo	Máximo	Média
Idade	28	57	39,87
Variável	Frequência		Percentagem (%)
Género	Masculino	3	20,00
	Feminino	12	80,00
Formação académica			
Variável	Frequência	Percentagem (%)	
Licenciatura	6	40,0	
Pós-graduação	4	26,7	
Mestrado	4	26,7	
Doutoramento	1	6,7	
Características da experiência profissional dos Enfermeiros			
Variável	Mínimo	Máximo	Média
Anos em Cuidados de Saúde Primários	0	30	13,43
Anos a cuidar de utentes com DM	0	30	13,43
Formação na área de DM			
	Frequência	Percentagem (%)	
Não	8	53,3	
Sim	7	46,7	
Cuidaram de utentes com DM			
	Frequência	Percentagem (%)	
Não	10	66,7	
Sim	5	33,3	

Ainda referindo o questionário pré-teste existiu espaço para perguntas de respostas abertas, relacionadas com as atividades que os Enfermeiros de SE desenvolvem na sua prática relacionada com a DM1, onde se pôde concluir que a consulta da diabetes e a aplicação do Projeto DARE+,

foram as atividades mais realizadas pelos Enfermeiros de SE como uma das razões e/ou expectativas para a sua inscrição na formação avançada, tabela 8.

Tabela 8- *Atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros em contexto de DM1*

Atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros em contexto de DM1		
	Frequência	Percentagem (%)
Consulta de Diabetes	7	46,7
Dare + e DGS	2	13,3
Dare +	2	13,3
Nenhuma	1	6,7
Sensibilização de comunidade escolar; sensibilização do conselho de turmas; sensibilização das turmas; educar por pares (os estudantes com diabetes explicam à turma); todas elas no âmbito do PSI	1	6,7
Sensibilização professores e não docentes, realização de PSI	1	6,7
Sessão de educação para a saúde a alunos	1	6,7

Posteriormente, nos testes de hipóteses, da observação da tabela 9, uma vez que os valores do coeficiente são negativos, indica-nos uma relação inversa, por exemplo, no caso da idade, à medida que a idade aumenta os conhecimentos diminuem.

Sendo assim, $p > 0,05$, logo diz-se que a correlação não é significativamente estatística.

Tabela 9- *Correlação de Spearman entre as variáveis idade, anos em cuidados de saúde primários e anos a cuidar de utentes com DM*

		Idade	Anos em cuidados de saúde primários	Anos a cuidar de utentes com DM
Total de conhecimentos antes da formação	r_s	-0,224	-0,162	-0,361
	p	-0,422	0,579	0,204

Seguidamente apresenta-se a tabela 10, que compara os enfermeiros que têm formação na área com os que não têm qualquer formação na área antes da formação avançada, o que depreendemos que, uma vez que, $p > 0,05$, significa que as relações não são estatisticamente significativas.

Tabela 10- *Teste Mann-Whitney – comparação dos conhecimentos antes e depois da formação aos Enfermeiros com formação na área da DM*

Variável	Formação na área da DM	Número	U	p
Total dos conhecimentos antes da formação	Não	8	20,500	0,385
	Sim	7		
Total dos conhecimentos depois da formação	Não Sim	8 7	18,500	0,263

Por fim, apresenta-se a tabela 11 onde se observa que houve melhoria de conhecimentos, concluindo-se que, uma vez que $p=0,01 < 0,05$ pode afirmar-se que há diferenças no conhecimento dos enfermeiros após a formação avançada, pois temos que $n=13$ nas classificações positivas, ou seja, 13 profissionais melhoraram os seus conhecimentos depois de realizarem a formação, $n=1$ no empate diz-nos que manteve os seus conhecimentos após e, por fim $n=1$ nas classificações negativas refere-nos que o seu conhecimento piorou depois da formação.

Tabela 11 - Teste Wilcoxon – Eficácia da formação formativa

	Número	p
Classificações Negativas	1	0,010
Classificações Positivas	13	
Empates	1	
Total	15	

Por fim, intervindo nas linhas de defesa do grupo populacional (Enfermeiros de SE), chegou-se à conclusão que a intervenção de enfermagem atuando nessas linhas, melhorou os diagnósticos de enfermagem anteriormente identificados. No entanto, existe ainda um longo percurso futuramente, pois apenas 15 profissionais frequentaram a formação avançada, de um total de 46 que mostraram interesse.

Posteriormente à apresentação das tabelas que justificam a avaliação realizada após a formação avançada, iremos proceder à apresentação, em tópicos, das dificuldades sentidas pelos Enfermeiros de SE no que diz respeito ao Projeto. Obteve-se a informação através dos próprios profissionais em que lhes foi solicitado que nos enviassem as suas propostas, dificuldades e melhoria.

No que concerne às dificuldades destacam-se as seguintes:

- Dificuldade nos registos de enfermagem no *Scĺnico*;

- Operacionalização do indicador 283 do BI-CSP que traduz a intervenção em crianças e jovens com necessidades de saúde especiais no âmbito da SE e que depois tem impacto no índice de desempenho global da UF das UCC e da USP PL;
- Falta de recursos humanos no que diz respeito às dotações seguras, a dotação segura por cada 150 crianças com necessidades de saúde especiais deve ser de 1 enfermeiro de saúde infantil e pediátrica;
- Falta de recursos humanos também a nível das escolas; profissionais de referência motivados/ assistentes operacionais de referência;
- Dificuldade em realizar os níveis da formação aos docentes e não docentes;
- Utentes mal codificados no *Sclínico*;
- Falta de parametrização do projeto no *Sclínico*; possibilidade de articular com a OE e o SPMS;
- Maioria das vezes existem crianças cuja intervenção foi realizada e o PSI realizado mas não há tradução de ganhos a nível do indicador 283 pois a codificação é exclusivamente médica e não está conseguida no *Sclínico*;
- Falta de materiais para demonstração aquando da capacitação dos agentes educativos (glucómetros, tiras de glicémia, lancetas, glucagon, entre outros);
- A apresentação de diapositivos do projeto DARE+ é demasiado extensa e pode desviar as atenções dos docentes e não docentes;
- Dificuldade no preenchimento do questionário pré e pós teste pois deveria ser acompanhado de ficha de resolução do mesmo;

Os mesmos enfermeiros apresentaram sugestões/melhorias a algumas dificuldades que apresentaram:

- Na formação avançada seria interessante o projeto incluir um *kit* com os diversos materiais e distribuir às UF;
- O questionário para avaliação de conhecimentos antes e depois da formação devia ser acompanhado, no final, por uma ficha de resolução do mesmo;
- Formação avançada anual ou semestral;
- Renovação dos vídeos pedagógicos sobre os vários conteúdos;
- Mais conteúdo prático na manipulação da monitorização de PSCI, atualização face à evolução tecnológica;
- Possibilidade de partilha por parte de outras equipas de SE da região centro e fora da região centro da sua intervenção no âmbito das crianças/jovens com DM1 em contexto escolar;
- Na formação avançada ser possível a presença de alguém responsável do Ministério da Educação da área da educação para a saúde;

- Possibilidade da presença de crianças/jovens/pessoal docente/não docente como testemunhos na partilha de experiências;
- Criação de um grupo de trabalho na UCC e/ou USP mais centralizado e dedicado à criança/jovem com necessidades de saúde especiais (incluindo os alunos com DM1), com determinadas horas alocadas face às necessidades de cada local;
- Comunicação assertiva com a comunidade escolar através de *e-mail* da equipa local de SE e reuniões periódicas desta equipa;
- Boa articulação com as equipas de cuidados de saúde diferenciados e USP e UCC;
- Sensibilização dos diretores das comunidades de SE relativamente à temática;
- Temas que se poderiam incluir nas próximas formações: estratégias de educação terapêutica/ desafios psicossociais e ir efetuando as devidas atualizações no que diz respeito às normas/orientações.

Assim, entende-se que como prioridade, seria importante uniformizar a operacionalização do projeto em todo o ACES PL e em segundo lugar a parametrização do projeto a nível do *Scĺnico*, dando primazia aos registos de enfermagem especializados que se traduzissem em ganhos a nível do indicador 283, já referido anteriormente.

Por fim, todas as atividades desenvolvidas neste ponto da avaliação, permitiram alcançar a competência 1.5- **“Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”** (Regulamento nº428/2018, 2018, p. 19355) foi desenvolvida.

PARTE II- REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

5.1. INTRODUÇÃO

A prática baseada na evidência é entendida como a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência atual na tomada de decisão sobre o cuidado individual do utente (Atallah & Castro, 1998). Na enfermagem, esta prática funciona como um eixo estruturante da sistematização do saber produzido, cuja meta consiste em planear e implementar cuidados de enfermagem que integram assim, a melhor evidência científica, provenientes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática através da reflexão crítica e construtiva (Toro, 2001).

Resultado da evolução da sociedade a nível económico e social, surgem, cada vez mais novos desafios aos enfermeiros para que os seus cuidados tenham uma qualidade máxima e haja uma racionalização apropriada dos recursos disponíveis, emergindo nesta conjuntura a importância da prática baseada na evidência.

A investigação é central para a prática de enfermagem e determinante para a afirmação do conhecimento e o reconhecimento social da enfermagem enquanto disciplina e também profissão. Na realidade, a afirmação da enfermagem como área do conhecimento foi pertinente para a sua abertura para o mundo e para o desenvolvimento da investigação que abrange a complexidade de métodos e técnicas, conjugada com a polivalência da própria disciplina e também com a assunção de que as abordagens multifacetadas, que permitem estudar os fenómenos, devam ser realizadas por meio de atividades multidisciplinares (Néné & Sequeira, 2022).

A prática baseada na evidência é uma abordagem de solução de um problema para uma determinada tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência apresentada. Envolve, desta forma, a definição de um problema, a procura e a avaliação crítica das evidências disponíveis em determinado momento, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos (Mendes et al., 2008).

Desta forma, a utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares principais da prática baseada na evidência, sendo que, para a implementação dessa abordagem na disciplina de enfermagem, o enfermeiro necessita de saber como obter, interpretar e integrar as evidências com os respetivos dados clínicos e preferências do utente na tomada de decisões na assistência de enfermagem aos próprios utentes e/ou prestadores de cuidados (Mendes et al., 2008).

Sabendo que os enfermeiros estão presentes nos momentos mais íntimos da vida de cada um, o enfermeiro providencia cuidados de qualidade, com base nas conclusões de investigação

realizadas pelo mesmo grupo profissional, cujas recomendações têm impacto no cuidado (Néné & Sequeira, 2022).

Articulando o que se procura na evidência com a prática clínica é importante entendermos que se torna necessário em todas as temáticas em debate, o seu melhoramento e aprimoramento procurando intervenções de enfermagem atualizadas, mas que estejam avaliadas e estudadas pelo grupo de peritos, o mesmo acontece com as crianças e jovens com DM1. Quanto mais eficaz for a procura em diversos estudos, melhores resultados são obtidos aquando da intervenção.

A DM é uma doença crónica e não transmissível, sendo cada vez mais frequente na nossa comunidade, pois a sua prevalência aumenta com a idade, podendo atingir todos os sexos e todas as idades (SPD, 2019; DGS, 2021). A DM1 tem por resultado a destruição das células β dos ilhéus de *Langerhans* do pâncreas, em que ocorre insulinopenia de forma absoluta. O que significa que a insulino-terapia passa a ser indispensável para assegurar a sobrevivência do utente (DGS, 2011).

Os mesmos autores referem que a etiologia da diabetes não é consensual podendo encontrar-se três fatores: genéticos, imunológicos e ambientais. Neste tipo de diabetes o seu diagnóstico pode ser efetuado antes dos 30 anos de idade, sendo detetados, na maioria dos casos, na infância e na adolescência.

É uma doença progressiva que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar individual, estando ainda associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde (DGS, 2017). De acordo com a OMS a prevalência da DM tem vindo a aumentar sendo atualmente reconhecida como uma pandemia do século XXI. Estima-se que, nos próximos 20 anos, atinja mais de 20% da população mundial, uma vez que a prevalência mundial da DM duplicou desde 1980 aumentando de 4,7% para 8,5% nos adultos (DGS, 2017).

Segundo a DGS (2011), nas crianças e nos jovens quase sempre a DM é do tipo 1, aparecendo de forma súbita e com grande profusão de sinais e sintomas, verificando-se assim a manifestação de um conjunto de sinais e sintomas muito evidentes como a poliúria, polidipsia, entre outros. No entanto na idade pediátrica os sintomas da diabetes podem ser difíceis de se detetarem, por exemplo o hábito das crianças mais pequenas pedirem água pode ser confundido com polidipsia.

Além destes sinais e sintomas descrito acima, podem existir outras complicações graves: a cetoacidose diabética e a hipoglicémia severa, que se não for tratada pode conduzir à morte da criança/jovem.

Para a criança com DM1, a hipoglicémia pode ter várias consequências adversas, incluindo sinais e sintomas desagradáveis e potencialmente perigosos, a concentração pode ser prejudicada e podem existir também distúrbios comportamentais. A hipoglicémia grave e prolongada, em particular durante o sono, pode resultar em convulsões e perda de consciência e como tal, deve ser

prevenida, pois se a sua ocorrência for frequente pode tornar-se numa disfunção psicossocial (Trang et al., 2014).

Desta forma, é importante que a hipoglicémia seja reconhecida como uma componente chave na gestão da diabetes e, que os cuidadores e a criança, quando capazes e treinados, sejam ágeis na identificação dos sintomas e causas possíveis, para uma rápida atuação. Daí a importância de capacitar os docentes e não docentes das comunidades escolares.

Em casos de hipoglicémia grave ou severa é necessário que o tratamento seja rápido e eficaz, isto é, a administração da injeção de glucagon (podendo ser administrado por via intramuscular ou subcutânea) (Trang et al., 2014).

E, é na intervenção da hipoglicémia que o papel do enfermeiro assume uma grande relevância, no que diz respeito às suas intervenções. Sabendo que estas situações são imprevisíveis e podem ocorrer em qualquer altura do dia, muitas vezes pode implicar que o aluno esteja na escola e, desta forma os docentes e não docentes devem dar uma resposta adequada ao aluno com DM1 numa situação grave de hipoglicémia. Para que isto aconteça, os professores e auxiliares da comunidade escolar devem ser alertados, orientados e treinados, para que, caso ocorra uma situação destas consigam atuar de forma rápida e eficaz com o menor dos prejuízos para o aluno.

Sendo assim, importa ainda referir que segundo a DGS (2015), o PNSE, visa que todas as crianças e jovens tenham direito e acesso à saúde e, devem por isso, frequentar uma comunidade escolar que lhes promova o seu bem-estar e, inclusão. Nestes casos, deve ser preenchido o PSI para que seja avaliado o impacto das condições de saúde na funcionalidade da criança na escola e na identificação das medidas de saúde a implementar (medidas terapêuticas, necessidades de saúde).

Se existirem condições que possam comprometer o bem-estar das crianças/jovens, estes devem ser detetados e acompanhados precocemente pelos serviços de saúde, em parceria com a comunidade escolar. O mesmo acontece, em casos de crianças/jovens com DM1, pois resultam em necessidades especiais, implicando, na grande maioria das vezes, em problemas de saúde com um impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, podendo ter um impacto negativo na aprendizagem ou no desenvolvimento individual (DGS, 2015).

Assim, entende-se que o Enfermeiro de saúde escolar assume uma multiplicidade de papéis e funções, em que a suas intervenções envolvem não só a dimensão da educação para a saúde, mas também a de orientação, liderança e coordenação.

Percebemos assim, que estas crianças têm necessidades de saúde especiais, e a equipa de SE deve desenvolver estratégias com vista à sua integração e vivência saudável, nomeadamente em contexto escolar. E, o PNSE visa ir ao encontro destas e de outras necessidades especiais apresentadas pelas crianças e jovens, apoiando a inclusão dos mesmos na comunidade escolar.

A presente revisão integrativa da literatura tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem com as crianças e jovens com DM1 em contexto escolar.

5.2. METODOLOGIA

No que diz respeito à metodologia, esta trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja finalidade é reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento da problemática em estudo. Apresenta-se como uma possibilidade de síntese de determinado assunto, além de enunciar lacunas do conhecimento que necessitam de ser preenchidas com novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais no que se refere a uma particular área de estudo. Sendo valioso para a área de enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não dispõem de tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível (Mendes et al., 2008).

A revisão integrativa da literatura permite a combinação de diversas metodologias, por exemplo experimental e não experimental, tendo o potencial de utilidade na prática baseada na evidência. É de referir que neste tipo de revisão, a possibilidade de inclusão de múltiplos estudos com diversos tipos de métodos de investigação tem o potencial de aumentar a profundidade e a abrangência das conclusões da revisão, contribuindo para um retrato compreensivo da temática ou tópico de interesse e ainda, com a multiplicidade de finalidades deste método, proporcionando o delinear de um quadro completo de conceitos complexos ou identificar problemas relativos aos cuidados de saúde relevantes para a prática de enfermagem (Néné & Siqueira, 2022).

Os mesmos autores referem que as etapas e os procedimentos da revisão integrativa da literatura estão propostos de forma diferente por diversos autores de referência, no entanto, podemos identificar como etapas as seguintes: identificação da problemática, pesquisa de literatura, avaliação dos resultados da pesquisa realizada, análise e avaliação dos resultados da pesquisa e apresentação dos resultados.

Assim, a revisão integrativa da literatura diz respeito à construção de uma análise ampla da literatura, que permite a inclusão simultânea de estudos quantitativos experimentais, não experimentais e de estudos qualitativos e mistos, no sentido de se poder ter um melhor entendimento do tópico a analisar, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados da pesquisa, assim como para as reflexões que estão relacionadas com estudos futuros.

No entanto, este tipo de revisão não possui uma metodologia capaz de responder quantitativamente a determinadas questões, por não viabilizar procedimentos quantitativamente a determinadas questões, por não viabilizar procedimentos ou critérios usados na avaliação e seleção dos

trabalhos. É assim, uma revisão qualitativa que fornece sínteses narrativas, compreensivas de informação publicada anteriormente (Vilelas, 2020).

De forma a proceder à análise do conhecimento científico mais atual sobre o tema, foi utilizada a mnemónica PCC, Problema, Conceito e Contexto, para a formulação da questão de investigação e a definição de critérios de exclusão e inclusão de estudos primários, com efeitos na constituição da população alvo. A estratégia PCC é uma mnemónica que ajuda na identificação dos tópicos chave (Sanches et al., 2018).

Partindo dos pressupostos teóricos formulou-se a seguinte questão: Quais são as intervenções dirigidas a enfermeiros de saúde escolar na área da DM1? Em que **P** diz respeito enfermeiros, **C** está relacionado pela intervenção e pela DM1 e, por fim o **C** é o contexto escolar.

Após a realização da questão de investigação, definiram-se como critérios de inclusão: estudos de acesso aberto, estudos centrados na temática da DM1, estudos cujos participantes sejam enfermeiros (as), estudos científicos de natureza quantitativa ou qualitativa, estudo publicados no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022. Por outro lado, os critérios de exclusão são os estudos sem carácter científico ou com uma metodologia pouco clara e, estudos que em outras línguas que não o inglês, português ou espanhol.

Utilizando a plataforma EBSCOhost, a pesquisa decorreu em Leiria a 10 de janeiro de 2023 pelas 17h04, com um friso cronológico de 11 anos, de janeiro de 2011 a dezembro de 2022, usando a bases de dados: CINAHL complete e a MEDLINE complete. Após a triagem, a primeira seleção dos artigos foi feita pela leitura do título seguida da análise dos resumos e na íntegra, sendo excluídos aqueles que não apresentavam relação com a temática.

De acordo com o cruzamento dos descritores, abaixo mencionados na tabela 12, e usando a hierarquia Nursing Intervention, Diabetes Mellitus type 1 e School Health, foram obtidos 2 artigos, que após a leitura dos títulos e resumos de ambos e aplicando os critérios de inclusão/exclusão, obtemos 1 artigo que se enquadrava nos critérios de inclusão. No que diz respeito aos operadores booleanos foram utilizados os descritores MeSH terms com o operador AND.

Tabela 12- Descritores

Descritor	Nº de artigos encontrados
<i>Nursing intervention</i>	25,362
<i>Diabetes Mellitus Type 1</i>	113,573
<i>School Health</i>	51,604
<i>Nursing intervention + Diabetes Mellitus Type 1 + School Health</i>	2

Complementando o conhecimento científico das bases de dados pela temática em evidência, considera-se importante o recurso a outras publicações, entendido como “Literatura cinzenta” que se caracteriza por ser um conjunto de publicações, que pelo seu carácter efémero, passam quer ao circuito dos documentos oficiais, quer ao da comercialização que leva a que sejam de difícil localização, nesta categoria podemos incluir dissertações de mestrado, relatórios de estágio, entre outros (Universidade de Lisboa, s.d.).

Para síntese e análise do material foram realizados os seguintes procedimentos: leitura formativa ou exploratória, que constitui na leitura do material para saber do que se tratavam os artigos, leitura seletiva, que se preocupou com a descrição e seleção do material quanto à sua relevância para o estudo; leitura crítica e reflexiva que buscou por meio dos dados a construção dos resultados encontrados (Minayo, 2007).

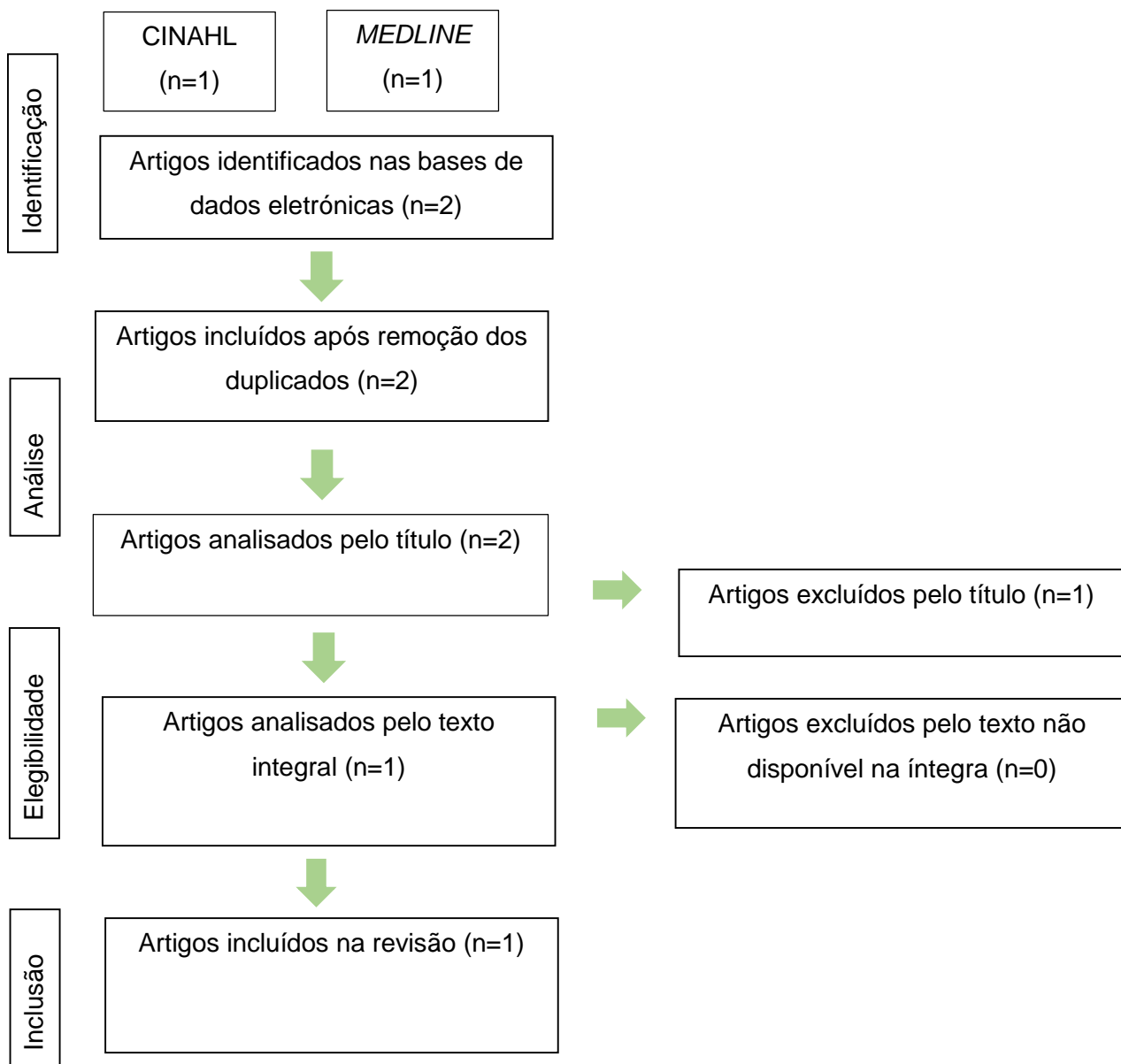
No que diz respeito às palavras-chaves e descritores, as mesmas estão descritas no quadro 3 abaixo mencionado:

Quadro 3- *Palavras chave, key-words e MeSH terms*

Palavras-chave	Key-words	MeSH Terms
Intervenções de Enfermagem	<i>Nursing Interventions</i>	<i>Nursing Interventions</i>
Diabetes Tipo 1	<i>Diabetes Type 1</i>	<i>Diabetes Type 1</i>
<i>School health</i>	<i>School Health</i>	<i>School Health</i>

Desta forma, a procura nas bases de dados e o processo de inclusão dos artigos encontrados apresentam-se ilustrados na figura 8, segundo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flow diagram* (Moher, Liberatin, Tetzlaff & Altman, 2009).

Figura 7- Prisma



Uma abordagem organizada é fundamental para analisar os estudos e, desta forma este será de carácter descritivo, pontuando as questões relevantes sobre o tem categorizado e resumizando os resultados.

5.3. RESULTADOS

A pesquisa de estudos foi dificultada pela existência de apenas um artigo presente na plataforma *EBSCOhost* que fosse adequada à nossa pesquisa. Evidenciando assim, a pouca literatura existente sobre a temática, o que implica futuramente se investir na área.

A relação do estudo de relevância para a temática será discutida com os documentos enunciados pela literatura cinzenta, dando ênfase ao tema.

Foi elaborada uma ficha de leitura onde o mesmo é apresentado com base nos seguintes parâmetros: título, idioma, base de dados, autor e filiação, palavras-chave, objetivo, país de publicação e ano (Quadro 4).

Quadro 4- Identificação do artigo científico

Título	<i>Diabetes Management at School: Application of the Healthy Learner Model</i>
Idioma	Inglês
Base de dados	CINAHL Complete
Autor e Filiação	Nichole Bobo, RN, MSN, Tara Kaup, RN, MSN, LSN, CDE, A-EC, Patricia McCarty, RN BSN, NCSN & Jessie Parker Carlson, MSW, LISW
Palavras-chave	Doenças crónicas, diabetes, melhores práticas/diretrizes, gestão de caso, mentoria, desenvolvimento/avaliação do programa, prática baseada em evidência, papel de promoção/desenvolvimento .
Objetivo	Aplicar o <i>Healthy Learner Model</i> e perceber o impacte da sua aplicação
População alvo	Enfermeiros escolares e enfermeiros de recursos da DM
País de publicação	Estados Unidos da América
Ano	2011

De acordo com Souza et al. (2010), nas revisões integrativas da literatura a experiência clínica do pesquisador irá contribuir na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação da sua utilidade na prática. A prática baseada na evidência focaliza-se nos sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica. Para ajudar na escola da melhor evidência possível pode propor-se uma hierarquia das evidências segundo o delineamento da pesquisa, sendo um dos itens a serem analisados nesta fase. Desta forma, o artigo acima referido enquadra-se no nível 4: “evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa.

Entre as evidências referentes ao público-alvo do modelo, verificámos que se distinguem dois grupos diferentes: os enfermeiros escolares e os enfermeiros de recursos.

Reportando-nos à pergunta de investigação, “Quais são as intervenções de enfermagem dirigidas a enfermeiros de saúde escolar na área da DM1?”, de acordo com o artigo abordado as

intervenções são as seguintes: promover atividades de deteção de casos para identificar alunos em condições crónicas, que de outra forma poderiam passar despercebidos; gestão dos casos de alunos com dificuldades financeiras e sem seguro ou de famílias em risco; desenvolvimento de planos individuais de saúde e de emergência para os alunos; delegação de cuidados a agentes educativos não licenciados com base num planeamento e monitorização de cada aluno; participação em atividades de educação especial, incluindo avaliação, planeamento e prestação de serviços de enfermagem; elaboração de documentação para serviços de saúde com relevo para o reembolso financeiro em cuidados prestados aos alunos com dificuldades monetárias; envolver os pais/cuidadores dos alunos com doenças crónicas nas decisões que afetam a sua atividade na escola; criar mecanismos passíveis para troca de informações pertinente à doença crónica do aluno.

5.4. DISCUSSÃO

Constatamos que o apoio facultado pela rede de apoio à criança em contexto escolar é determinante, principalmente no que diz respeito a questões relacionadas com a saúde e a vivência saudável de processos de doença, não obstante, estes sistemas de apoio também podem necessitar de intervenção, nomeadamente nos cuidados de enfermagem, com o objetivo da sua capacitação.

As necessidades de cuidados de saúde de crianças e jovens com DM1 incluem uma atenção especial diária à própria doença bem como à resolução de possíveis situações de emergência. E, para aumentar a independência e autonomia das crianças/jovens, a comunicação entre os prestadores de cuidados e enfermeiros da saúde escolar é essencial. A família apresenta-se como um elo fundamental na ligação da criança/jovem à comunidade escolar (Bobo et al., 2011).

Para a formação dos docentes e não docentes, é necessário que os enfermeiros da SE detenham uma formação avançada, para responder às necessidades dos mesmos que, posteriormente, intervém com os alunos em situações do quotidiano da sua permanência na escola relativamente à DM1 ou, em situações mais urgentes. Como tal, necessitam de ser treinados para possíveis intervenções aos alunos.

Como tal, foi pertinente apresentar um estudo, referido por Bobo et al. (2011), que nos faz alusão à existência de um programa nos Estados Unidos da América, que tem como finalidade capacitar os enfermeiros de saúde escolar para que estes sejam capazes de auxiliar os alunos e de se envolverem com a sua doença.

De acordo com os mesmos autores, é feita a referência a um modelo, o *Healthy Learner Model*, que forneceu uma estrutura para eliminar a abordagem atual de coordenação/gestão no que diz respeito à DM1 nas escolas, substituindo-a por uma abordagem consistente e baseada em evidências.

O estudo refere que uma enfermeira de recursos da DM forneceu apoio a outra enfermeira escolar para que esta pudesse articular da melhor maneira a comunidade, a escola e a família das crianças. Sendo que a Associação Nacional de Enfermagem, foi financiada por um acordo cooperativo do Centro de controlo e prevenção de doenças, aplicando o programa em cinco locais distintos. O programa denomina-se de MAP, *Managing and preventing diabetes and weight gain*. Sabendo que o modelo *Healthy Learner Model* serviu de estrutura ao programa MAP, o modelo descrito neste artigo foi apenas em dois locais, não tendo desta forma o resultado dos outros três locais. O modelo foi utilizado para melhorar a capacidade dos enfermeiros escolares em adquirirem novas competências e cuidados mais eficazes aos alunos com DM1.

Os dados atuais do estudo *SEARCH (SEARCH for diabetes in youth study group)*, mostram uma tendência de aumento de estudantes recém-diagnosticados com DM1 entre os 0 e os 4 anos, o que implica que a comunidade escolar esteja preparada para receber alunos com este tipo de doenças crónicas (Bobo et al., 2011).

É referido também que durante a implementação do programa MAP, os enfermeiros escolares de um dos locais de estudo, receberam uma média de 2,9 visitas diárias de alunos do ensino básico com DM1. Fazendo referência às intervenções diárias que a criança/jovem deve fazer, nomeadamente, contagem de hidratos de carbono, administrar insulina, controlo da glicémia, sabemos que existe uma probabilidade de a qualquer momento o aluno poder ter uma hipoglicémia e necessidade de administração do glucagon (Bobo et al., 2011).

Desta forma, é imperativo que face à necessidade identificada, existam sessões de formação para os professores e auxiliares, onde seja explicada a administração do glucagon numa situação de hipoglicémia severa; uma presença mais continuada dos enfermeiros de SE nas comunidades escolares, e uma melhor articulação entre a escola e a família dos alunos.

Na mesma linha raciocínio, o PNSE (2015) indica que na comunidade escolar devam existir condições favoráveis à aprendizagem de todas as crianças/jovens, apoiando as mesmas em casos de necessidades de saúde especiais, como é o caso da DM1. Um bom ambiente físico e social promove o equilíbrio e o bem-estar.

De acordo com o PNSE (2015), a educação e a saúde, em articulação com a família, devem identificar as necessidades especiais de cada criança/jovem e sinaliza-la de forma a proporcionar-lhe apoio continuado e promovendo articulação entre todos os intervenientes no processo de aprendizagem, prevenindo precocemente os fenómenos de estigmatização ou mesmo de exclusão.

A importância da identificação dos sinais e sintomas da hipoglicémia é importante para atuar atempadamente evitando situações de risco para as crianças/jovens, no entanto, nem sempre é possível atuar eficazmente pelos mais variados motivos, mas nestas situações é fundamental que a equipa escolar atue administrando o glucagon.

Bobo et al. (2011) elucidam-nos acerca da importância das competências de enfermagem, na importância da elaboração de um plano individualizado de controlo da DM1 do respetivo aluno, incluindo as unidades de insulina, a contagem dos hidratos de carbono, as variáveis que podem afetar o controlo da glicose no sangue e, se for portador, explicar o modo de funcionamento das bombas de insulina. Torna-se parecido ao PSI que temos preconizado na Orientação 006/2016 pela DGS, em Portugal.

O grande propósito do programa MAP é atender às necessidades dos enfermeiros que trabalhem em contexto escolar no tratamento e atuação na DM1.

A crescente prevalência de doenças crónicas (Bobo et al., 2011), levou a comunidade médica a reconhecer a necessidade de uma abordagem ao atendimento destas doenças. Assim sendo, surge o *Healthy Learner Model*, sendo proposto como um modelo abrangente de cuidados a doenças crónicas no sentido de orientar serviços de saúde em articulação com as escolas para crianças/jovens com algum tipo de doença crónica.

Este modelo inclui sete elementos chave: a liderança, prática baseada na evidência, capacitação, enfermeiros de recursos para doenças crónicas, aluno saudável, parcerias com a família e parcerias com prestadores de cuidados de saúde. Uma vez que o programa MAP adota a estrutura deste modelo, os elementos descritos acima fazem também parte do programa que foi projetado para fornecer conhecimentos aprofundados, habilidades e competências aos enfermeiros escolares.

No que diz respeito à liderança, esta é uma chave fundamental na implementação e manutenção do programa MAP. Foram realizadas entrevistas por telefone, com os administradores de enfermagem em três momentos diferentes durante o programa e forneceram informações sobre a implementação e impacto do programa na perspetiva do enfermeiro líder.

Relativamente à prática baseada na evidência, foram realizadas pesquisas *online* com os enfermeiros escolares que participaram no programa, quatro vezes durante o programa de 5 anos (maio de 2007, janeiro de 2008, outubro de 2008 e abril de 2009). As taxas de respostas num dos locais, chamemos-lhe local A foi de 77% para 100% (n=20 para n=29). Por outro lado, no que diz respeito ao local B, a taxa de resposta dos enfermeiros começou em 33% e aumentou cada ano (n=12 para n=66). Tanto para o local A como o local B, mais de 90% dos enfermeiros que responderam às pesquisas indicaram que o conhecimento e as habilidades foram aprimorados como resultado da aquisição de competências que receberam levando a uma mudança na prática (Bobo et al., 2011).

No estudo em questão é apresentada uma tabela com os locais (A e B), os meses e anos e as afirmações que são enviadas aos enfermeiros: o meu conhecimento sobre a gestão da diabetes dos alunos aumentou como resultado das formações que recebi?; as minhas competências em lidar com alunos com diabetes são mais adequadas como resultado das formações que recebi?; a minha

prática como enfermeiro mudou como resultado do que aprendi nas formações?; utilizo os formulários da gestão da diabetes para gerir os cuidados dos alunos com diabetes?; os formulários de controlo da diabetes melhoraram a minha capacidade de gerir o cuidado dos alunos com diabetes?. Ao longo dos anos, a percentagem foi aumentando, e em abril de 2009 em quase todas as questões a percentagem de respostas aproximou-se de 100%.

Relativamente à “construção” da capacitação, começou com uma formação, de 8 horas, de capacitação e aprendizagem de novas capacidades e competências para intervir em alunos com DM1. Todos os enfermeiros escolares dos locais A e B foram convidados a participar na formação, no entanto os enfermeiros que ingressam no programa deviam participar na formação.

No mesmo estudo, outro dos elementos chave referidos são os enfermeiros de recursos para as doenças crónicas que são vistos como elos fundamentais do programa MAP, sendo referidos pelos enfermeiros escolares como imprescindíveis para a aquisição de novas práticas e adequação das que já existem. Fazendo referência ao aluno saudável, como elemento também referido como chave, pois quanto mais formação os enfermeiros escolares possuírem melhores cuidados serão prestados aos alunos, obtendo-se ganhos em saúde. Por fim, as parcerias com os familiares e os prestadores de cuidados são, igualmente, importantes pois os enfermeiros de recursos dão formação aos enfermeiros escolares que por sua vez, são o elo de ligação da comunidade escolar, com os alunos e as suas famílias.

O objetivo desta ligação será, de acordo com o mesmo estudo, que os enfermeiros escolares tornem clara a linha de comunicação entre as famílias e os mesmos, mostrando-se disponíveis para quaisquer dúvidas ou preocupações.

É de salientar, que para avaliação do conhecimento e implementação das técnicas que tinham aprendido na formação dos enfermeiros escolares e de recurso, foi realizado um questionário às famílias dos alunos com DM1. Este questionário era o seguinte: recebeu apoio do enfermeiro escolar na gestão da diabetes durante o último semestre?; que tipo de apoio recebeu dos enfermeiros de recursos (estavam redigidas algumas afirmações). Constatou-se que a maioria das famílias de ambos os locais, achavam que as necessidades dos educandos estavam a ser cumpridas, assim como o apoio que lhes era fornecido.

Concluímos deste estudo que, o programa MAP apoiou o desenvolvimento do papel do enfermeiro especializado na diabetes, que por sua vez, formou o enfermeiro escolar através do *Healthy Learner Model*. Os enfermeiros escolares sentiram que as famílias dos alunos sentiam mais confiança neles para cuidarem das crianças/jovens com DM1 devido à formação especializada que obtiveram. Ainda é importante referir que os enfermeiros escolares, alunos com DM1 e famílias são beneficiadas com este programa, uma vez que os profissionais que participam na formação relatam uma ligação direta

entre o aumento da satisfação no trabalho e a confiança ao adquirir mais conhecimentos e competências para fazer uma boa gestão da diabetes na comunidade escolar (Bobo et al., 2011).

Todas as crianças/jovens devem sentir-se seguras na comunidade escolar, sendo diminuído o impacto da doença no seu quotidiano.

Neste sentido, a problemática aponta a existência de vários problemas: de integração das crianças com DM1 em contexto escolar; de desconhecimento e falta de cooperação dos professores e assistentes operacionais; abuso verbal e ridicularização por parte dos colegas; os professores e assistentes operacionais sentem-se incapazes de intervir e inseguros no que diz respeito à doença.

É assim importante que a DM1 de uma criança/jovem seja gerida de forma eficaz em ambientes educacionais, a fim de garantir o controlo da glicémia, prevenindo complicações, como é o caso da hipoglicémia.

Assim, apresentam-se de seguida as conclusões da discussão dos estudos apresentados inicialmente para uma melhor compreensão da importância da temática estudada.

5.5. CONCLUSÃO

A intervenção do enfermeiro no cuidado à comunidade, com conseqüente transmissão de conhecimentos, relação terapêutica de ajuda e trabalho em equipa, centra-se na comunicação. Neste processo partilham-se informações que são capazes de influenciar indivíduos e comunidades na promoção da saúde e prevenção da doença (Machado et al., 2022).

A literatura apresentada, sendo escassa, permite-nos concluir que ainda existe muito trabalho a ser feito na área, futuramente, implicando melhores condições para a adaptação destes alunos com DM1 em contexto de escola.

Entendendo a intervenção na DM1 como uma necessidade real e expressa pela comunidade, é fundamental capacitar os enfermeiros de SE para que intervenham nas capacidades e habilidades dos docentes e não docentes no apoio à gestão da diabetes em contexto escolar: monitorização da glicémia, administração do glucagon, administração de insulina e atuação em casos de emergência.

As crianças e jovens adquirem progressivamente autonomia na gestão da diabetes e não devem ter qualquer impedimento na participação em atividades escolares, devendo ter uma integração completa na vida normal da escola.

Assim, de acordo com a literatura apresentada, os enfermeiros da SE devem capacitar os docentes e não docentes a estarem atentos à complexidade da doença que é a DM1. Devem entender que estes alunos devem comer regularmente durante o dia, ainda que durante as aulas, caso haja necessidade ou, antes e logo após ao exercício físico. É necessário que os funcionários das cantinas da escola tenham em atenção às filas da hora de almoço, dando prioridade ao aluno com

DM1 com o intuito de não estar mais horas sem se alimentar. Se, necessário a escola pode ter um local apropriado para que o aluno administre insulina, respeitando a sua privacidade e individualidade.

Entendemos que, é igualmente importante que os professores devam ser capazes de identificar os sinais de hipoglicémia moderados a severos, intervindo sempre que necessário.

Todo este processo da capacitação dos docentes e não docentes só é possível se os enfermeiros da SE participarem na formação avançada que lhes é destinada, dessa forma a literatura apontar para o Projeto DARE+, desenvolvido no ACES PL e o *Healthy Learner Model*, nos Estados Unidos da América, permitindo o desenvolvimento de novas competências e capacidades destes enfermeiros na gestão da diabetes em contexto escolar.

Assim, professores e auxiliares capacitados e despertos para a problemática, promovem a integração do aluno na comunidade escolar, desconstruindo alguns hábitos, como o aluno não poder comer em sala de aula. A intervenção do enfermeiro de SE na escola, auxilia no esclarecimento de dúvidas e no reforço de algumas ideias chave na compreensão da doença, como por exemplo os professores e auxiliares detetarem atempadamente o início de uma hipoglicémia e atuar rápida e eficazmente prevenindo complicações.

Muitas vezes, a maioria dos alunos, se forem mais novos, não conseguem atingir as metas do controlo da glicémia que são alvos importantes para ajudar a evitar complicações relacionadas com a diabetes. Para todas as crianças e jovens, o ambiente escolar é um componente crítico na sua rotina diária e é um ambiente no qual passam grande parte do tempo durante o ano letivo. Consequentemente, a gestão eficaz da diabetes na comunidade escolar promove o seu bom controlo.

Apesar da importância do ambiente escolar nas crianças e jovens com DM1, há uma surpreendentemente escassez de pesquisas como foi possível constatar anteriormente com foco nesta problemática. Percebe-se assim, que ainda existem muitas barreiras e desafios para as crianças com essa condição em ambiente escolar.

Futuramente o que se pretende é a existência de mais pesquisas na área da problemática apresentada, onde se reflita sobre a importância do treinamento contínuo e individualizado da equipa escolar, incluindo também os enfermeiros da SE, pois também estes necessitam de mais formações na área e atualização de conhecimentos; um plano descritivo para o tratamento da diabetes no contexto escolar desenvolvido pelo profissional de saúde, podemos fazer referência à existência de um PSI para cada aluno com necessidades educativas especiais, nomeadamente a DM1.

Uma área de desafio contínuo dentro do ambiente escolar é a recomendação de treinar outros profissionais a atuar em situações de emergência. Embora as organizações apontem para que exista um enfermeiro responsável por uma escola, podendo ser denominado como interlocutor de saúde, conceito definido anteriormente, a maioria também defende que os funcionários da escola também devem ser capacitados pelos enfermeiros de SE para conduzir ao supervisionamento de tarefas relacionadas com a diabetes.

Por fim, na aquisição de competências por parte dos enfermeiros de SE nas formações avançadas e, posteriormente na capacitação dos docentes e não docentes, comunicar entre todos assertivamente assegura eficácia e eficiência na transmissão da informação. A falta desta assertividade pode gerar conflitos e perda primordial de informação, podendo colocar em causa o processo de cuidados. Comunicar assertivamente implica a responsabilidade pelas ações tomadas, o respeito pelas opções e pontos de vista dos restantes, clareza no uso das palavras e saber escutar (Machado et al., 2022).

5.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

A continuidade das formações avançadas para os enfermeiros de SE promovem segurança aos professores e auxiliares na gestão da diabetes das crianças e jovens em contexto escolar, que consequentemente dão confiança aos alunos ao saberem atuar em situações de emergência. A comunicação regular dos enfermeiros de SE com os docentes e não docentes sobre a gestão da diabetes é vista como algo benéfico entre ambos.

Melhorar a saúde e a qualidade de vida, mais do que capacitar as pessoas e as comunidades para agir, implica reconhecer as suas competências e potencialidades e facilitar as suas escolhas.

A inovação tecnológica fez emergir uma nova sociedade do conhecimento. O aumento da longevidade da população conduziu à necessidade de promover dinâmicas de aproximação nas relações intergeracionais.

O fortalecimento da colaboração geral entre a equipa escolar e os profissionais de saúde mostram benefícios imediatos na forma como as crianças/jovens vêm a escola e a sua integração, sentindo-se seguros e com profissionais que têm conhecimentos aprofundados acerca da sua situação.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

O presente relatório de Mestrado possibilitou expor toda a jornada de desenvolvimento de atividades e competências fomentando uma retrospectiva de carácter essencialmente crítico e reflexivo acerca da importância da implementação de projetos ou programas alicerçados na temática da DM1 em contexto escolar.

A avaliação destes projetos e programas em enfermagem permitem o processo de melhoria contínua no que diz respeito à qualidade dos cuidados, favorecendo assim futuras tomadas de decisão devidamente fundamentadas e mais seguras por parte dos EESCSP.

O aumento de crianças e jovens com DM1 é notável não só na Europa, mas em todo o mundo como se mostrou anteriormente, tornando-a numa das doenças crónicas que se torna mais frequente na infância. As crianças e os jovens necessitam de injeções de insulina diárias, de uma regularização contínua da glicose capilar e a manutenção de estilos de vida saudáveis, de maneira que permitam uma maior qualidade de vida, assim como evitar o aparecimento de hipoglicémias graves ou severas que possam originar complicações crónicas com impacte no desenvolvimento cognitivo das mesmas.

A comunidade escolar é o local onde as crianças/jovens estão grande parte do seu tempo diário, e, por isso, assume um papel importante na sua integração e torna-se responsável pelo seu bem-estar, pois todos os alunos têm o direito à saúde e à educação devendo ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a sua saúde (PNSE, 2015). O que significa que os docentes e não docentes devem estar alertados para reconhecerem e identificarem situações de cuidados especiais e de situações adversas em crianças com necessidades educativas especiais, como acontece com os alunos com DM1. Assim, para que os agentes educativos possam reconhecer esses sinais de alerta é necessário que os Enfermeiros de SE sejam identificados e capacitados, através da formação avançada, para que possam instruir os professores e auxiliares de educação a agirem em conformidade quando são identificados sinais ou sintomas de alerta num aluno com DM1.

Neste contexto, ao EESCSP incumbe-se um papel de grande importância, pois define-se por ser um profissional de saúde de excelência, detentor de competências, em que lhe é possível assegurar as necessidades das comunidades/indivíduos ao mais alto nível, partindo de uma avaliação multicausal dos problemas predominantes ao nível da saúde.

Partindo do diagnóstico realizado no primeiro estágio, na USP PL, foram identificadas as necessidades dos Enfermeiros de SE: ausência de formação no projeto DARE+, desta forma foram planeadas intervenções de enfermagem específicas tendo em conta os diagnósticos de enfermagem baseados no modelo sistémico de Betty Neuman e, suportadas pela melhor

evidência científica através da revisão da literatura inicial no ponto 4 e, na revisão integrativa da literatura apresentada no ponto 5 deste relatório.

A revisão integrativa da literatura é um método que permite a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados dos estudos que são significativos para a prática, constituindo assim um instrumento da prática baseada na evidência, que se caracteriza por uma abordagem que faz alusão aos cuidados clínicos e ao ensino fundamentado no conhecimento e ainda na qualidade da evidência (Néné & Siqueira, 2022).

Foi mobilizado o modelo sistémico de Betty Neuman por se revelar ser um modelo de grande utilidade em intervenção comunitária, pois avalia a pessoa, comunidade ou grupo com uma visão holística que está constantemente em interação com o ambiente que a rodeia, sendo facilmente perturbado e desequilibrado por *stressores* (Neuman, 1995).

Continuando a linha de raciocínio, a formação dos Enfermeiros de SE foi entendida como uma prioridade, pois a falta de formação condiciona o desempenho dos mesmos junto da comunidade escolar. E, os enfermeiros são os profissionais de saúde com mais habilidades e competências diferenciadas para promover a saúde no meio escolar, pois potencializam capacidades de cooperação e de comunicação.

Através da metodologia do PS foi elaborado o diagnóstico de situação partindo da necessidade de formação dos profissionais através do ACES PL, em que foram identificados os Enfermeiros de SE que pretendiam realizar a formação avançada do projeto DARE+, no entanto apenas 15 se inscreveram na formação. Estas questões estão forçosamente ligadas à carência de recursos humanos nas respetivas unidades, USP PL e UCC's. Uma vez que, para que o rácio seja mais ou menos mantido, não se podem deslocar todos os enfermeiros à formação, pois é necessário que os restantes permaneçam nas unidades para dar resposta à carteira básica de serviços.

Destaca-se que através do Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde (2017), foi realizada a priorização dos problemas do ACES PL, em que a DM e obesidade apresentam-se em segundo lugar na matriz de priorização, logo intervir nesta área seria prioritário. Aliando a necessidade de intervenção nos Enfermeiros das equipas de SE já identificadas com a DM1, surge a importância de integrar um projeto já existente, o Projeto *DARE+:apoio pelos responsáveis escolares*.

A partir das estratégias delineadas, a intervenção à comunidade ocorreu nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2022 com o intuito de formar os enfermeiros de SE na aplicação do projeto DARE+ na comunidade escolar.

Após se ter definido as prioridades, selecionado as estratégias e objetivos, seguiu-se a avaliação que nos permitiu determinar tudo aquilo que foi proposto inicialmente tendo em consideração os objetivos delineados numa fase anterior. Desta forma, permitiu-se afirmar que ao longo dos dias da formação avançada se melhorou os conhecimentos dos Enfermeiros de SE, independentemente da sua idade. A avaliação foi realizada com base na plataforma de *software* estatístico IBM® SPSS *STATISTICS*, em que se extraíram tabelas para se concluir acerca da importância da intervenção planeada.

Concluiu-se que os conhecimentos que os Enfermeiros de SE obtiveram durante os três dias de formação foram benéficos para a sua prática clínica diária, enquanto alocados à SE das suas UF.

No que se refere às limitações e constrangimentos em relação à inscrição na formação avançada está relacionado com o facto de existir um número elevado de enfermeiros que atua na comunidade escolar sem a formação do projeto DARE+. A inscrição dos enfermeiros na mesma implica que o serviço nas UF fique assegurado na sua ausência, impedindo assim a deslocação de todos os enfermeiros de SE à formação. Pelo que, propõe-se como sugestão a existência de mais formações ao longo do ano.

Na formação propriamente dita, de acordo com os dados recolhidos aos Enfermeiros de SE após a mesma, solicitaram uniformemente a presença de um elemento do Ministério da Educação, na área da educação para a saúde; testemunhos de crianças/jovens/docentes/não docentes na formação; atualização da apresentação de diapositivos que os enfermeiros apresentam nas escolas; operacionalização do projeto DARE+ em todo o ACES PL.

Evidencia-se o desempenho pessoal como estudante e como profissional de saúde, que conhecedora das responsabilidades atuais e futuras, bem como dos conhecimentos e competências, foi mobilizada toda a dedicação e esforço para atingir as metas e objetivos definidos.

De salientar que todo o percurso desenvolvido e adquirido só foi exequível pelo excelente apoio das enfermeiras orientadoras e das professoras doutoras supervisora e co-orientadora.

O projeto fica, assim, sob a responsabilidade da USP PL, que irá dar continuidade ao mesmo e avaliar o impacto a longo prazo das intervenções dos enfermeiros de SE na comunidade escolar.

No presente relatório apresentou-se a reflexão e análise acerca das competências adquiridas ao longo de todo o processo, de forma fundamentada, fazendo-se clara a distinção entre as

competências comuns do EE e competências específicas do EESCSP, referindo de que forma foram desenvolvidas.

No decurso da elaboração do relatório demonstrou-se capacidade de integrar os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares lecionadas no primeiro ano do presente mestrado, atuando em conformidade com as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Fazendo alusão a tudo o que foi desenvolvido e adquirido, considera-se que o projeto é extremamente enriquecedor, do ponto de vista do conhecimento, pois a DM é uma doença complexa fazendo assim, desse percurso um amplo caminho de dedicação e aprendizagem.

Comprovou-se assim, que a formação dos Enfermeiros de SE é uma necessidade real e sentida quer pelos profissionais, quer pelos agentes educativos, sendo fulcral para se garantir uma resposta adequada às necessidades das crianças e jovens em contexto escolar, concedendo-lhes assim uma vivência e adaptação saudável no seu contexto com o menor impacte possível no seu desempenho.

Ambos os campos de estágio revelaram-se como uma elevada vantagem pelo enriquecimento de partilha e de experiência que se destacou pela forma como contribuiu para desenvolvimento da mestranda não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa. Através da aquisição de competências específicas, as atividades/ações efetuadas permitiram o aprofundamento de outras que estão relacionadas com a capacidade de análise, reflexão, planeamento, comunicação e, trabalho em equipa.

Desta forma, conclui-se que a integração no projeto DARE+ foi um contributo de maior valor, pois formam-se os enfermeiros de SE que atuam com crianças e jovens com DM1 em contexto escolar que por sua vez, auxiliam os docentes e não docentes na integração do aluno com a doença permitindo-lhes identificar sinais de alerta e intervir atempadamente.

As aprendizagens constantes ao longo deste caminho irão contribuir de maneira significativa na qualidade do desempenho profissional, uma vez que, as competências adquiridas são mobilizadoras de novos saberes e motivadoras de processos diversificados e melhorados.

Por isso, o enfermeiro deve ser visto como um arquiteto de escolha, capaz de ajudar o indivíduo/comunidade a escolher a melhor opção para si tendo em conta os seus interesses individuais. Para isso, a utilização de *nudge* (estímulos) com o objetivo de alterar o comportamento dos indivíduos/comunidades de maneira calculável, sem proibir nenhuma escolha ou alterar os seus incentivos é uma estratégia a ser utilizada (Thaler & Sustain, 2018).

O EE deverá aumentar o empoderamento comunitário, de modo a incutir na comunidade alterações de comportamento, fornecendo lhes informações, recomendações e alternativas/escolhas possíveis; orientado para a melhoria da sua saúde e ao mesmo tempo que proporciona liberdade de escolha, aumentando assim a sua literacia. A arquitetura de escolha e as técnicas *nudge* podem ser ferramentas importantes na promoção da saúde no contexto da relação terapêutica entre o Enfermeiro e o seu cliente.

A arquitetura de escolha pode constituir-se como um bom elemento concetual de suporte à prática clínica e em saúde pública, não esquecendo os princípios éticos e os direitos cívicos fundamentais.

Assim o EE, de acordo com as suas competências definidas e a utilização de *nudge*, devem capacitar os indivíduos/comunidades de forma mais aprofundada de maneira que a relação Enfermeiro-cliente seja mais vantajosa na aquisição de novos comportamentos ou promovendo adesão a novos estilos de vida, beneficiando sempre a comunidade/cliente (Thaler & Sustein, 2018).

Por todo o descrito, entende-se que se desenvolveu um crescimento pessoal e profissional, espelhado neste documento, adquirindo novos alicerces e criando ramificações em diversas áreas do saber com o intuito de se atender às necessidades de uma comunidade/grupo, não apenas numa perspetiva de reforço das linhas de defesa do grupo populacional, mas também na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados e na dignificação da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro (2022). *Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde*. <http://portal.arscentro.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSCentro/SIARS>;
- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: a practical approach*. 5º edição. St. Louis, MO: Elsevier Saunders;
- Associação Bandeira Azul da Europa (2022). *Quem somos*. <https://ecoescolas.abae.pt/sobre/quem-somos/>;
- Associação Médica Mundial. (2013, outubro). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf;
- Associação Portuguesa de Celiacos. (2023). *A doença celíaca*. <https://www.celiacos.org.pt/o-que-e/>;
- Atkinson, M. A. (2012). The pathogenesis and natural history of type 1 diabetes. *Cold Spring Harbor Perspectives*, 2(11), 1-19. doi: 10.1101/cshperspect.a007641;
- Attalah, A., & Castro, A. (1998). *Evidências para melhores decisões clínicas*. São Paulo. Centro Cochrane Brasil;
- Balsa, A. M., Neves, C., Alves, M., Pereira, M., Carvalho, D. & Medina J. L. (2011). Terapêutica de Infusão Subcutânea Contínua de Insulina. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 147-156. <https://doi.org/10.20344/amp.1515>;
- Beddome, L. (1995). *Community-as-Client Assessment: A Neuman – Based Guided for Education and Practice*. In B. Neuman (ED). *The Neuman systems model*. Norwalk: Appleton e Lange;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto;
- Bobo, N., Kaup, T., Mc Carty, P. & Carlson Parker, J. (2011). Diabetes Management at School: Application of the Healthy Learner Model. *Journal Of School Nursing*, 27 (3), 171-184. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=b29215a5-7cb7-43cb-b6bf-01d24920b968%40redis>;
- Bobo, N., Wycoff, L., Patrick, K., White, C., Glass, S., Carlso, J., & Perreault, C. (2011). A Collaborative Approach to Diabetes Management: The Choice Made for Colorado Shools, *The Journal of School Nursing* 27(4), 269-287. 10.1177/1059840511408323;
- Braga, G & Silva, J. (2011). *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: látria;
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(1) ,91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>;
- Cunha, C., Henriques, M., Costa, A. (2020). A enfermagem de saúde pública: regulação e políticas públicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0550>;
- Conselho Técnico-Científico. (2018, junho). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>;
- Craig, J.; Smyth, R.(2004) . *Prática Baseada na Evidência- Manual para enfermeiros*. Loures. LUSOCIÊNCIA-Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- Decreto-lei no 161/1996 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I Série A, nº 205/96. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>;
- Decreto-lei no 104/1998 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I Série A, nº 93/ 98. <https://files.dre.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>;
- Decreto-lei no 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série A, nº109/2006. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>;
- Decreto-lei no 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, nº 38/2008. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>;
- Decreto-lei no 81/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I Série, nº 65/2009. <https://files.dre.pt/1s/2009/04/06500/0205802062.pdf>;
- Despacho no 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: II Série, nº 74/2009. <https://files.dre.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>;
- Decreto-lei no 137/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: I Série, nº193/2013. <https://files.dre.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>;

- Decreto-lei no 63/2016 da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Diário da República: I Série, nº 176/2016. <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>;
- Decreto-lei no 54/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I Série, nº129/2018. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>;
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes. Acedido a 17 nov. 2022. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes-pdf.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma número 002/2011. *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>;
- Direção-Geral da Saúde (2012, janeiro 18). Orientação nº003/2012. *Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direção-Geral da Saúde. https://manuefariasousa.pt/ficheiros/doc_7_89_95HIKXkJbH_Orientacao_n.%C2%BA_003-2012_.pdf;
- Direção-Geral da Saúde (2015, agosto 12). Norma nº 015/2015. *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>;
- Direção-Geral da Saúde (2016, novembro 23). Orientação nº006/2016. *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauide/orientacao_diabetes_dez2016_assinada.pdf;
- Direção-Geral da Saúde. (2017, agosto). *Modelo de Governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@*. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf;
- Direção-Geral da Saúde (2022^a, maio 31). Orientação nº004/2022 de 31 de maio de 2022 atualizada a 15 de setembro de 2022. *Abordagem de casos de infeção humana por vírus Monkeypox (VMPX)*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042022-de-31052022-pdf.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde (2022^b, julho 12). Norma nº006/2022 de 12 de julho de 2022 atualizada a 20 de setembro de 2022. *Vacinação contra infeção humana por vírus Monkeypox*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062022-de-12072022-pdf.aspx>;
- Erickson, C., Splett, P., Mullter, S. & Heiman, M. (2006). The Healthy Learner Model for Student Chronic Condition Management- Part I. *The Journal of School Nursing*, 22(6), 310-318. 10.1177/10598405060220060201
- Ferreira, D. (2014). *A importância da comunicação*. <https://pme.pt/a-importancia-da-comunicacao/>;
- Figueiredo, M.C. & Amendoeira, J. (2019). Promoção da Saúde em Enfermagem. Um ensaio: Do Modelo Salutogénico ao modelo de Sistemas. *Revista Servir*, 60(1), 6-13. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24486>;
- Fonseca, F., Pichel, F., Albuquerque, L., Afonso, M., Batista, N. & Tubal, V. (2015). *Manual de contagem de hidratos de carbono na Diabetes Mellitus para profissionais de saúde*. <https://www.spedp.pt/files/upload/paginas/manual-contagem-hc.pdf>;
- Fonseca, R., Carreira, H., Silva, P., Bento, C., Junqueira, G. & Cardoso, M. (2016, julho). *Plano de Ação 2016-2018 Unidade de Saúde Pública ACES Pinhal Litoral*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/O%20QUE%20OFERECEMOS/PAUSPACESPL2016-2018.pdf>;
- Fonseca, R., Santos, C., Santos, E., Coelho, P. & Gabriel, T. (2018-2020). *Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral – 2018-2020*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/QUEM%20SERVIMOS/PLS%20Pinhal%20Litoral%20rev%202019.pdf>;
- Fonseca, R., Santos, C., Ferreira, M., Junqueira, M. & Marques, J. (2019, julho). *Perfil de Saúde ACES Pinhal Litoral 2019. Relatório sobre o nível de saúde na área geodemográfica do ACES Pinhal Litoral*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/Perfil%20de%20Sa%C3%BAde%202019.pdf>;
- Fonseca, R., Santos, C., Ferreira, A. & Santos, M. A. (2021, setembro). *Perfil de Saúde ACES Pinhal Litoral 2021. Relatório sobre o nível de saúde na área geodemográfico do ACES Pinhal Litoral*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/PERFIL%20DE%20SAUDE%20-%20ACES%20PL%202021.pdf>;
- Fonseca, R.; Bartolomeu, A.; Valente, L.; Gabriel, T. & Jardim, B. (2022, outubro, 28). *Perfil Local de Saúde – ACES Pinhal Litoral 2022*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf;

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência;
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora;
- Green, A.; Patterson, C. C.; Eurodiab Study Group; Gyurus, E.; Dahlquist, G. G.; Soltész, G. (2009). Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *The Lancet*, 373. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60568-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60568-7);
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência;
- International Council of Nurses. (2019) *ICPN Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>;
- International Diabetes Federation. (2021). *Diabetes around the world in 2021*. <https://diabetesatlas.org/>;
- Imperatori, E.; Giraldes, Maria. (1986). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. 2ª edição, Lisboa: Edições de saúde;
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição: Lisboa: Obras Avulsas
- Kraus, T., Louro, C. & Afonso, C. (2022, outubro). *Planeamento do Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final*. https://ead.ipleiria.pt/2022-23/pluginfile.php/1237863/mod_resource/content/1/Plano%20Descritivo_Est%C3%A1gio%20II_ESCSP_Final.16set.pdf;
- Lei no 36/1998 da Assembleia da República. (1998). Diário da República: I Série A, nº69/98. <https://files.dre.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf>;
- Lei no 81/2009 da Assembleia da República. (2009). Diário da República: I Série, nº162(2009. <https://files.dre.pt/1s/2009/08/16200/0549105495.pdf>;
- Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde – Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidata,;
- Maahs, D. M.; Mayer-Davis, E. J.; Lawrence J. M.; West, N. A. (2010). Epidemiology of Type 1 Diabetes. *Endocrinol ,Metab Clin North Am*, 39(3), 481-497. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2010.05.011>;
- Marc, E. & Garcia-Locqueneux, J. (1995). *Guia de Métodos e Práticas em Formação*. 1ª edição. Lisboa: Horizontes Pedagógicos;
- March, C., Nanni, M., Kazmerski, T., Siminerio, L., Miller, E., & Libman, I. (2020). Modern diabetes devices in the school setting: Perspectives from school nurses. *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 21(5), 1-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7682111/>;
- Machado, D., Almeida, A. & Tavares, J. (2022). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 47-58. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.236>;
- Marks, A., Wilson, N., Blythe S. & Johnston, C. (2020). Australian Journal of Advanced Nursing. Diabetes care in the early primary setting: narratives of Australian mothers. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2(38), 52-64. <https://doi.org/10.37464/2020.382.299>;
- Melanie, M & Evely, W. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed;
- Meleis, A. & Dean, M. (2012). *Theoretical Nursing, Development and Progress – Fifth edition*. <https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&pg=PA307&lpg=PA307&dq=beddome+neuma+theory&source=bl&ots=akuTUq8Plo&sig=iUE68ulvAL6u63HznNidycyxrAI&hl=pt-PT&sa=X&ved=0%20ahUKEwjku8nOh97KAhUK0hoKHY03AD0Q6AEIITAA#v=onepage&q&f=false>;
- Melo, P. (2015). *As Unidades de Cuidados na Comunidade e o acesso à Enfermagem Especializada*. Universidade Católica de Lisboa. In *Jornal do Enfermeiro*. <http://www.jornalenfermeiro.pt/opiniao/item/494-pensar-os-recursos-humanos-em-saude-desafios-do-ensino.html>;
- Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV 19, 81-90. [file:///C:/Users/001769/Downloads/REF_dez2018_81to90_port.pdf%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/001769/Downloads/REF_dez2018_81to90_port.pdf%20(1).pdf);
- Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L.V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Telles de Freitas, C., Dimande, M. (2020) *Revista Rol Enferm (43)1*, 441-446. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29304/4/ARTIGO%20EAVEC_MELO%20ET%20AL%202020_RROLENF.pdf;

- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. LIDEL;
- Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>;
- Menino, E. (2013). *Gestão da Diabetes em contexto escolar* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa;
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec;
- Mother, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2009). The PRISMA Group preferred reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA statement. *PLOS Med*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>;
- Missouri Department of Health and Senior Services. (2015). *Role of Public Health Nurse*. <https://health.mo.gov/living/lpha/phnursing/phnroles.php>;
- National Association of School Nurses. (2016). *Framework for 21st century school nursing practice*. <https://www.nasn.org/nasn-resources/professional-practice-documents/position-statements/ps-role>;
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática*. LDEL;
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as suas Ferramentas de auxílio*. 1ª edição. Lisboa: Chiado Editora;
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stamford: Lance;
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª edição United States of America: Pearson;
- Ordem dos Enfermeiros (2015, agosto). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf;
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>;
- Pereira, M. (2017). *Promoção da Saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. [Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica de Lisboa <http://hdl.handle.net/10400.14/24199>;
- Pestana-Santos, M., Santos, M., Cabral, I., Sousa, P. & Lomba, M. (2020). Modelo de Neuman no cuidado de enfermagem perioperatório de adolescente com escoliose idiopática juvenil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020001703711>;
- Portugal, R., Nunes, A. & Andrade, C. (2017, janeiro). *Desenvolver os Planos Locais de Saúde, Reforçar o Plano Nacional de Saúde – Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>;
- Rocha, R. (2016). *A correlação entre a performance económico-financeira e a performance desportiva dos clubes de futebol: o caso dos três grandes em Portugal*. [Dissertação de Mestrado Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE Instituto Universitário de Lisboa. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/13513/1/Disserta%3%a7%3%a3o_A%20correla%3%a7%3%a3o%20entre%20a%20performance%20econ%3%b3micofinanceira%20e%20a%20performance%20desportiva%20dos%20clubes%20de%20futebol%20em%20Por~1.pdf;
- Rosa, M. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, 31(139), 1183-1198. <https://www.jstor.org/stable/41011247>;
- Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros – os enfermeiros como beneficiários dos cuidados. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. [Dissertação de Mestrado Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4721/1/tese%20mestrado.%20Marta%20Rosa.pdf>;
- Regulamento nº348/2015 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (2015). Diário da República: II Série, nº118/2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/118000000/1648116486.pdf>;
- Regulamento nº366/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. (20189). Diário da República: II Série, nº113/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>;
- Regulamento nº428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de

- Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). Diário da República: II Série, nº135/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>;
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República: II Série, nº26/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Regulamento nº743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República: II Série, nº184/2019. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>;
- Robertson, K., Riddell, M., Guinhouya, B., Peter, A. & Hanas, R. (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compensium- Exercice im Children and adolescents with diabetes. *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 15(20), 203-223. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pedi.12176>;
- Sanches, K., Rabi, E. & Teixeira, P. (2018). Cenário da publicação científica dos últimos 5 anos sobre cuidados paliativos em oncologia: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 52, 1-2. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017009103336>;
- Savage, T. (2017). Ethical Issues in School Nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 22(3), 1-11. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol22No03Man04>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. ACES Pinhal Litoral – Quem servimos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Pages/default.aspx>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023b). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. ACES Pinhal Litoral – Quem somos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Pages/default.aspx>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023c). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. USP Pinhal Litoral – Quem somos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/Pages/default.aspx>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023d). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. UCC Arnaldo Sampaio – Quem servimos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101051/Pages/default.aspx>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023e). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. UCC Arnaldo Sampaio – Quem somos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101051/Pages/default.aspx>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023f). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. USP Pinhal Litoral – Quem servimos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/Pages/default.aspx>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (s.d.). *Administração Regional de Saúde do Centro*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/cuidados-de-saude-hospitalares/>;
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016, dezembro). *Diabetes: Factos e Números- O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. <https://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>;
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019, dezembro). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019_Final.pdf;
- Silva, D. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Revista Millenium*, (26), 1-9. <http://hdl.handle.net/10400.19/624>;
- Silva, P. & Bogoni, J. (2015, agosto). *Introdução à estatística básica, Aula 4*. <http://www.liaaq.ccb.ufsc.br/files/2013/10/Aula-4.pdf>;
- Sordi M. & Bagnato, M. (1998). Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 83-88. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691998000200012>;
- Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein*, 8(1), 102-106. 10.1590/s1679-45082010rw1134;
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade entrados na população*. Loures: Lusociência;
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos;

- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição, Loures: Lusociência;
- Toro, A. (2001). *Enfermería baseada em la evidencia: Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada. Fundacion Index;
- Thaler, R. & Sunstein, C. (2018). *Nudge um pequeno empurrão. Como decidir melhor em questões de saúde, riqueza e felicidade*. Lua de papel;
- Trang, L. Maahsc, D. M., Rwersd, A., Dungere, D., Oduwolef, A. & Jone, T. W. (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium – Assessment and Management of Hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* 15(20). <https://doi.org/10.1111/pedi.12174>;
- Unidade de Cuidados na Comunidade (2020a, junho). *Carta de Qualidade*. Documentos Internos da UCC AS;
- Unidade de Cuidados na Comunidade (2020b, julho). *Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio*. Documentos internos da UCC AS;
- Universidade de Lisboa. (s.d.). *Literatura cinzenta*. <http://biblioteca.fa.ulisboa.pt/index.php/biblioteca-digital/literatura-cinzenta>;
- Vieira, M. (2008). *Amostragem*. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/2909/1/2009000495.pdf>;
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa. Edições Sílabo;
- Wandekoken, K. & Siqueira, M. (2013). Aplicação do modelo Neuman e diagnósticos de Nanda ao cuidado do usuário de crack. *Ciência y enfermaria* 19(2), 125-139. *Ciência y enfermaria*. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200012>;
- WHO Regional Office for Europe (2004). *Children's health and environment: Developing national action plans – Fourth*. <http://www.euro.who.int/document/E86888.pdf>;
- Zornig, S. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2), 453-470. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n2/v42n2a10.pdf>;

APÊNDICES

APÊNDICE I- PROJETO DE APRENDIZAGEM

Escola Superior de Saúde de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

I Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

PROJETO DE APRENDIZAGEM

Mafalda Mariana Correia Santos

Professora Supervisora: Teresa Kraus

Enfermeira Orientadora: Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade

Leiria, novembro de 2022

Escola Superior de Saúde de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

I Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

PROJETO DE APRENDIZAGEM

Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio

Trabalho elaborado por:

Mafalda Mariana Correia Santos nº5210160

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II

Professora Supervisora: Teresa Kraus

Enfermeira Orientadora: Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade

Leiria, novembro de 2022

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas mudam o mundo.”

Paulo Freire

LISTA DE SIGLAS, ACRONIMOS E ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AS- Arnaldo Sampaio

DM- Diabetes *Mellitus*

Dr.- Doutor

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EESCSP- Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

OE- Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PL- Pinhal Litoral

SE- Saúde Escolar

Sra.- Senhora

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UF- Unidades Funcionais

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	V
INTRODUÇÃO	6
1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	8
1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS	8
1.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	11
CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
APÊNDICES	17
APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PROPOSTAS	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Atividades desenvolvidas de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista.....	8
Tabela 2-Atividades desenvolvidas de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública	11

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, apresenta-se a realização de um projeto de aprendizagem que será desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de centros de saúde do Pinhal Litoral (ACES), Centro de Saúde Doutor (Dr.) Arnaldo Sampaio (AS).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública integram, junto com as competências comuns, um conjunto de competências clínicas especializadas (OE, 2011). O EE tendo em conta a “complexidade dos problemas de saúde (...) de determinada comunidade realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.” (Regulamento nº428/2018, p.19355).

A orientação dos ensinamentos clínicos é fundamental para assegurar um suporte sólido e integral na relação da supervisão e que garanta a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico - reflexiva e consolidação da nossa identidade profissional (Regulamento nº366/2018).

Os objetivos gerais do projeto de aprendizagem são: “Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.” (Kraus et al., 2022, p.8).

No presente projeto apresentam-se as atividades propostas pela mestranda articulando-se as competências comuns do Enfermeiro Especialista com as competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

No apêndice I encontra-se o cronograma das atividades que serão desenvolvidas na UCC AS.

Desta forma, a evidência empírica corrobora o impacto positivo da especialização em Enfermagem, identificando ganhos em saúde para os clientes (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e ainda para os próprios profissionais (melhoria dos índices de satisfação e de retenção) (Lopes, Gomes & Lobo, 2018).

A estrutura do projeto segue as componentes do objeto de aprendizagem, do resultado de aprendizagem (Unidades de competência) e as respetivas atividades que são apresentadas em forma de tabela. A identificação destas três componentes são uma forma de desenvolver os objetivos ao longo de todo o estágio tendo como foco de intervenção a comunidade e os grupos da UCC AS do ACES.

O presente trabalho está em consonância com o guia das normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Saúde de Leiria.

1- DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

Tabela 1- Atividades desenvolvidas de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista (Continua)

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Desenvolve o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS
Demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;	Orientação da tomada de decisão tendo em conta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (DECRETO-LEI NO 104/98);
Liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública;	Participação na construção da tomada de decisão em equipa, na intervenção para as comunidades vulneráveis;
Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão;	Construção de estratégias de resolução ou melhoramento de problemas em parceria com as comunidades e com os parceiros comunitários;
Promover a proteção dos direitos humanos;	Seleção de intervenções de Enfermagem adequadas ao utente que ingressa na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
Gerir , na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	Promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem da UCC AS do ACES PL;
	Realização da prestação de cuidados aos utentes em domicílio, respeitando a intimidade, privacidade e assegurando os Direitos Humanos da pessoa;
	Realização de atividades em comunidades vulneráveis respeitando a integridade e individualidade de cada pessoa;
	Informação aos colegas da UCC AS quando outra área de especialidade deva intervir;
	Suscitação da reflexão sobre os processos de tomada de decisão;
	Identificação da minha competência na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública;
	Participação em reuniões de serviço com a equipa de Enfermagem para discussão de intervenções já existentes e respetivas avaliações dos resultados dessas intervenções;

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Garante a Melhoria Contínua da Qualidade

UNIDADES DE COMPETÊNCIA

Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;

Orientar projetos institucionais na área da qualidade;

Avaliar a qualidade das práticas clínicas;

Planear programas de melhoria contínua;

Liderar programas de melhoria contínua;

Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo;

Participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Participação em reuniões multidisciplinares para decisão de planos de intervenção em ECCI de novos utentes;

Participação em reuniões com as respetivas Unidades Funcionais (UF), em que seja vigente a articulação da UCC AS com essas mesmas UF;

Participação na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional;

Identificação de problemas que possam não estar a contribuir para a continuidade dos cuidados de qualidade, formular objetivos e perceber as suas causas;

Colaboração na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições;

Identificação da satisfação do utente como um elo fundamental à melhoria contínua da qualidade: respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos e/ou pessoas;

Otimização da rede de suporte destes utentes para o desenvolvimento de novos projetos, implementação de projetos já existentes, mas não implementados na UCC AS ou, continuar a implementar Projetos já existentes na UCC AS relacionadas com a DM ou com Saúde Escolar fazendo referência às crianças com necessidades especiais;

Participação na elaboração do diagnóstico de saúde da UCC AS juntamente com toda a equipa multidisciplinar da unidade;

Participação em reuniões com os colaboradores na gestão do risco, nomeadamente os técnicos ambientais, no que diz respeito aos cuidados a ter no inverno, com as casas e com as comunidades mais vulneráveis e, puder intervir junto dessas mesmas comunidades;

Identificação precoce de problemas potenciais em grupos/comunidades-alvo, definindo estratégias e intervenções antecipatórias;

Cooperação na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, prevenindo complicações: referindo para outros profissionais e/ou outros EE

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Gere a gestão dos cuidados

UNIDADES DE COMPETÊNCIA

Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;

Supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;

Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados,

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

todas as situações problemáticas que não sejam da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EESCSP);

Supervisionamento de atividades delegadas concretizando as intervenções de enfermagem;

Colaboração na elaboração de planos de emergência e de catástrofe em articulação com as UF do AS e da USP PL.

ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Colaboração na formação avançada no âmbito do Projeto *DARE+*: *apoio pelos responsáveis escolares*, com o intuito de formar os Enfermeiros das equipas de Saúde Escolar;

Referenciação de utentes que estão ingressados nas ECCI para as respetivas UF;

Participação em reuniões familiares de utentes que ingressem pela primeira vez na ECCI, entregando o manual de acolhimento;

Supervisionar tarefas que sejam delegadas ao(s) prestador(es) de cuidado(s);

Avaliação da execução das tarefas delegadas aquando das visitas domiciliárias;

Participação em reuniões com a equipa de enfermagem em que sejam discutidas a forma como as legislações publicadas estão inerentes à prestação de cuidados com vista à sua melhoria;

Colaboração nas decisões da equipa de Enfermagem e multidisciplinar, enquanto mestrandas;

Identificação de quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde;

Orientação da decisão relativa às tarefas a delegar juntamente com a equipa de Enfermagem;

Utilização de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar, no caso das visitas domiciliárias, dar exemplos tanto ao utente como ao(s) prestador(es) de cuidado(s);

Perceção dos diferentes papéis dos profissionais da equipa multidisciplinar;

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Desenvolve as aprendizagens profissionais

UNIDADES DE COMPETÊNCIA

Deter a consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

Gerir as respostas de adaptabilidade individual e organizacional;

Responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;

Suportar a prática clínica em evidência científica;

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

Implementação de estratégias positivas e adequadas ao bom funcionamento e desempenho da equipa tanto de Enfermagem como multidisciplinar, através do reforço positivo;

Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. Implementação de métodos de organização do trabalho adequados

ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Otimização do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa e/ou equipa multidisciplinar;

Participação em reuniões com os diversos parceiros comunitários de projetos entendendo que a introdução de mudanças nos estilos de vida, podem gerar conflitos na comunidade vulnerável;

Colaboração com outros profissionais a fim de identificar problemas e/ou necessidades sentidas pelas comunidades vulneráveis e intervir;

Identificação de situações, reguladas pela OE, que sejam consideradas objetores de consciência (OE, 2015);

Responsabilização profissional pelos atos que se praticam;

Identificação de recursos e limites profissionais e pessoais;

Otimização de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;

Atuação como formador oportuno em contexto de trabalho;

Consciencialização da influência pessoal na relação profissional;

Otimização da congruência entre auto e heteropercepção;

Orientação de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;

Atuação eficaz sob pressão;

1.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Tabela 2- Atividades desenvolvidas de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (Continua)

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	DE	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS
Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade com vista à resolução dos problemas identificados;		<p>Reunião com a Enfermeira Orientadora;</p> <p>Integração na UCC AS pela Enfermeira Orientadora;</p> <p>Apresentação guiada às instalações da UCC AS: espaço físico, profissionais, organização e funcionamento;</p> <p>Apresentação dos documentos que estão vigentes ao bom funcionamento da unidade e inerentes à prestação de cuidados: Regulamento Interno, acolhimento do profissional de saúde e/ou estagiário, Estratégia Municipal para a Saúde Leiria e Relatório de Atividades de 2021;</p> <p>Reunião com a Enf^a Orientadora e a Prof^a Supervisora para apresentação e discussão do presente Projeto de Aprendizagem;</p> <p>Participação na elaboração do diagnóstico de saúde às comunidades/grupos abrangidas pela carteira de serviços da UCC AS;</p> <p>Verificação crítica dos programas de saúde de âmbito comunitário da UCC AS, que contribuem para a consecução dos objetivos dos Plano Nacional de Saúde 2021-2023;</p> <p>Perceção da articulação existente entre a UCC AS e as outras entidades na comunidade;</p> <p>Perceção da articulação existente entre as UF e a UCC AS;</p> <p>Colaboração, cooperação e participação nos projetos e programas desenvolvidos pela UCC AS em contextos de enfermagem comunitária: intervenção em grupos/comunidades vulneráveis;</p> <p>Participação na implementação do Projeto “<i>Viver com a Diabetes</i>”;</p> <p>Adequação do processo educativo ao grupo etário e nível cultural;</p> <p>Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre a temática em estudo, no âmbito da enfermagem comunitária (consulta de programas de saúde, livros, etc.);</p> <p>Elaboração de documento de melhorias na aplicação do Projeto <i>DARE+</i>: <i>apoio pelos responsáveis escolares</i>;</p>
Estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade;		
Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;		
Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;		
Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.		

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA

Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

Integrar, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;

Proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA

Participar na coordenação, promoção e implementação e monitorização das atividades constantes dos

DE ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Elaboração de documento com o *feedback* Enfermeiros de SE relativos à formação avançada do Projeto *DARE+*: *apoio pelos responsáveis escolares*;

Reformulação das estratégias para a formação avançada com base na variação atingida;

Reflexão crítica do trabalho desenvolvido e possibilidade de replicação futura;

Realização de reuniões com diversos parceiros com vista à reformulação e atualização do diagnóstico de Enfermagem e de situação no que diz respeito ao Projeto *DARE+*: *apoio pelos responsáveis escolares*;

Avaliação da implementação do Projeto *DARE+*: *apoio pelos responsáveis escolares* através do tratamento de dados recolhidos nos questionários pré e pós-teste;

Elaboração do plano de sessão para uma sessão de educação para a saúde “+ *Literacia, melhor saúde*”, a utentes do Centro de Dia da Bajouca;

Realização de pesquisas bibliográficas para fundamentar as intervenções e fundir conhecimentos lecionados na teoria com a prática;

Avaliação das entrevistas realizadas aos Enfermeiros da SE no contexto da formação avançada: Crianças e Jovens com DM tipo 1 em contexto escolar;

Avaliação da sessão de educação para a saúde “+ *Literacia, melhor saúde*”;

Avaliação do conhecimento adquirido durante a sessão “+ *Literacia, melhor saúde*”;

DE ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Participação em programas da UCC AS, relativamente à sua organização, dinamização e avaliação;

Colaboração na dinamização e implementação das orientações da ARS e do Ministério da Saúde para as UF do ACES PL;

Programas de Saúde
conducentes aos
objetivos do Plano
Nacional de Saúde

Observação crítica do resultado das intervenções produzidas no âmbito da participação nos projetos da UCC AS.

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

**UNIDADES DE
COMPETÊNCIA**

DE ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Tratamento dos dados das entrevistas em base de dados.

OBJETO DE APRENDIZAGEM: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Não aplicável ao estágio em UCC. A competência foi desenvolvida no campo de estágio da USP PL.

CONCLUSÃO

A elaboração do projeto de aprendizagem surge como um guia para o desenvolvimento das competências desenvolvidas ao longo do presente trabalho.

Numa primeira instância, a definição da área/objeto de aprendizagem, a definição dos resultados de aprendizagem e das suas atividades permitem-nos, enquanto futuros EE, definir objetivos e traçar metas que sejam alcançáveis e mensuráveis com o intuito de serem aplicadas na nossa prática diária.

No entanto, deve entender-se por Projeto, uma projeção daquilo que nos propomos a realizar, podendo haver reformulações das atividades inicialmente propostas e/ou apresentação de novas atividades, pois todo o processo do planeamento é volátil a tudo o que o rodeia.

A realização deste projeto permitiu o desenvolvimento mais aprofundado sobre o funcionamento e organização da UCC onde foi realizado o estágio, assim como a reflexão sobre as atividades que foram importantes desenvolver para o desenvolvimento das competências do EESCSP.

Por fim, de salientar que as atividades apresentadas podem sofrer alterações à medida que o estágio se vai desenvolvendo, sendo que podem também existir novas oportunidades de aprendizagem que poderão ser incluídas nas tabelas que se apresentam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Técnico-Científico. (2018, junho). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos[PDF]. Retrieved from <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>;
- DECRETO LEI NO 104/98 DE 21 DE ABRIL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 93 (1998). Acedido a 04 nov. 2022. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>;
- Kraus, T., Louro, C. & Afonso, C. (2022, outubro). Planeamento do Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final.[PDF] Retrieved from https://ead.ipleiria.pt/2022-23/pluginfile.php/1237863/mod_resource/content/1/Plano%20Descritivo_Est%C3%A1gio%20II_ESCSP_Final.16set.pdf;
- Lopes, M., Gomes, S. & Lobo, B. (2018, fevereiro). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde.[PDF]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015, agosto). Deontologia Profissional de Enfermagem.[PDF]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros, (2011, outubro, 22). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. [PDF] Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros, (2001, dezembro). Padrões de qualidade de Enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos. *Conselho de Enfermagem*. [PDF] Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- REGULAMENTO Nº140/2019 DE 6 DE FEVEREIRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, série II, nº26, 4745-4750 (2019). Acedido em 06 de junho 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- REGULAMENTO Nº366/2018 DE 14 DE JUNHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República, série II, nº113, 16657-16658 (2018). Acedido a 10 junho de 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>;
- REGULAMENTO Nº428/2018 DE 16 DE JULHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, série II, nº135, 1954-1959 (2018). Acedido em 8 de junho de 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PROPOSTAS

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PROPOSTAS

ATIVIDADES	ANO	2022									2023																	
		MÊS	Out.			Nov.			Dez.			jan.				fev.				mar.								
			31 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 30	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 30	02 a 06	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 31	01 a 03	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 28	01 a 03	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 31		
Reunião e apresentação do serviço com a Enf. Orientadora																												
Apresentação guiada às instalações da UCC AS: espaço físico, profissionais, organização e funcionamento																												
Apresentação dos documentos vigentes à UCC AS																												
Elaboração e entrega do Projeto de Aprendizagem																												
Reunião com a Enfª Orientadora e Profª Supervisora																												
Pesquisa/consulta de documentação e bibliografia de suporte																												
Participação na elaboração do diagnóstico de saúde às comunidades/grupos abrangidas pela carteira de serviços da UCC AS																												
Elaboração do plano de sessão de educação para a saúde “+ Literacia, melhor saúde” a utentes do Centro de Dia da Bajouca																												
Participação na implementação do Projeto “Viver com a Diabetes”																												
Elaboração do documento de melhorias na aplicação do Projeto DARE+: apoio pelos responsáveis escolares																												
Elaboração de documento com o feedback Enfermeiros de SE relativos à formação avançada do Projeto DARE+: apoio pelos responsáveis escolares																												
Avaliação da implementação do Projeto DARE+: apoio pelos responsáveis escolares através do tratamento de dados recolhidos nos questionários pré e pós-teste																												
Avaliação da sessão de educação para a saúde “+ Literacia, melhor saúde”																												
Avaliação dos conhecimentos dos utentes do Centro de Dia acerca da sessão de educação para a saúde “+ Literacia, melhor saúde”																												
Avaliação das entrevistas realizadas aos Enfermeiros da SE no contexto da formação avançada: Crianças e Jovens com DM tipo 1 em contexto escolar																												
Participação e implementação dos Projetos inerentes à UCC AS																												

Fé
ria
s
do
Na
tal

APÊNDICE II- PLANO DE SESSÃO DOENÇA CELÍACA EM CONTEXTO ESCOLAR

PLANO DE SESSÃO DOENÇA CELÍACA EM CONTEXTO ESCOLAR

Tema		Doença Celíaca: cuidados em contexto escolar			
Local/Duração		Escola Secundária do concelho, 30min			
Objetivos		Aumentar o conhecimento acerca da Doença Celíaca			
População Alvo		Docentes e não docentes da Escola Secundária do concelho			
Formadores		Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade			
Organização		Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade			
Dia	Duração	Conteúdos	Atividades/ Instrumentos de Avaliação	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos/Materiais a Utilizar
30/11/2022	30min	<p>Apresentação dos formadores e objetivo da sessão; (2min)</p> <p>Doença Celíaca: significado (1min);</p> <p>Doença Celíaca: sintomas (2min);</p> <p>Doença Celíaca: Tratamento (2min);</p> <p>Alimentos Permitidos (2min);</p> <p>Alimentos Perigosos (3min);</p> <p>Alimentos Proibidos (3min);</p> <p>Recomendações importantes (7min);</p> <p>Evitar a contaminação (5min);</p> <p>Conclusão da sessão: (1min)</p> <p>Avaliação final de satisfação (2min).</p>	Qualitativa?	<p>Expositivo;</p> <p>Ativo;</p> <p>Demonstrativo;</p>	<p>Computador;</p> <p>Projetor de Multimédia;</p> <p>Documentação.</p>

**APÊNDICE III- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, DOENÇA CELÍACA EM
CONTEXTO ESCOLAR PARA ALUNOS**

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- DOENÇA CELÍACA EM CONTEXTO ESCOLAR PARA ALUNOS

Doença Celíaca: cuidados em contexto escolar

APC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CELÍACOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O que é a Doença Celíaca?

Doença Celíaca

Doença crónica, autoimune, que ocorre quando as pessoas que são vulneráveis ao glúten o ingerem, provocando diversas reações no organismo;

Glúten → Respostas inflamatórias no Intestino delgado → Diminuição na capacidade de absorver nutrientes

É uma proteína presente no Trigo, Centeio e Cevada

Associação Portuguesa de Celíacos (APC), (2022)

Doença Celíaca

Por outro lado:

Eliminação do Glúten → O intestino regenera → Organismo recupera

APC | SIOFTRAB

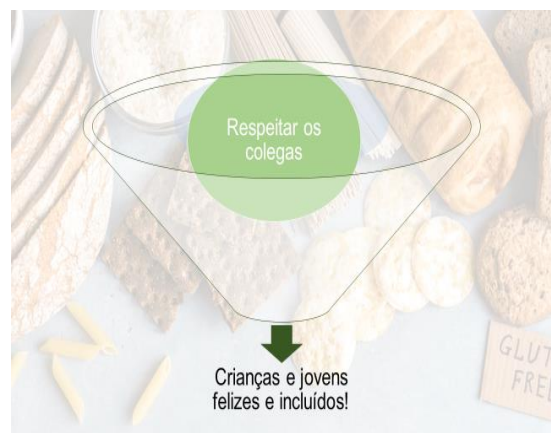
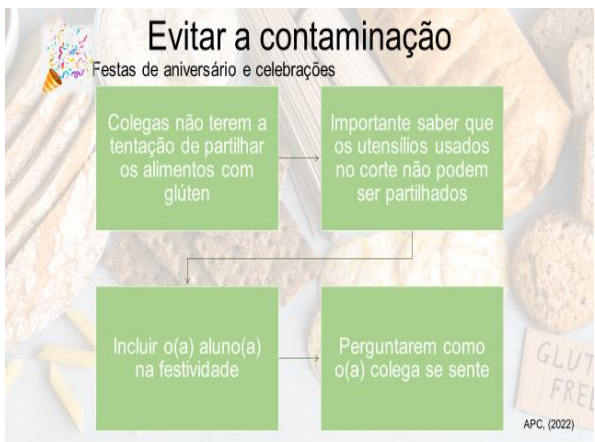
APC, (2022)

Doença Celíaca – Tratamento

O único tratamento eficaz consiste numa dieta isenta de glúten (DIG) para toda a vida!

APC, (2022)

Doença Celíaca, como podemos proceder?



**APÊNDICE IV- PLANO DE SESSÃO DOENÇA CELÍACA PARA DOCENTES E NÃO
DOCENTES**

PLANO DE SESSÃO DOENÇA CELÍACA PARA DOCENTES E NÃO DOCENTES

Tema		Doença Celíaca: cuidados em contexto escolar			
Local/Duração		Escola Secundária do concelho, 15min			
Objetivos		Aumentar o conhecimento acerca da Doença Celíaca			
População Alvo		Alunos(as) da turma do 7ºano da Escola Secundária do concelho			
Formadores		Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade			
Organização		Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade			
Dia	Duração	Conteúdos	Atividades/ Instrumentos de Avaliação	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos/Materiais a Utilizar
30/11/2022	15min	<p>Apresentação dos formadores e objetivo da sessão; (1min)</p> <p>Doença Celíaca: significado (1min);</p> <p>Doença Celíaca: sintomas (1min);</p> <p>Doença Celíaca: Tratamento (2min);</p> <p>Alimentos Permitidos (2min);</p> <p>Alimentos Perigosos (2min);</p> <p>Alimentos Proibidos (2min);</p> <p>Evitar a contaminação (3min);</p> <p>Conclusão da sessão: (1min)</p>	Qualitativa	<p>Expositivo;</p> <p>Ativo;</p> <p>Demonstrativo;</p>	<p>Computador;</p> <p>Projetor de Multimédia;</p> <p>Documentação.</p>

APÊNDICE V- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – DOENÇA CELÍACA EM CONTEXTO ESCOLAR PARA DOCENTES E NÃO DOCENTES

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – DOENÇA CELÍACA EM CONTEXTO ESCOLAR PARA DOCENTES E NÃO DOCENTES

Doença Celíaca: cuidados em contexto escolar

Mestranda: Mafalda Santos

O que é a Doença Celíaca?

Doença Celíaca

Doença crónica, autoimune, que ocorre quando as pessoas que são vulneráveis ao glúten o ingerem, provocando diversas reações no organismo;

Glúten
Conjunto de proteínas vegetais presentes no **Trigo, Centeio** e **Cevada e malte.**

Respostas inflamatórias no Intestino delgado

Diminuição na capacidade de absorver nutrientes

Associação Portuguesa de Celiacos (APC), (2022)

Doença Celíaca

Por outro lado:

Eliminação do Glúten

O intestino regenera

Organismo recupera



APC (2022)

Doença Celíaca- Sintomas

- Diarreia ou prisão de ventre;
- Cólicas abdominais;
- Vômitos;
- Desnutrição;
- Aumento de peso insuficiente;
- Tristeza, irritabilidade;
- Alterações da atenção e concentração.

APC (2022)

Doença Celíaca – Tratamento

O único tratamento eficaz consiste numa dieta isenta de glúten (DIG) para toda a vida!

APC (2022)

Alimentos Permitidos

Frutas, legumes, hortaliças;
 Leite magro, meio-gordo ou gordo;
 Iogurtes naturais e de aromas;
 Grão, favas, lentilhas, soja, ervilhas;
 Noz, Amêndoa, avelã;
 Carne, peixe e ovos;
 Açúcar, mel;
 Sal;
 Azeite e óleos vegetais;
 Água, chá;
 Néctares, sumos de fruta natural;

São naturalmente isentos de glúten, por isso podem ser consumidos por pessoas com a doença celíaca

APC (2022)

Alimentos Permitidos

Frutas, legumes, hortaliças;
 Leite magro, meio-gordo ou gordo;
 Iogurtes naturais e de aromas;
 Grão, favas, lentilhas, soja, ervilhas;
 Noz, Amêndoa, avelã;
 Carne, peixe e ovos;
 Açúcar, mel;
 Sal;
 Azeite e óleos vegetais;
 Água, chá;
 Néctares, sumos de fruta natural;

São naturalmente isentos de glúten, por isso podem ser consumidos por pessoas com a doença celíaca

APC (2022)

Alimentos Proibidos

Trigo;
 Aveia e derivados sem dizer "isento de glúten";
 Farinhas e derivados dos cereais com glúten;
 Pão (broa de milho, pão de alfarroba, de beterraba..);
 Produtos de pastelaria; bolachas e biscoitos;
 Cereais de pequeno-almoço;
 Iogurte com cereais e barras de cereais;
 Pizza, lasanha, rolo de carne, farinha e alheira;
 Panados, delícias do mar, sopas e cremes em pó,
 Cones de gelado

Contêm glúten na sua composição. Devem e podem ser substituídos por equivalentes sem glúten.

APC (2022)

Recomendações importantes

Se houver contato direto com o glúten ou por contaminação cruzada e surgirem sintomas, devem:

```
graph LR; A[Permitir a ida ao WC] --> B[Colocar água à disposição]; B --> C[Se necessário entrar em contacto com o encarregado de educação];
```

APC, (2022)

Recomendações importantes

A DC **não é contagiosa**, por esse motivo não afetará outras crianças;

A DC **não é uma alergia**, por isso não sofrerá uma reação anafilática;

A reação ao ingerir o glúten é variável, podendo desenvolver sintomas poucas horas ou dias após a sua ingestão;

APC, (2022)

Evitar a contaminação

Refeições confeccionadas na escola

Armazenar os produtos sem glúten fechados e identificados acima dos que contêm glúten;

Lavar sempre as mãos antes de preparar uma refeição sem glúten ou manipularem utensílios necessários à confeção;

Sempre que não seja possível bancada única para a manipulação/ confeção dos produtos sem glúten, os mesmos devem ser preparados em primeiro lugar numa bancada devidamente higienizada;

Não confeccionar alimentos com e sem glúten juntos. **Retirar os ingredientes com glúten no ato de servir ao celiaco não elimina o glúten:**

APC, (2022)

Evitar a contaminação

Refeições confeccionadas na escola

Não partilhar utensílios quando são preparadas refeições com e sem glúten em simultâneo (ex.: panelas, travessas, talheres, facas e tábuas de corte, escurredores, etc.);

Na realização de frituras, utilizar um óleo somente destinado a alimentos sem glúten, que nunca tenha sido usado para alimentos com glúten;

Utilizar unidoses de manteiga, patê e cremes de barrar;

APC, (2022)



**APÊNDICE VI- DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DO NÚMERO DE ENFERMEIROS DAS
UCC E DA USP PL**

DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DO NÚMERO DE ENFERMEIROS DAS UCC E DA USP PL

Tabela 13- *Número de enfermeiros das UCC e da USP PL*

Unidade Funcional	Total de Enfermeiros na Unidade Funcional	Nº de Enfermeiros que realizam Saúde Escolar	Nº de Enfermeiros com formação do Projeto DARE+	Nº de Enfermeiros que pretendem realizar a formação DARE+
USP PL	9	5	6	9
UCC Dr. Arnaldo Sampaio	8	8	0	8
UCC Dr. Gorjão Henriques	6	6	0	6
UCC Porto de Mós	6	5	5	5
UCC Pombal	10	7	4	9
UCC Marinha Grande	9	9	3	9

**APÊNDICE VII- PLANO DE SESSÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR
*MONKEYPOX***

PLANO DE SESSÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

Plano de Sessão

Tema	Vacinação <i>Monkeypox</i>
Local/Duração	Associação de solidariedade, 15h30min-17h
Objetivos	Incentivar a adesão à vacinação da infeção humana por vírus <i>Monkeypox</i>
População Alvo	Utentes e profissionais da Associação de solidariedade
Formadores	Enfermeira da Unidade de Saúde Pública, Colega de mestrado e Mafalda Santos
Organização	Enfermeira da Unidade de Saúde Pública, Colega de mestrado e Mafalda Santos

Dia	Duração	Conteúdos	Atividades/ Instrumentos de Avaliação	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos/Materiais a Utilizar
------------	----------------	------------------	--	---	--

19/10/2022	1:30 H	<p>Definir o que é a Infeção Humana por Vírus <i>Monkeypox</i>;</p> <p>Definir meios de contágio;</p> <p>Definir sintomas associados à doença e diagnóstico;</p> <p>Conhecer métodos de prevenção e controlo; Incentivar adesão à vacinação.</p>	Qualitativa	<p>Expositivo;</p> <p>Ativo;</p> <p>Demonstrativo.</p>	<p>Computador;</p> <p>Projeto de</p> <p>Multimédia;</p> <p>Documentação.</p>
------------	--------	--	-------------	--	--

APÊNDICE VIII- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- VACINA DO VÍRUS DA INFECÇÃO HUMANA POR MONKEYPOX



- Elaborado por:
- Enfermeira Lídia Silva
- Enfermeira Mafalda Santos

1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública
Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria

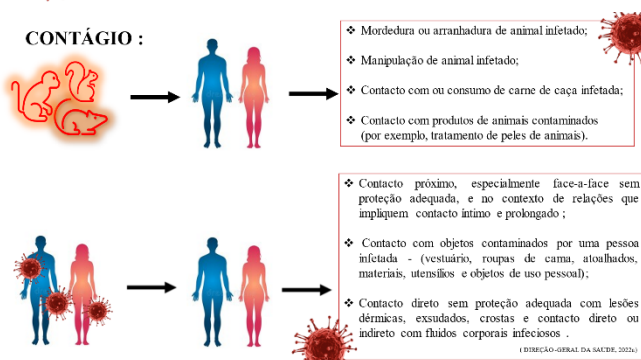
OBJETIVOS:

- DEFINIR O QUE É A INFECÇÃO HUMANA POR VÍRUS MONKEYPOX (VMPX)
- DEFINIR MEIOS DE CONTAGIO
- DEFINIR SINTOMAS ASSOCIADOS À DOENÇA E DIAGNÓSTICO
- CONHECER MÉTODOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO
- INCENTIVAR A ADESAO À VACINAÇÃO

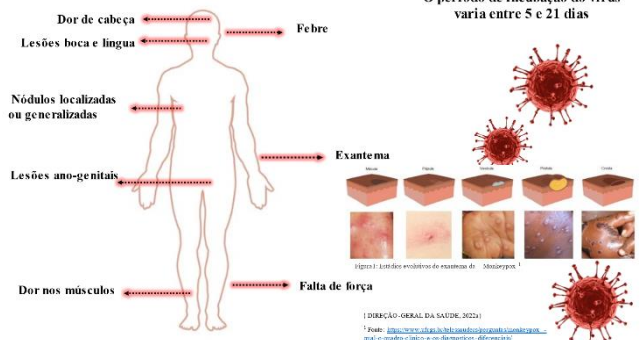
MONKEY POX

- É uma infeção causada pelo vírus Monkeypox (VMPX);
- O primeiro caso de infeção humana por VMPX foi identificado na República Democrática do Congo, em 1970;
- Esta é a primeira vez que há um surto em Portugal;
- Foram reportados 903 casos até 12 de setembro de 2022;

CONTÁGIO :



SINTOMAS:



DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

Perante um caso suspeito ou provável, deve ser feita a colheita de:

- ❖ Zaratogão com exsudado da ferida;
- ❖ Zaratogão orofaríngeo;
- ❖ Duas amostras de sangue :
 - Uma amostra colhida na fase aguda;
 - Uma amostra colhida na fase convalescença (2-4 semanas);
- ❖ Se for necessário, 1 zaratogão ano-retal;

PREVENÇÃO E CONTROLO :

Isolamento domiciliário e distanciamento físico de outras pessoas até à queda das crostas das feridas
Ausência de contacto físico próximo : pele-com-pele ou pele-com-mucosa, incluindo contactos exsua até queda das crostas
Mantém isolamento até à resolução das lesões nas mucosas e queda das crostas, que se estima ocorrer após 2 a 4 semanas
Lavagem e/ou higienização frequente das mãos

Não partilhar objetos e utensílios de uso pessoal, vestuário, roupas de cama, atalhados

Lavagem de vestuário e têxteis com água quente (> 60° C) e detergentes habituais

Alertar as pessoas com quem contactaram desde o início dos sintomas

Evitar contacto com animais domésticos, em especial com roedores

[DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020]

VACINA :

- Uma vacina é a administração de partículas estranhas ao organismo que provoca uma resposta imunitária protetora específica, de um ou mais agentes infecciosos, a quem é administrada.
- Uma pessoa vacinada tem defesas no organismo e evitam que a doença ocorra no futuro ou se ocorrer diminuem a sua intensidade.
- As doenças podem ser controladas e eliminadas através da vacinação.
- As vacinas são um direito básico de todos os cidadãos.
- As vacinas salvam vidas.

[Sistema Nacional Saúde, 2022]

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	
VACINAÇÃO PREVENTIVA	Idade ≥ 18 anos, assintomáticas que nunca tenham sido previamente diagnosticadas com esta infeção
	Homens que têm sexo com homens
	Homens, mulheres e pessoas trans, em profilaxia pré-exposição para o vírus da imunodeficiência humana (VIH)
	Pessoas envolvidas em sexo comercial
	Diagnóstico de pelo menos uma infeção sexualmente transmissível (IST) nos últimos 12 meses
	Profissionais de saúde, com elevado risco de exposição
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	
VACINAÇÃO POS-EXPOSIÇÃO	Pessoas assintomáticas, que sejam contacto próximo de um caso e que nunca tenham sido diagnosticadas com infeção humana por VMPX

[DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2021]

A vacinação deve ser feita por profissionais de saúde/enfermeiro

Local da injeção é no antebraço esquerdo (braço não dominante)

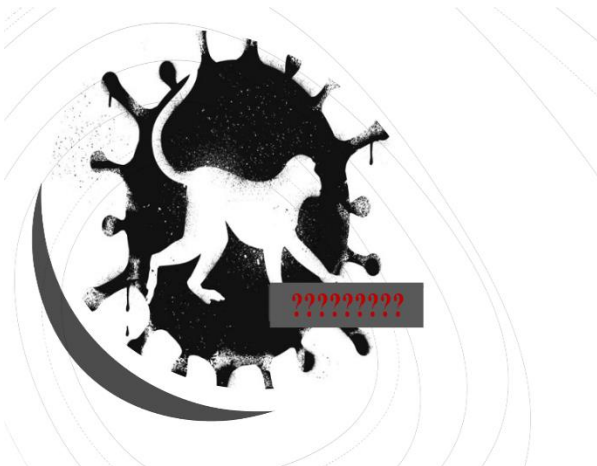
A vacina pode provocar dor, vermelhidão, inchaço, caroço, comichão local de administração que passa sem intervenção médica num período de setedias

Pode ainda ocorrer dor cabeça, dor nos músculos, fadiga, náuseas e calafrios.

Se possível, deve ter um intervalo de 2 semanas em relação à administração de outras vacinas

[DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2021]





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.(2022a). Orientação nº 004/2022 de 31 de maio de 2022 atualizada a 15 de setembro de 2022. Direção-geral da saúde. Acessado a 1 out. 2022. Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042022-de-31052022-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.(2022b). Norma nº 006/2022 de 12 de julho de 2022 atualizada a 20 de setembro de 2022. Acessado a 1 out. 2022. Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062022-de-12072022-pdf.aspx>

SISTEMANACIONALDE SAUDE24.(2022). Vacinas. Disponível em <https://www.wsm24.gov.pt/tema/vacinas/vacinas/#sco0>

**APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS
DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX***





QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR MONKEYPOX

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO

“VACINA MONKEYPOX” – DATA: 19/10/2022

De forma a avaliar a formação, é importante conhecer a sua opinião. Por essa razão, agradece-se o preenchimento do questionário, colocando um X na sua escolha, utilizando a seguinte escala: **1-** Sem importância/ **2-**Pouco importante/ **3-**Indiferente/ **4-** Importante/ **5-**Muito importante

Já ouviu falar da doença chamada Varíola dos Macacos/ Monkeypox? Sim Não

					
	1	2	3	4	5
A sessão foi importante para si?					
A sessão ajudou a esclarecer dúvidas?					
A vacinação é importante para prevenir doenças?					
A sessão ajudou-o a decidir vacinar-se?					
Acha importante repetir a sessão a outras pessoas?					

Sugestões: _____

—

—

—

**APÊNDICE X- RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DA FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS
DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX***

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DA FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

Figura 8- Número de formandos na Sessão Monkeypox

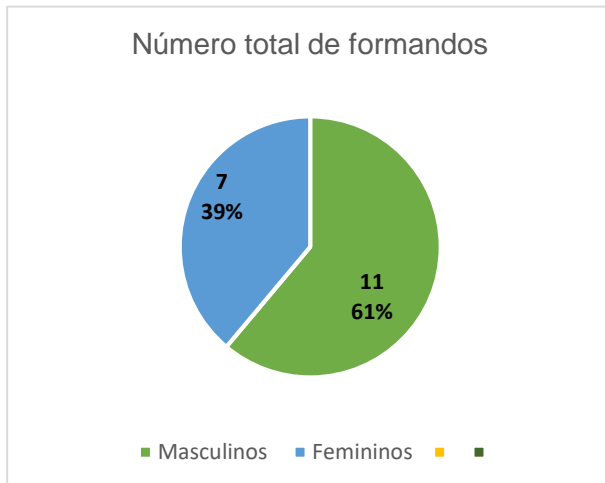


Figura 9- Conhecimento da doença Monkeypox

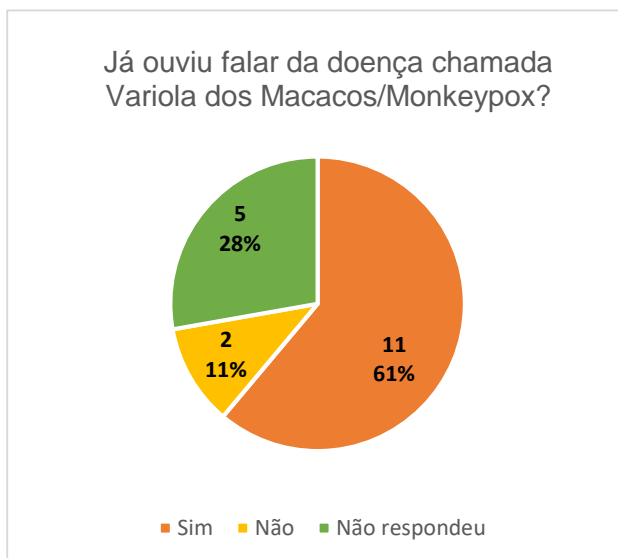


Figura 10- *Importância da Sessão de Formação Monkeypox*

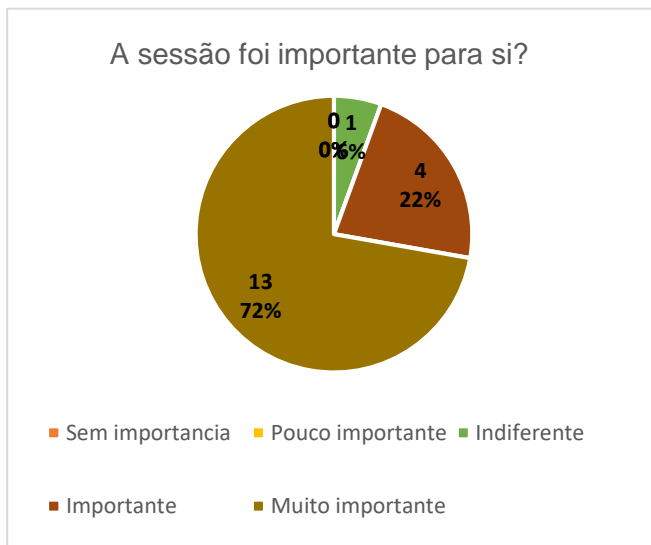


Figura 11- *Esclarecimento de dúvidas*

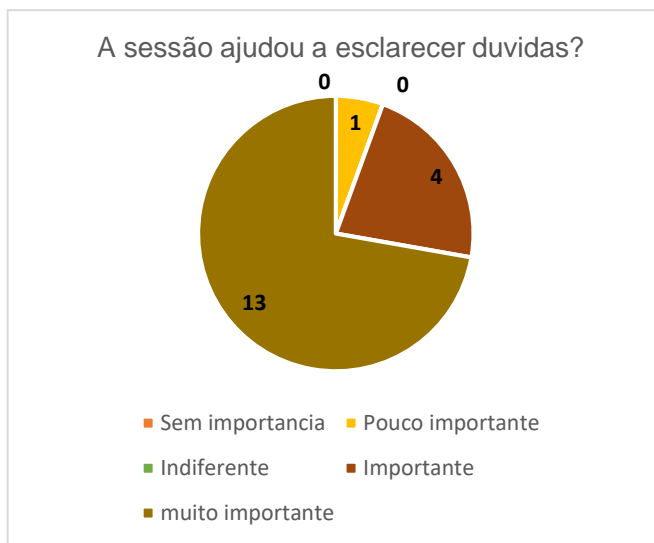


Figura 12- *Importância da vacinação Monkeypox*



Figura 13- *Decisão sobre a vacinação Monkeypox*

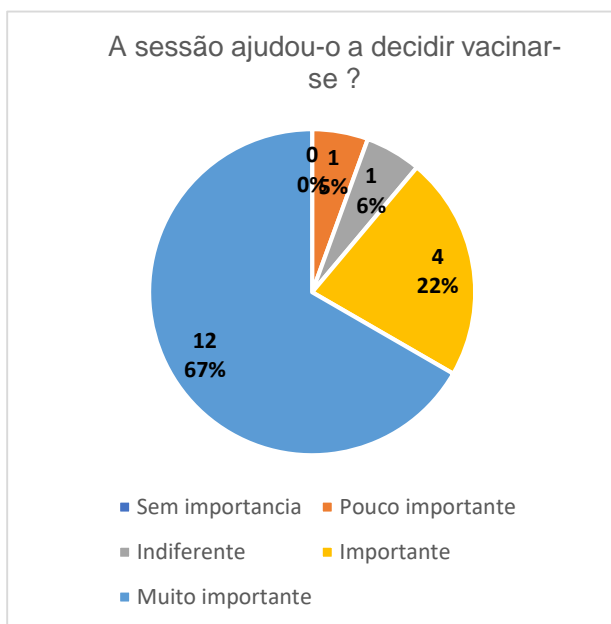
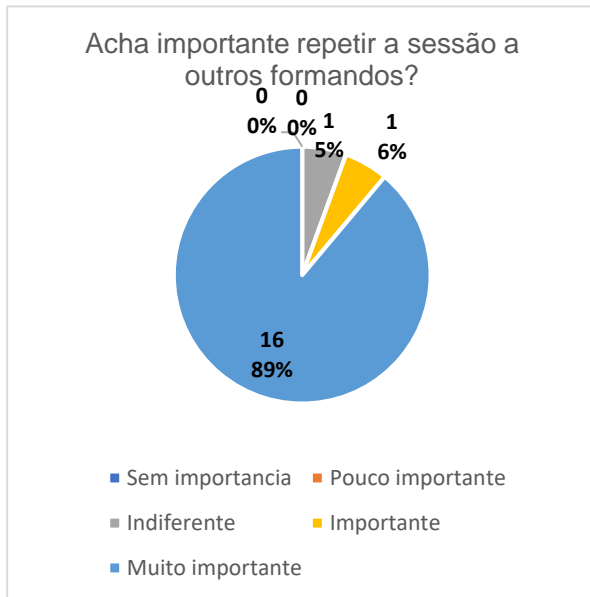


Figura 14- *Importância da repetição da formação do Monkeypox*



APÊNDICE XI-PLANO DE SESSÃO + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

PLANO DE SESSÃO + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

Tema	+ Literacia, melhor saúde
Local/Duração	Centro de dia/ 1h30min
Objetivos	Aumentar o conhecimento em saúde acerca da alimentação saudável e Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 em utentes
População Alvo	Utentes do Centro de Dia
Formadores	Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade
Organização	Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade

Dia	Duração	Conteúdos	Atividades/ Instrumentos de Avaliação	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos/Materiais a Utilizar
14/11/2022	1H30MIN	Apresentação dos formadores e objetivo da sessão; (2min) Avaliação inicial de conhecimentos; (15min) Roda dos Alimentos e respetivas porções; (7min) Exemplos de alimentos; (10min) Recomendações para uma Alimentação Saudável; (7min) Impacte da alimentação desequilibrada, sedentarismo e obesidade: Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2; (5min)	Quantitativa	Expositivo; Ativo; Demonstrativo; Cartões.	Computador; Projetor de Multimédia; Documentação.

		Sintomas associados à Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2; (10min) Reforço na alimentação saudável em utentes com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2; (10min) Conclusão da sessão: (10min) Avaliação final de conhecimentos e satisfação. (15min)			
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE XII- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

COMER, BEBER E VIVER

+ Literacia, Melhor Saúde

Alimentação Saudável e Diabetes Mellitus Tipo 2

INSTITUTO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Mestranda: Mafalda Santos

COMER, BEBER E VIVER

Roda dos alimentos para todos!

CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO

RODA DOS ALIMENTOS MEDITERRÂNICA INTERATIVA

A escolha dos alimentos

Água

Cereais, derivados e tubérculos: Castanha, batata doce, pão.

A escolha dos alimentos

Leite, queijos

Hortícolas e fruta: Abacate, Romã, Nêspera, Morangos, Laranja, Cerejas, Cogumelos, Nabo, Abóbora.

Carnes, pescada e ovos: Sardinha, bacalhau.

A escolha dos alimentos

Leguminosas: Grão-de-bico, Feijão, Lentilhas.

Azeite como fonte de gordura

Frutos Oleaginosos

- ✓ 6 refeições por dia
- ✓ Beber cerca de 8 copos de água
- ✓ Comer poucas gorduras
- ✓ Comer com pouco sal
- ✓ Comer pouco açúcar

Estilos de vida saudáveis

Impacte dos estilos de vida na saúde

- Má alimentação
- Estar muito tempo sentado ou deitado
- Não se mexer

1 em cada 11 adultos tem diabetes

Dia Mundial do Diabetes
14 de novembro

International Diabetes Federation (2021)

**APÊNDICE XIII- RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DA SESSÃO +
LITERACIA, MELHOR SAÚDE**

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DA SESSÃO + LITERACIA, MELHOR SAÚDE

Avaliação de conhecimentos antes da sessão:

Figura 15- *Questão 1 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde*



Figura 16- *Questão 2 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde*



Figura 17- *Questão 3 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde*



Figura 18- *Questão 4 da avaliação antes da sessão + Literacia, melhor saúde*



Avaliação de conhecimentos depois da sessão:

Figura 19- *Questão 1 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde*



Figura 20- *Questão 2 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde*



Figura 21- *Questão 3 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde*



Figura 22- *Questão 4 da avaliação depois da sessão + Literacia, melhor saúde*



APÊNDICE XIV- PLANO DE SESSÃO DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

PLANO DE SESSÃO DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

Tema	Diabetes <i>Mellitus</i> 1 em contexto escolar
Local/Duração	Escola Secundária do concelho, 30min
Objetivos	Aumentar o conhecimento em saúde acerca da Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1 em contexto escolar
População Alvo	Alunos da turma 12º ano
Formadores	Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade
Organização	Mafalda Santos e Enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade

Dia	Duração	Conteúdos	Atividades/ Instrumentos de Avaliação	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos/Materiais a Utilizar
14/11/2022	00:30	Apresentação dos formadores e objetivo da sessão; (2min) O que é a Diabetes 1; (3min) Importância da insulina, alimentação e atividade física; (3min) Consequências da DM1: hipoglicémias; (3min) Sinais e sintomas da hipoglicémia ligeira a moderada; (3min) Filme; (min)	Quantitativa	Expositivo; Ativo; Demonstrativo;	Computador; Projetor de Multimédia; Documentação.

		Sintomas da hipoglicémia severa; (3min) Sintomas da hipoglicémia severa, como atuar?; (3min) Administração do Glucagon; (3min) Filme; (3min) Conclusão; (1min)			
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE XV- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

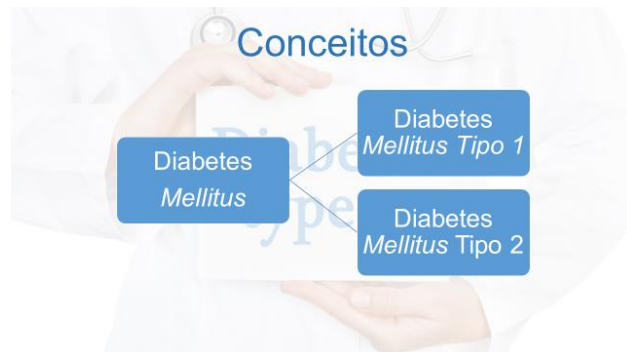
SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Diabetes Mellitus Tipo 1 em contexto escolar



Mestranda: Mafalda Santos


MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA



Conceitos

Diabetes Mellitus Tipo 1:

- Ocorre em idades mais jovens: normalmente em crianças e jovens;
- Pâncreas deixa de produzir insulina;
- Necessidade de reposição diária de insulina;



SPD, 2019



Complicações da Diabetes Mellitus Tipo 1

Hipoglicémia

Ocorre quando os níveis de glicose (açúcar) no sangue descem abaixo dos 70mg/dl. Em condições normais, o organismo mantém a concentração de açúcar no sangue por volta de 70mg/dl a 110mg/dl

DGS (2017)

Sinais e sintomas de Hipoglicémia ligeira a moderada

 Dor de cabeça	 Alterações de humor	 Desmaio	 Visão turva
 Confusão mental	 Náuseas	 Suor frio	 Sonolência

Sinais e sintomas de Hipoglicémia severa

- Incapacidade para engolir;
- Perda de consciência;
- Convulsões.

Sintomas de Hipoglicémia severa, como atuar?

- Colocar o colega em posição lateral de segurança;
- Pedir ajuda;
- Administrar o glucagon;
- Nunca dar comida/bebida ou colocar qualquer objeto na boca do colega;
- Permanecer com o colega até chegar ajuda.

Administração do Glucagon



Diabetes type 1

Quando administrado na hora certa e é indicado, atenua as complicações graves!

Administração do Glucagon

- Hormona injetável que aumenta o nível de açúcar no sangue pela estimulação do fígado para libertar glucose armazenada;
- Deve estar em local acessível aos profissionais escolares;



Administração do Glucagon



Diabetes

Administrar a injeção a 90 graus, pode ser administrada com roupa em caso de necessidade, nas nádegas ou nas coxas;

Colocar a agulha em local adequado e não reencapsular.

Para concluir



- ✓ Identificar os sinais e sintomas de uma Hipoglicemia;
- ✓ Pedir ajuda e não deixar o colega sozinho;
- ✓ Administrar o glucagon, sempre que necessário.

Dúvidas? Questões?



Bibliografia

- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019, dez). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes[PDF]. Retrieved from https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019_Final.pdf;
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Diabetes. Acedido a 17 nov 2022. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22724/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Diabetes%202017.pdf>;

APÊNDICE XVI- FOLHETO INFORMATIVO PARA OS PAIS ACERCA DA VACINA BCG

FOLHETO INFORMATIVO PARA OS PAIS ACERCA DA VACINA BCG

A vacina da BCG é gratuita e deve ser administrada à criança o mais cedo possível, após referenciação pela unidade de saúde onde é acompanhada.

Após a administração da vacina, deve aguardar na sala de espera com o seu filho de acordo com as indicações do profissional de saúde.

Caso surja alguma dúvida contacte-nos

Unidade de Saúde Pública Pinhal Litoral

Vacina BCG
(Bacilo de Calmette e Guérin)

Folheto informativo para os pais



O que é a BCG?

A BCG^{1,2} é uma vacina que protege o seu filho contra a Tuberculose.

A vacina BCG estimula o sistema imunológico e previne as formas graves de doença.

A eficácia da vacina BCG pode atingir os 80%.

O que é a Tuberculose?

A Tuberculose é uma infeção bacteriana que afeta, principalmente os pulmões, mas também outros órgãos, como a tuberculose miliar e meníngea, e é transmitida por via aérea² pela pessoa infetada.

A quem e quando é administrada a vacina BCG?

Deve ser administrada o mais precocemente possível a crianças, com idade máxima de 5 anos e 364 dias e com critérios específicos para a administração.

A crianças com idade superior a 12 meses deve ser realizado teste tuberculínico/IGRA antes da administração da BCG.

Quem administra a vacina e qual é o local indicado?

A vacina da BCG é administrada por um enfermeiro, por via intradérmica (por baixo da pele) entre a zona do terço médio e do terço superior do braço esquerdo.

Que reações podem ocorrer?

Após a administração da vacina pode surgir imediatamente uma pequena bolha branca com relevo na pele.

Pode desenvolver-se um nódulo² vermelho que evolui para uma vesícula, seguida de uma úlcera, em 2 a 4 semanas.

Por norma, esta reação desaparece em 2 a 5 meses, deixando uma cicatriz superficial com diâmetro de 2 a 10 mm. Após a cicatrização, é normal ficar uma pequena marca no local de administração.

Cuidados a ter com o local de administração?

Não existem cuidados especiais a ter e não é necessário qualquer tratamento específico.

Não coloque pensos, cremes, desinfetantes, pó de talco ou outros produtos.

Normalmente², a ferida cura-se espontaneamente e deve ser deixada a descoberto para facilitar a cicatrização.

Referências Bibliográficas:

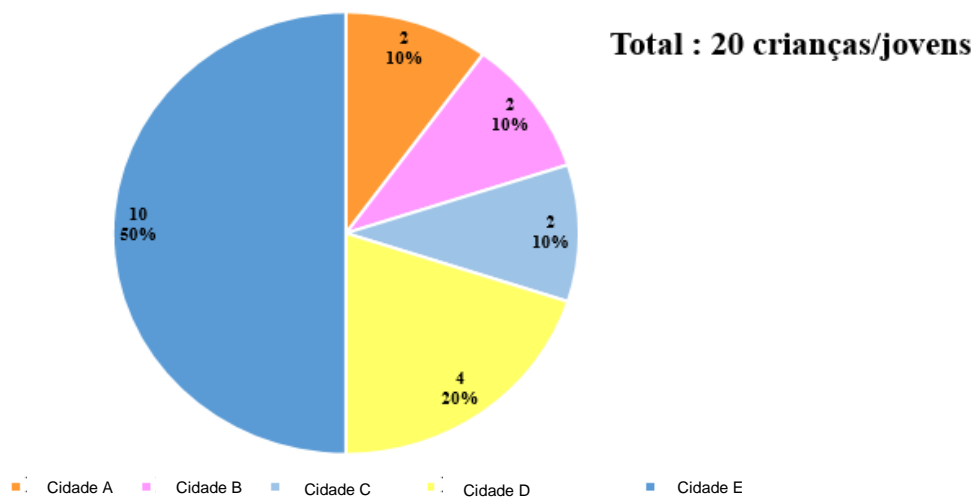
¹ Direção-Geral de Saúde (2016). Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Norma nº 006/2016. Retrieved from https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA_006_2016.pdf

² ...<https://www.sis-spp.pt/media/rnc5013/manual-tuberculose-e-micobact-rias-ne-c-tuberculosas.pdf> p. 45

**APÊNDICE XVII- PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS REALIZADOS NO ANO DE 2021 NOS
CONCELHOS DE LEIRIA**

PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS REALIZADOS NO ANO DE 2021 NOS CONCELHOS DE LEIRIA

Figura 23- Planos de Saúde Individual

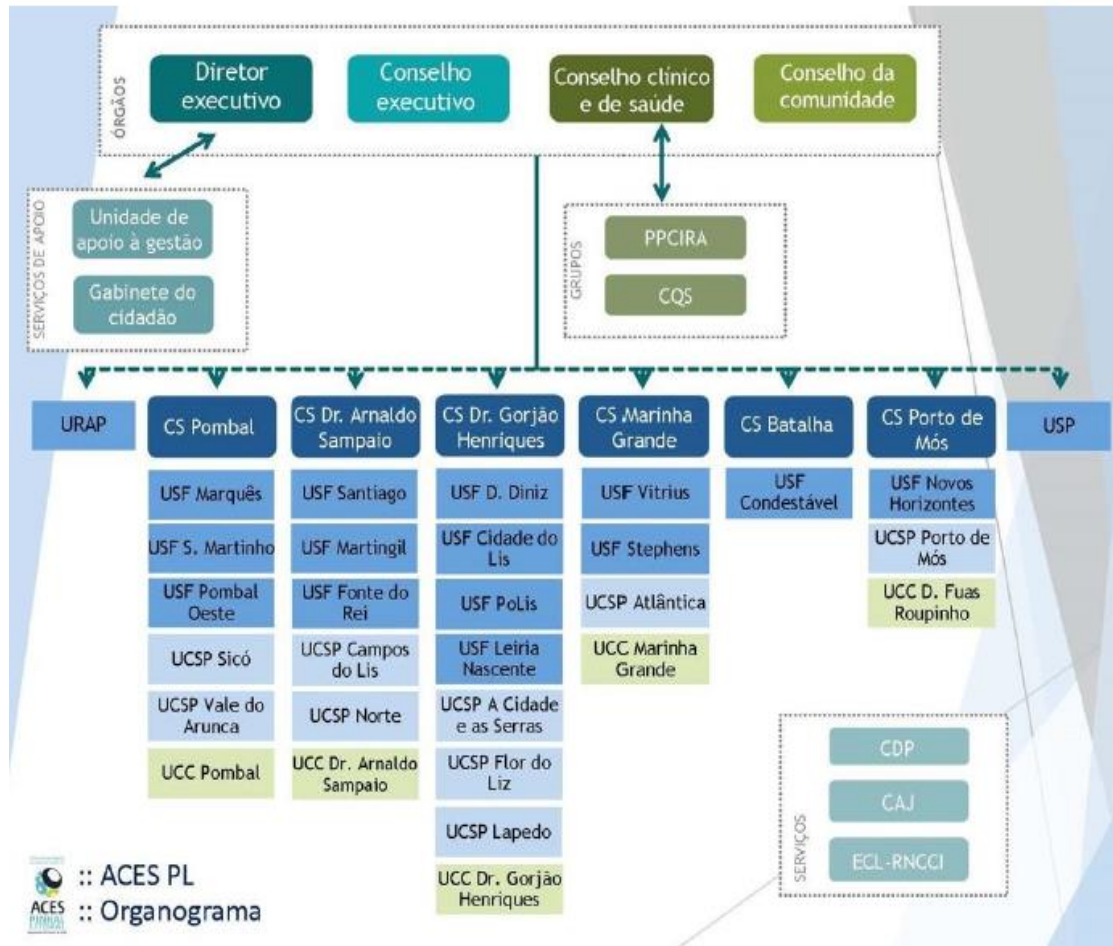


ANEXOS

ANEXO I – ORGANOGRAMA DO ACES PINHAL LITORAL

ORGANOGRAMA DO ACES PINHAL LITORAL

Figura 24- Organograma do ACES PL



Nota. *Em Perfil Local de Saúde – ACES Pinhal Litoral 2022* (p.10), de Fonseca, R.; Bartolomeu, A.; Valente, L.; Gabriel, T, & Jardim, B., 2022. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf.

ANEXO II- PLANO DE FORMAÇÃO PARA AS EQUIPAS DE SAÚDE ESCOLAR

PLANO DE FORMAÇÃO PARA AS EQUIPAS DE SAÚDE ESCOLAR

1. Plano de Formação para as equipas de Saúde Escolar

Objetivo geral	Revisão, integração e atualização de conhecimentos da Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) perspetivando a capacitação da equipa de Saúde Escolar para a intervenção nas escolas
Destinatários	Médicos de família e de saúde pública, enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde que desenvolvam atividades de saúde escolar;
Formadores	Equipa(s) da consulta de diabetologia pediátrica selecionadas através do Programa Nacional para a Diabetes.
Metodologia	Apresentações seguidas de debate Metodologias ativas - participativas Trabalhos de grupo
Duração	14 horas

1.1. Programa de Formação			
Módulos	Título	Conteúdos programáticos	Duração
Módulo 1	A criança e jovem com DM1	<ul style="list-style-type: none"> Enquadramento da formação Orientações e normas técnicas Circuito de atendimento da criança e jovem com DM1 	1h
Módulo 2	Diabetes Mellitus tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> Definição, etiologia, epidemiologia e fisiopatologia 	2 h



Módulo 3	A educação Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> Desafios psicossociais da família e das crianças e jovens com DM1 Mudança de comportamento Adesão ao plano terapêutico 	1 h
Módulo 4	Gestão do regime terapêutico DM1: Insulinoterapia funcional	<ul style="list-style-type: none"> Tipos de insulina e esquema intensivo de insulina Técnica de administração de insulina (conservação da insulina, preparação do dispositivo médico, administração, rotação dos locais e complicações- Lipo-hipertrofias/atrofias) e erros mais frequentes Perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) 	2 h
Módulo 5	Gestão do regime terapêutico DM1: Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> Alimentação saudável Contagem de hidratos de carbono Leituras de rótulos Gestão de alimentos diferentes (sushi, pizza,...) Gestão da alimentação em diferentes culturas (ex. muçulmana/ramadão) Mitos da alimentação 	1,5 h
Módulo 6	Gestão do regime terapêutico DM1: exercício físico/ atividade física	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de exercício físico, frequência e adaptação do plano terapêutico (aula de educação física, etc.) Atividade física: como adaptar (Recreio/intervalo) 	1 h
Módulo 7	Autovigilância e Autocontrolo da DM1	<ul style="list-style-type: none"> Frequência da determinação da glicemia e/ou cetonemia Técnica de punção capilar- erros mais frequentes Monitorização contínua da glicemia 	1 h
Módulo 8	Complicações agudas - como atuar	<ul style="list-style-type: none"> Hipoglicemia - definição, intervenção e prevenção Hiperglicemia, cetose e cetoacidose - definição, intervenção e prevenção 	2h
Módulo 9	A(s) exceção(ões)	<ul style="list-style-type: none"> Dias especiais: visitas de estudo /dias de festa (aniversários) Saídas à noite A sexualidade e a DM1 	1,5 h
Módulo 10	A intervenção da saúde escolar	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos planos de formação para a comunidade escolar Avaliação da formação 	1 h

ANEXO III- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE FORMAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS DA INFEÇÃO HUMANA POR *MONKEYPOX*

Declaração

Declara-se que a Sra. Enfermeira Mafalda Mariana Correia Santos dinamizou uma ação de Educação para a Saúde na Associação intitulada “Monkey Pox (VMPX)” destinada a Técnicos e Utentes desta associação, no dia 19 de Outubro de 2022, com a duração de 2h30.

ANEXO IV- CARTAZ APRESENTADO AO 4º CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO
PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL

CARTAZ APRESENTADO AO 4º CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL

DIABETES MELLITUS TIPO 1 CAPACITAÇÃO DOS AGENTES EDUCATIVOS



INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é uma doença crónica que pode afetar pessoas em qualquer idade, contudo desenvolve-se mais em crianças ou adolescentes¹. Segundo a *International Diabetes Federation* (2021), mais de 1,2 milhões de crianças e adolescentes (0-19 anos) viviam com DM1. Como a DM1 é uma das doenças crónicas mais prevalentes em contexto escolar, e a permanência da criança/adolescente na escola abrange um período alargado do dia, as recomendações Internacionais orientam para que seja garantida a gestão adequada da DM1 em contexto escolar². Assim, os agentes educativos (docentes e não docentes) assumem um papel relevante na identificação de situações adversas e consequente atuação em incidentes relacionados com o estado de saúde destas crianças/adolescentes².

OBJETIVO

Promover a capacitação dos agentes educativos de uma Escola EB 2,3, do concelho de Leiria, na intervenção à criança/adolescente com DM1.

RESULTADOS

No que concerne à identificação e tratamento de uma Hipoglicemia num aluno com DM1, apenas 12% (2) da amostra Concorda que consegue identificar e tratar essa situação (Gráficos 2 e 3).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal e observacional. A amostra foi constituída por 17 agentes educativos.

A metodologia utilizada foi o **Processo de Planeamento em Saúde**. Para determinar o Diagnóstico de Situação foi utilizado um questionário³. Quanto às Estratégias de Intervenção, foram realizadas Sessões de Educação para a Saúde (SES), seguindo o Plano de Formação para a comunidade escolar descrito na Orientação da DGS N.º 006/2016⁴, de 23/11, com o título: "Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola". Para avaliar a aquisição de conhecimentos foi aplicado o mesmo questionário utilizado no Diagnóstico de Situação³.

Gráfico 2: Sente que pode identificar uma Hipoglicemia num aluno com DM1?

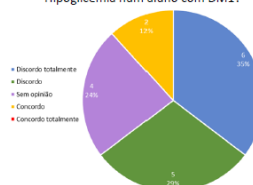
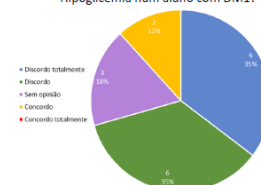


Gráfico 3: Sente que sabe tratar uma Hipoglicemia num aluno com DM1?



RESULTADOS

Quanto aos dados sociodemográficos, a amostra era constituída por 17 agentes educativos, 14 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Relativamente à idade verificou-se que a idade mínima foi de 40 anos e máxima de 65 anos, sendo a idade média de 52 anos. Quanto à profissão, 10 eram não docentes e 7 eram docentes.

Relativamente ao Diagnóstico da Situação: 62,5% (10) da amostra já tinha contactado com crianças/adolescentes com DM1, no entanto apenas 11,8% (2) tinha dado apoio direto. Quanto aos conhecimentos sobre a DM1, 88% (15) da amostra refere não estar bem informado (Gráfico 1).

Após a realização das Sessões de Educação para a Saúde, foi novamente aplicado o questionário para avaliar a aquisição de conhecimentos sobre a DM1. 71% (12) da amostra concorda em estar bem informado; 76% (13) concorda que pode identificar uma Hipoglicemia num aluno com DM1 e 76% (13) concorda que sabe tratar uma Hipoglicemia num aluno com DM1 (Gráfico 4)

Gráfico 4: Sente que sabe tratar uma Hipoglicemia num aluno com DM1?

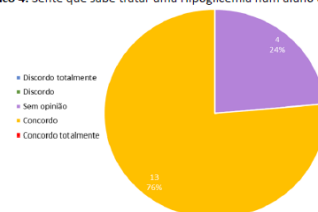
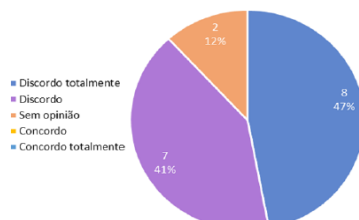


Gráfico 1: Sente-se bem informado/a sobre a DM1?



CONCLUSÃO

O Diagnóstico de Situação evidenciou-nos que os conhecimentos relativos à DM1 apresentados pelos agentes educativos eram reduzidos. Foram realizadas SES, com o objetivo de promover a capacitação dos agentes educativos, na intervenção à criança/adolescente com DM1. Na avaliação das intervenções, verificámos que o objetivo foi alcançado, uma vez que 71% (12) da amostra concordou ter ficado bem informado sobre a DM1; 76% (13) concordou que poderia identificar uma Hipoglicemia e 76% (13) concordou que saberia tratar uma Hipoglicemia, num aluno com DM1.

A capacitação dos agentes educativos, no que respeita à DM1, é crucial para que os alunos com DM1 e os seus cuidadores tenham confiança nos agentes educativos e sintam que o ambiente escolar é seguro.

REFERÊNCIAS

- International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition*. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource/files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Felício et al (2020). *Empowerment comunitário em saúde escolar – adolescente com diabetes mellitus tipo 1*. Suplemento digital Rev. Rol. Enferm. 2020, 43(1): 364-373.
- Menino, E. (2013). *Gestão da diabetes em contexto escolar*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Disponível em: file:///C:/Users/14246/Downloads/Relat%C3%B3rio_Eva_Menino_vers%C3%A3o%20tese.pdf
- Orientação da DGS N.º 006/2016 (2016). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*. Lisboa: DGS. Disponível em: https://www.dgs.mec.pt/sites/default/files/Esaude/Orientacao_diabetes_dec2016_assinada.pdf

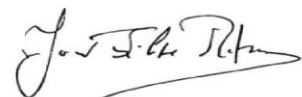
ANEXO V- CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO DO CARTAZ

CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO DO CARTAZ

**4º CONGRESSO
NACIONAL APDP**
Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

CERTIFICADO

Certificase que anresentou no **4º Congresso**
Nacional APDP, realizados nos dias 17 e 18 de novembro de 2022, em Lisboa, o **Poster**
intitulado **DIABETES MELLITUS TIPO 1 - CAPACITAÇÃO DOS AGENTES**
EDUCATIVOS tendo como coautores Santos M.



João Filipe Raposo
Presidente do Congresso



José Manuel Boavida
Presidente da APDP

Lisboa, 17 e 18 de novembro de 2022

Organização

 NOSCI

 **apdp**
Associação Protectora
dos Diabéticos de Portugal

ANEXO VI- CARTAZ DA FORMAÇÃO AVANÇADA: CRIANÇAS E JOVENS COM DM1 EM CONTEXTO ESCOLAR

CARTAZ DA FORMAÇÃO AVANÇADA: CRIANÇAS E JOVENS COM DM1 EM CONTEXTO ESCOLAR

FORMAÇÃO AVANÇADA: CRIANÇAS E JOVENS COM DIABETES TIPO 1 EM CONTEXTO ESCOLAR

4ª Edição

Destinatários: Profissionais de saúde com intervenção escolar
24 a 26 de outubro de 2022



24/outubro

9:00 Abertura do Curso

Diretor da Escola Superior de Saúde (ESSLei):
Professor Rui Marmel Fonseca Pinto

09:10 A Criança, o Adolescente e Jovem com
Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1)

Moderador: Professora Teresa Kraus

Enquadramento e orientações técnicas: Professora
Eva Maninho

*Circuito de Atendimento da criança e jovem com
DM1:* Enfª Dulce Fonseca

Acompanhamento no Serviço de Pediatria: Drª Ester
Gama

10:30 Pausa para café

11:00 Definição de DM1 e Gestão do Regime
Terapêutico I

Moderador: Drª Pascoal Moleiro

Etiologia, epidemiologia e fisiopatologia da DM1:
Drª Mariana Lopes

*Alimentação saudável e contagem de hidratos de
carbono:* Drª Raquel Oliveira

13:00 Pausa para almoço

14:00 Gestão do Regime Terapêutico II

Moderador: Dr. Pascoal Moleiro

Insulinoterapia funcional: Tipos de insulina;

Esquema de Múltiplas administrações: Drª Rita Pita

Administração de insulina: Aspectos Práticos:

Enfª Margarida Marques

15:00 Autovigilância e Autocontrolo da DM1

Moderador: Drª Francisca Cardoso

Autoavaliação da Glicemia Capilar: Enfª Ana Paula
Oliveira

15:30 Pausa para café

16:00 Monitorização Contínua da Glicemia

Drª Sara Vale

17:00 Fim dos trabalhos

25/outubro

09:00 Perfusão Subcutânea Contínua

de Insulina (PSCI)

Moderador: Drª Ester Gama

Preletor: Drª Ariana Marques

10:30 Pausa para café

11:00 Complicações Agudas - Como intervir
e prevenir?

Moderador: Drª Ester Gama

*Hipoglicemia - Definição, Intervenção e
Prevenção:* Enfª Ana Paula Oliveira

Hiperglicemia, Cetose e Cetoacidose -

Intervenção e Prevenção: Enfª Margarida

Marques

13:00 Pausa para almoço

14:00 Gestão do Regime Terapêutico III

Moderador: Drª Ester Gama

Exercício e Atividade física: Drª Rita Cunha

Dias especiais: Drª Catarina Coelho

15:00 Pausa para café

15:30 Criança, do Adolescente e do

Jovem com DM1

Desafios Psicossociais: Drª Sonia Leirinho

16:30 *Afetos e Sexualidade*

Dr. Marco Fernandes

17:00 Fim dos trabalhos

26/outubro

A Intervenção das Equipas de Saúde
Escolar: Perspetiva legal

9:00 Capacitação dos Cuidadores
Informais e a Delegação no Exercício
Profissional do Enfermeiro

Preletor: A designar

09:30 Intervenção em Saúde Escolar

Projeto DARE+ Professora Eva Maninho

10:30 Pausa para café

11:00 Perspetiva da Transição da Teoria

para a Prática

Enfª Mafalda Santos

Enfª Lídia Silva

11:30 Projeto DARE+

Professora Eva Maninho

Enfª Dulce Fonseca

13:00 Fim dos trabalhos


ANEXO VII- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO AVANÇADA AOS ENFERMEIROS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO AVANÇADA AOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO

Certifica-se que **MAFALDA MARIANA CORREIA SANTOS** participou na formação avançada Crianças e Jovens com Diabetes Tipo 1 em Contexto Escolar (DARE+), que teve lugar no Campus 5 do Politécnico de Leiria, nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2022, tendo assistido a um total de 18 horas de formação.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

ANEXO VIII- CERTIFICADO ENQUANTO INTEGRANTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA DA FORMAÇÃO AVANÇADA

CERTIFICADO ENQUANTO INTEGRANTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA DA FORMAÇÃO AVANÇADA



CERTIFICADO

Certifica-se que **Mafalda Santos** integrou a Comissão Científica e Organizadora da formação avançada Crianças e Jovens com Diabetes Tipo 1 em Contexto Escolar (DARE+), que teve lugar no Campus 5 do Politécnico de Leiria, nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2022.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

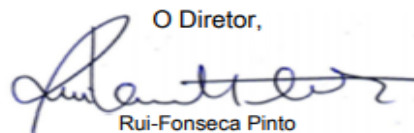
ANEXO IX- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO ENQUANTO ORADORA NA FORMAÇÃO AVANÇADA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO ENQUANTO ORADORA NA FORMAÇÃO AVANÇADA



CERTIFICADO

Certifica-se que **Mafalda Santos** participou, enquanto orador(a), na formação avançada Crianças e Jovens com Diabetes Tipo 1 em Contexto Escolar (DARE+), que teve lugar no Campus 5 do Politécnico de Leiria, nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2022, tendo apresentado o tema "*Perspetiva da Translação da Teoria para a Prática*" integrado no painel *A Intervenção das Equipas de Saúde Escolar: Perspetiva legal*.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto