

# Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: uma revisão *scoping*

Vânia Catarina Mendes Pinto<sup>1</sup>

 [orcid.org/0000-0001-6207-1320](https://orcid.org/0000-0001-6207-1320)

Maria Isabel Dias da Costa Malheiro<sup>2</sup>

 [orcid.org/0000-0002-9093-4821](https://orcid.org/0000-0002-9093-4821)

<sup>1</sup>Enfermeira Serviço de Especialidades Médicas do Hospital Dona Estefânia. Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – Portugal.

<sup>2</sup>PhD. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Portugal.

## Resumo

### Objetivo

Mapear e identificar na evidência científica as intervenções facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus Tipo 1.

### Método

Revisão Scoping foi realizada seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute. Foram incluídos estudos publicados de natureza quantitativa, qualitativa, ou mistos, assim como a literatura cinzenta, em Português, inglês, espanhol ou francês, produzidos entre 2016 e 2021.

Foram incluídos nesta revisão 8 estudos, selecionados nas seguintes bases de dados: CINAHAL; MEDLINE; MedicLatina; Eric; Cochrane CRCT; Cochrane CA; Cochrane DSR; Cochrane MR); Nursing Reference; JBI. Os resultados obtidos foram extraídos com recurso a um instrumento construído pelas autoras e alinhado com a questão/objetivo e expressos num resumo narrativo, incluindo áreas de destaque para pesquisas futuras.

### Resultados

Identificaram-se 3 grandes categorias no âmbito das intervenções facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus Tipo 1, nomeadamente, a existência de recursos e sistemas de suporte; o desenvolvimento de competências na gestão da doença (conhecimentos, modelagem e treino); comunicação e a continuidade dos cuidados.

### Conclusões

A transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus tipo 1 é influenciada por fatores relacionados com as condições ambientais, profissionais, organizacionais e da própria família. Os sistemas de suporte, o desenvolvimento de competências de gestão da DM1 (conhecimento e treino) e a comunicação/continuidade são destacados como foco de atenção no desenvolvimento das intervenções promotoras de uma transição segura.

### Palavras-chave

Diabetes Mellitus tipo 1; Integração Comunitária; Cuidado de Transição; Família; Criança.

### Introdução

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é caracterizada como uma doença autoimune na qual o sistema imunitário destrói as células beta do pâncreas produtoras de insulina<sup>1</sup>. A insulina é a hormona que controla os níveis de glicose no sangue, necessário ao funcionamento das células e produção de energia, sendo igualmente fundamental para o metabolismo das gorduras e proteínas<sup>1-2</sup>. O défice de insulina, provoca um descontrolo metabólico caracterizado por hiperglicemia, cetoacidose e se não for detetado e corrigido atempadamente, ao coma e em casos extremos à morte. É considerada a doença crónica mais frequen-

#### Autor de correspondência:

Vânia Catarina Mendes Pinto

E-mail: [vania.pinto@campus.esel.pt](mailto:vania.pinto@campus.esel.pt)

Recebido: 22.06.2022

Aceite: 20.11.2022

**Como citar este artigo:** Pinto, V, Malheiro, Isabel. Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: uma revisão scoping. Pensar Enf [Internet]. 2022 Dez; 26(1):5-14. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26i1.194>



te na infância, com uma taxa de incidência em crescimento em todo o mundo<sup>1</sup>. A região da Europa possui das taxas de prevalência mais elevadas do mundo<sup>1</sup>, verificando-se em Portugal uma taxa de 0,16%<sup>3</sup>. A literatura descreve que estes dados estatísticos se devem a uma etiologia multifatorial, na qual se inclui além da vulnerabilidade genética, a influência ambiental, os estilos de vida e comportamentos de saúde<sup>1</sup>.

Uma inapropriada gestão terapêutica da DM1, pode a longo prazo traduzir-se em comorbilidades microvasculares, macrovasculares, doenças autoimunes, alterações no desenvolvimento e crescimento infantil, alterações neurológicas e da saúde mental<sup>4</sup>. Deste modo, uma adequada gestão terapêutica da DM1 é fundamental para o controlo metabólico, manutenção da qualidade de vida da criança com DM1, prevenção de comorbilidades e diminuição de hospitalizações<sup>4</sup>. Esta gestão terapêutica implica educação, suporte, promoção de uma alimentação saudável, de atividade física e saúde mental<sup>4</sup>, além da adesão terapêutica, insulínica e do controlo glicémico<sup>5</sup>.

A criança em idade escolar (6 – 11 anos), encontra-se no estágio operatório-concreto do desenvolvimento cognitivo de Piaget<sup>6</sup>, pelo que ainda não possui capacidade cognitiva para perspetivar as sequelas e consequências relacionadas com uma inadequada gestão terapêutica<sup>7</sup>. Desta forma a família assume, também, o papel de gestor terapêutico, sendo por isso a DM1 considerada uma doença da família<sup>8</sup>. O conceito de família tem sofrido uma série de alterações nas últimas décadas, na sua estrutura e dinâmica. Porém, independentemente do seu número de elementos, pode ser definida como uma unidade fundamental para a promoção e manutenção da saúde, uma vez que é na família que se adquirem os comportamentos e estilos de vida<sup>9</sup>. O diagnóstico da DM1 simboliza uma alteração nas rotinas familiares, colocando a família vulnerável a *stressores* e a perturbações emocionais relacionadas com a angústia, o receio das complicações e muitas vezes a dificuldade de gerir a diabetes fora do ambiente familiar<sup>10-11</sup>. Acrescem responsabilidades relacionadas com a gestão terapêutica da DM1, e com o seu processo adaptativo na família, nomeadamente com a monitorização da glicemia capilar, administrações múltiplas de insulina, contabilização e vigilância da ingestão de hidratos de carbono<sup>10</sup>.

Uma intervenção multidisciplinar é necessária, na qual o cuidado centrado na família é a prioridade<sup>4,12</sup>, capacitando esta, para a gestão da DM1 na criança de acordo com as suas necessidades, com a estrutura e dinâmica familiar, facilitando o processo de adaptação à DM1 e a tomada de decisão<sup>11</sup>. O *empowerment* familiar funciona como um meio para reconhecer as necessidades, promover e aumentar a competência, assumindo o controlo pela gestão da DM1, pela sua supervisão, suporte e educação de forma progressiva, tanto na criança em concordância com a sua etapa de desenvolvimento, como na comunidade<sup>11</sup>. A família vai-se tornando perita no cuidado à criança com DM1 e parceira dos enfermeiros nos cuidados durante a hospitalização e após a alta.

A criança em idade escolar encontra-se no início da socialização e escolarização, estando por isso a adaptação e gestão terapêutica da DM1 mais vulnerável às influências do contexto escolar e dos pares<sup>6</sup>. O momento da alta hospitalar, é muitas vezes acompanhado por sentimentos de desamparo, isolamento, medo, depressão, insegurança, falta de conhecimentos, dúvidas quanto à possibilidade de retomarem os empregos, da criança regressar à escola e ao convívio com os amigos<sup>13,14</sup>. Tudo isto comprova, que a saúde de uma criança e sua família é indiscutivelmente influenciada pela comunidade

onde se encontram inseridos.

A comunidade é constituída por um grupo de indivíduos com características e interesses comuns, incluindo a criança, família, a vizinhança, os amigos, o ambiente físico, serviços educacionais, serviços de saúde e sociais, espaços de lazer<sup>15</sup>. O Enfermeiro desenvolve um trabalho em parceria com a criança e família em todos os contextos que a envolvem<sup>16</sup>, articulando com a comunidade, como forma de promover a saúde, a qualidade de vida, identificando e mobilizando recursos de suporte<sup>16</sup>. A criança em idade escolar com DM1 e sua família vivenciam períodos de transição, relacionados com o processo de desenvolvimento e com o diagnóstico de uma doença crónica desestabilizadora da rotina e dinâmica familiar. Uma transição diz respeito à transferência de responsabilidades de cuidados dos profissionais para os cuidadores, numa ótica de promoção da continuidade e segurança<sup>17</sup> e ainda, à passagem de um estado de estabilidade para outro igualmente estável, caracterizado por uma mudança, que pode ser esperada ou inesperada e por isso causadora de vulnerabilidade e insegurança<sup>18</sup>. Estudos que identificam os fatores envolvidos para uma transição segura nos indivíduos com condições crónicas, destacam a continuidade dos cuidados, o relacionamento entre os profissionais de saúde e familiares, os conhecimentos e o envolvimento na gestão terapêutica<sup>19</sup>.

Segundo a *World Health Organization*<sup>20</sup>, uma transição para o domicílio inadequada é responsável por um aumento da mortalidade, morbilidade, eventos adversos; falta de suporte, demora no acesso a cuidados adequados e sistemas de suporte da comunidade; aumento da necessidade de recurso aos serviços de saúde e do número de episódios de urgência; aumento da necessidade de exames adicionais; readmissões hospitalares evitáveis; dor, sofrimento emocional e físico para a criança e família, e ainda para a sua insatisfação.

Promover a continuidade de cuidados à criança e família com DM1, planeando de forma atempada a alta, contribui para a qualidade de vida, suporte, adesão terapêutica e minimização dos custos em saúde, representando uma estratégia e política de saúde a cumprir pelos serviços de saúde<sup>21-22</sup>. Ainda assim, e apesar do exposto, a transição do hospital para a comunidade nem sempre é realizada de forma eficiente, garantindo o suporte, o apoio para o processo adaptativo e para as necessidades sentidas na alta<sup>22</sup>.

Deste modo, é objetivo desta revisão, mapear e identificar na evidência científica as intervenções que são facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1 hospitalizada.

## Métodos

### Desenho do Estudo

A presente Revisão *Scoping* seguiu a metodologia do Joanna Briggs Institute, tendo sido realizada uma pesquisa inicial no Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports) e nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, não tendo sido verificada na evidência científica nenhuma Revisão Sistemática da Literatura efetuada ou em desenvolvimento referente à temática. Para a sua concretização foi definida numa fase inicial, uma pergunta de investigação, seguindo o modelo Participantes, Conceito e Contexto (PCC), que igualmente nortearam os critérios de inclusão. O protocolo desta revisão não foi registado ou publicado.

## Objetivo/Questão de Investigação

O objetivo desta revisão é identificar e mapear na evidência científica as intervenções que são facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1.

Quais as intervenções que facilitam a transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1?

## Questões de Investigação

Quais as intervenções realizadas pelos enfermeiros que facilitam a transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1?

Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que facilitam a transição da criança em idade escolar com DM1 para a comunidade?

Quais os sistemas de suporte que estão descritos como facilitadores na transição da criança em idade escolar com DM1 para a comunidade?

## Critérios de Seleção

A presente revisão *scoping* teve como critérios de inclusão todos os estudos de natureza qualitativa, quantitativa e todo o tipo de Revisões Sistemáticas da Literatura, publicados em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa. Ao nível temporal e sustentados na procura das intervenções mais recentes e inovadoras (telemedicina/videokonferência/Apps), optou-se por definir como critério de inclusão os estudos publicados nos últimos 5 anos (2016 a 2021).

Foram considerados critérios de inclusão no que se refere aos participantes, os estudos que envolvessem crianças em idade escolar com DM1. Relativamente ao conceito, o critério foram todos os estudos que abordassem a transição para o domicílio/comunidade. Relativamente ao contexto, consideraram-se os estudos que envolvessem o processo de transição de crianças em idade escolar com DM1 para a comunidade, sejam em contexto hospitalar, serviços de pediatria (internamento e ambulatório em consulta de especialidade) e ainda o domicílio.

Foram excluídos estudos que não incluíssem de entre a população alvo, crianças em idade escolar com DM1.

## Colheita de Dados

A estratégia de pesquisa teve por base os critérios de inclusão definidos no PCC e foi realizada em três etapas, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*<sup>23</sup> (JBI).

**Etapa 1-** Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) (via EBSCO) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Complete*) (via EBSCO) utilizando os termos em linguagem natural. Foram analisados os termos em linguagem natural, presentes no título e no resumo, e os termos indexados que descrevem os artigos resultantes da pesquisa. Com base nos termos em linguagem natural e indexada identificados, foram agrupados os conceitos que correspondem à definição dos Participantes, Conceito e Contexto (PCC), utilizando o marcador booleano OR entre os termos que definem o conceito chave, e o marcador booleano AND

entre os termos que definem os participantes, conceito e contexto.

Expressão de Pesquisa:

((child\* [título/resumo] OR “child” [termos MeSH] OR school age children [título/resumo]) AND (diabetes [título/resumo] OR diabetes mellitus type 1 [título/resumo] OR diabetes mellitus type I [título/resumo] OR “diabetes mellitus type 1” [termo MeSH])) AND ((community [título/resumo] OR home [título/resumo] OR “community integration” [termo MeSH] OR “community reintegration” [termo CSH] AND (transition\* [título/resumo] OR continuity care [título/resumo] OR discharge transition [título/resumo] OR coordination [título/resumo] OR transitional care [título/resumo] OR safe transition [título/resumo] OR “continuity of patient care” [termo MeSH] OR “transitional care” [termo MeSH])) AND ((hospital [título/resumo] OR hospital pediatric [título/resumo] OR hospital units [título/resumo] OR pediatric unit [título/resumo] OR pediatric nursery [título/resumo] OR hospital discharge [título/resumo] OR “hospital units” [termo MeSH] OR “hospital pediatric” [termo MeSH] OR “pediatric units” [termo CSH]))))

**Etapa 2 -** Posteriormente foi realizada uma pesquisa extensiva, realizada em abril de 2021, de todos os termos em linguagem natural e indexada selecionados, nas bases de dados CINAHL complete, Medline complete, JBI, Cochrane, Eric, MedicLatina e Nursing Reference.

No que respeita à pesquisa dos artigos na literatura cinzenta, foram utilizados o Google Scholar e o RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

**Etapa 3-** Nesta etapa foi realizada uma pesquisa das referências dos artigos identificados, com vista a encontrar fontes adicionais.

Dos artigos recuperados, procede-se à exclusão dos duplicados. Os restantes foram analisados por dois revisores independentes, tendo por base a relevância do título e do resumo, das palavras-chave e termos de indexação MeSH. Em caso de dúvida realizou-se a leitura do texto completo.

Após seleção de todas as publicações, foram considerados os artigos para leitura na íntegra, e avaliados em detalhe em relação aos critérios de inclusão. Em caso de discordância, a mesma foi resolvida com recurso a um terceiro revisor como forma de determinar a elegibilidade da publicação.

## Análise e Tratamento de Dados

Para os estudos que cumprem os critérios de inclusão, foram extraídos os dados que se verificaram relevantes para dar resposta à questão de investigação e objetivos da presente revisão *scoping*. Foi desenvolvido um instrumento de extração de dados com o intuito de facilitar a consulta de detalhes específicos da população em estudo, do conceito, do contexto e dos métodos de estudo. Os resultados foram agrupados relativamente às intervenções facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus tipo 1. Os dados foram extraídos por dois revisores independentemente. As discordâncias que surgiram foram resolvidas por meio de discussão ou com recurso a um terceiro revisor. Os autores dos artigos foram contactados para solicitar dados ausentes ou adicionais, sempre que necessário.

Por se tratar de uma revisão *scoping*, não foi levada a cabo nenhuma avaliação da qualidade dos artigos.

## Resultados

Tal como apresentado no Fluxograma (Figura 1) foram identificados nas bases de dados supracitadas 162 artigos potencialmente relevantes, tendo sido removidos 2 por se encontrarem duplicados. Foram analisados o título e o resumo, quanto aos critérios de inclusão e indexação, excluindo-se 146. Ficam para leitura do texto integral 14 artigos, tendo-se excluído 1 por ser um artigo incompleto e não ter sido possível a sua aquisição, o que consideramos ter sido uma limitação. Após a leitura integral dos 13 artigos, procedeu-se à análise dos mesmos excluindo-se 7 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão. Aos restantes 6, adicionam-se 2 artigos encontrados na literatura cinzenta, igualmente analisados quanto ao cumprimento dos critérios de inclusão. Por fim, foram incluídos nesta revisão *scoping* 8 artigos, que se encontram sintetizados na tabela 1. Os países de origem, tipos de estudos, profissionais envolvidos e intervenções identificadas encontram-se descritas sob a forma de narrativa.

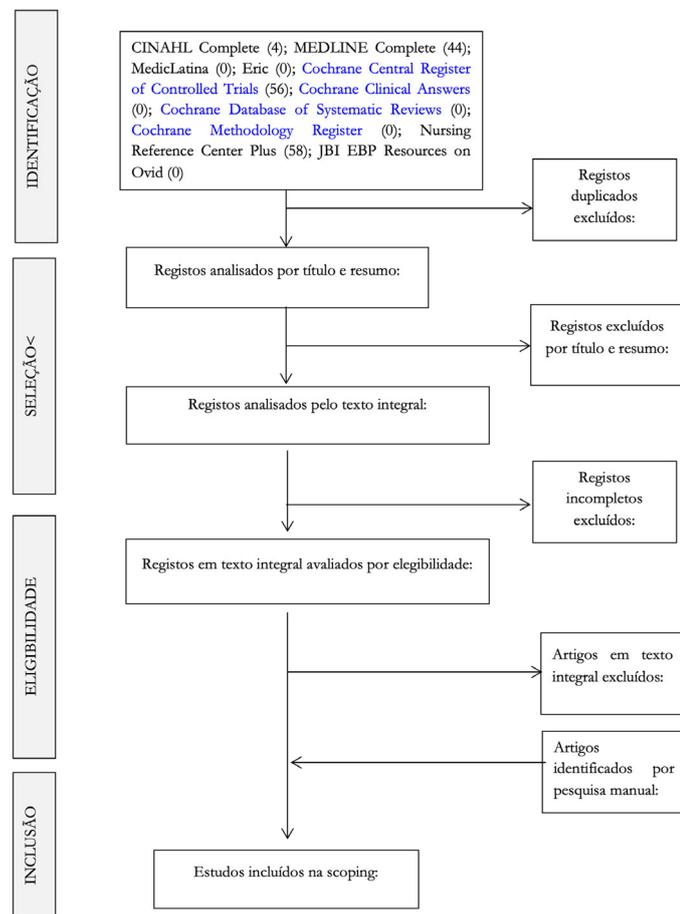


Figura 1 – Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos

Fonte: Moher, Tetzlaff, and Altman (2009).

Autor/Ano	Objetivo (S)	População	Conceito	Contexto
1. Sparud-Lundin, C e Hallström, I, 2016 (24)	Explorar a experiência dos pais perante duas abordagens diferentes de cuidados: cuidados baseados no domicílio hospital e cuidados domiciliários.	36 diádes: 17 no grupo do cuidado hospitalar e 19 no grupo do cuidado domiciliário hospital. 14 eram crianças em idade escolar.	Foram analisadas as condições ambientais e de aprendizagem para o regresso a casa.	Hospitalar Domiciliário Hospitalar
2. Schub T e Smith N, 2017(25)	Desenvolver um programa de intervenção, promotor da capacitação e adaptação das crianças, adolescentes e família com DM1.	Crianças em idade escolar, adolescentes e famílias.	Identificadas intervenções promotoras da capacitação para a gestão terapêutica da DM1 com início na admissão hospitalar e possíveis recursos na comunidade.	Hospitalar
3. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Nascimento LC e Guedes MVC, 2017(26)	Compreender a influência do modo de vida da criança e família, as suas redes de apoio social, para orientar o cuidado à criança com DM1.	26 diádes mãe - criança em idade escolar.	As redes de apoio identificadas, foram a família, os amigos, a escola, a convivência com outras famílias de crianças com DM1, as crenças espirituais e os profissionais de saúde.	Ambulatório de referência especializado no tratamento da Diabetes.
4. Wolkers PCB, Pina JC, Wernet M, Furtado MCC e Mello DF, 2019(27)	Investigar a trajetória e o acompanhamento de crianças com DM1 no que concerne à atenção prestada pelos serviços de saúde, a coordenação entre os serviços, a criança e suas famílias.	46 Mães, 8 pais, 2 avós (das 56 crianças com DM1 envolvidas, 46 tinham idade compreendida entre os 6 e os 11 anos)	Os dados foram categorizados com a falta de profissionais qualificados; dificuldades no acesso; défice de comunicação entre os serviços de saúde; insegurança nos outros serviços; excesso de burocracia; necessidade de humanização, individualização nos cuidados e de coordenação.	Ambulatório do Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Minas Gerais e Ambulatório de pediatria do hospital universitário
5. Schiaffini R, Barbeti F, Rapini N, et al., 2020(28)	Avaliar a eficácia do retorno exclusivo aos cuidados parentais em crianças em idade pré-escolar e escolar com DM1 com o sistema Tandem Basal IQ durante a pandemia COVID-19.	22 diádes (pais - crianças entre os 3 e os 10,5 anos) Todas as crianças possuíam tecnologia Tandem Basal IQ para a gestão e controlo metabólico.	Foi comparado o controlo metabólico através da MCG entre as duas últimas semanas do fim da pandemia e as 2 semanas de confinamento pela pandemia à COVID-19.	Unidade Diabetes do hospital infantil Bambino Gesù
6. Klee K, Thomas, K, Atkins D e Ness K, 2020(29)	Explorar as perceções das famílias de crianças com DM1 sobre a formação recebida, a sua capacidade de transferir a aprendizagem para o domicílio, como forma de melhorar o conteúdo educacional.	Familiares de crianças (3 – 16 anos) com DM1 nativos de um país da África Oriental	Definidas duas categorias relacionadas com o processo de capacitação obtido no momento da hospitalização, e relacionada com a transição dos conhecimentos para o domicílio.	Consulta de endocrinologia associada ao Hospital

Tabela 1 – Seleção e descrição dos artigos

7. Braune K, Boss K, Schmidt-Herzel J, Gajewska KA, Thieffry A, Schulze L, et al., 2021 <sup>(9)</sup>	Avaliar e analisar os fatores de sucesso e as barreiras na transição do atendimento convencional para o digital nas crianças com DM1 e sua família.	28 crianças (3-12 anos) com DM1, com bomba de insulina e seus cuidadores	Consultas remotas, com acesso clínico de dados através de ferramentas digitais. Analisada a satisfação e a eventual inclusão deste tipo de acompanhamento.	Hospital Universitário
8. Tong H-J, Qiu F e Fan L, 2021 <sup>(9)</sup>	Explorar a influência do plano de alta hospitalar com base nas necessidades de cuidados parentais de crianças com DM1.	102 diades: crianças (59 em idade escolar) com DM1 e familiares	Aplicado um plano de transição para a alta com continuidade após a mesma.	Internamento hospitalar

Tabela 1 – Seleção e descrição dos artigos

### Países de origem

Dos artigos incluídos, 2 tiveram origem no Brasil<sup>26-27</sup>, 1 na China<sup>31</sup>, 1 na Itália<sup>28</sup>, 1 na Suécia<sup>24</sup>, 1 no Canadá<sup>30</sup> e 2 nos Estados Unidos da América<sup>29, 25</sup>.

### Tipos de Estudo

Dos 8 artigos, 2 são estudos quantitativos<sup>28,31</sup>, 3 são estudos qualitativos<sup>26-27, 29</sup>, 2 são mistos<sup>24,30</sup> e 1 diz respeito a um manual de procedimentos/guideline<sup>25</sup>.

Dos estudos quantitativos, verifica-se que um faz uso do método observacional retrospectivo<sup>28</sup> e o outro utiliza um estudo quase-experimental, utilizando como metodologia um ensaio clínico prospectivo<sup>31</sup>.

Dos 3 estudos qualitativos, um utiliza uma abordagem fenomenológica<sup>26</sup>.

Dos 2 estudos mistos, ambos utilizam na vertente qualitativa a entrevista, na vertente quantitativa um apresenta um desenho de coorte longitudinal prospectivo e o outro um ensaio clínico randomizado controlado<sup>24, 30</sup>.

### Profissionais Envolvidos

Dos 8 artigos, verifica-se que 5 dos estudos foram realizados por enfermeiros<sup>25-27,29, 31</sup>, 2 por médicos<sup>24,28</sup> e um por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogo e assistente social<sup>30</sup>. Verifica-se que a maioria dos estudos foi realizada por profissionais de enfermagem.

### Intervenção e Avaliação

Um dos estudos faz referência ao desenvolvimento de um plano de cuidados centrado na criança com DM1 e família, de apoio ao exercício profissional<sup>25</sup>. Por sua vez, é destacado como uma intervenção facilitadora da transição, um cuidado individualizado, centrado nas necessidades, no contexto ambiental/cultural onde a criança e família se inserem como forma de facilitar a tomada de decisão e adesão terapêutica<sup>26,28-29</sup>.

O estudo de Tong, Qiu e Fan<sup>31</sup> apresenta como intervenção facilitadora da transição um plano de alta hospitalar com continuidade

de após a alta através de consultas de *follow-up* via telefónica ou *weechat*. Outro estudo demonstra que o Cuidado Domiciliário Hospitalar se revelou uma importante intervenção facilitadora da transição para a comunidade, pelo carácter realista que confere ao processo de capacitação<sup>24</sup>.

Promover uma comunicação intersectorial fluida e que garanta a continuidade de cuidados entre as várias instituições de saúde e profissionais, foi apontada como uma intervenção promotora de satisfação pelos pais de criança com DM1, segurança e confiança para uma adequada gestão terapêutica<sup>27</sup>.

A rede de apoio social às famílias e as ferramentas tecnológicas de suporte social são igualmente descritas como intervenções facilitadoras<sup>26</sup>, bem como, o suporte conferido pela comunidade escolar às famílias de crianças com DM1 no que diz respeito a uma adequada gestão terapêutica da DM1 durante o período escolar<sup>28</sup>. Neste último importa realçar a capacitação da comunidade escolar e a adoção de novas intervenções, como a telemedicina centrada no suporte da comunidade escolar<sup>25</sup>. Como novas intervenções aliadas à tecnologia e de adaptação a um contexto digital, identificam-se as consultas remotas através das plataformas digitais como facilitadoras da transição<sup>30</sup>.

### Síntese dos Resultados

Atendendo aos resultados que emergiram para dar resposta à questão de investigação, podemos agrupar em três categorias, os Recursos/Sistemas de suporte facilitadores da transição; o desenvolvimento de competências (conhecimentos, modelagem e treino); e a comunicação.

### Recursos / Sistemas de Suporte à Transição

Vários foram os sistemas de suporte / recursos apontados como facilitadores do processo de transição da criança e família para o domicílio.

No momento do diagnóstico e de regresso a casa, a família sente medo e sobrecarga relacionada com cuidados complexos que a condição de saúde exige, antes mesmo de ter compreendido o diagnóstico e se ter adaptado a ele. Revelam a importância de adequar a informação às necessidades e especificidades culturais da família, para reduzir o impacto negativo. Revela ainda que a existência de intérpretes nas sessões de educação para a saúde são um fator favorável ainda que por vezes possa ser confuso por estar sujeito à interpretação do tradutor<sup>29</sup>.

A comunidade escolar é considerada um fator de suporte à transição<sup>26,28</sup>, verificando-se um menor controlo metabólico neste contexto quando comparado com um cuidado exclusivamente parental<sup>28</sup> no período de confinamento devido à pandemia COVID 19. Assim como a escola, a religião, os amigos, outros cuidadores e a equipa de saúde contribuem para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e resolução das adversidades relacionadas com o cuidado à criança. Deste modo, deve envolver, para além da família, os outros cuidadores, amigos da criança e a comunidade escolar, pelo que a promoção de um cuidado culturalmente sensível é apontado como um importante contributo para a qualidade de vida de crianças com DM1 e seus familiares<sup>26, 25</sup>.

Os grupos de apoio, informais revelaram-se como uma importante estratégia de suporte, no âmbito do conhecimento sobre a DM1 e partilha de experiências, em que as famílias/cuidadores demons-

tram a necessidade de se desenvolverem ações formais neste âmbito<sup>26</sup>.

O recurso a tecnologias e a consultas remotas (virtuais) são considerados benéficas para as crianças e família, promotoras do envolvimento e da tomada de decisão<sup>30</sup>.

O cuidado domiciliário hospitalar, que consiste na assistência domiciliária pela equipa do hospital, é considerado um recurso mais orientado para a família e para as suas necessidades, conferindo à família um sentimento de maior preparo e confiança no regresso a casa. É promotor da aprendizagem situacional, por ser mais semelhante à vida diária real e por exigir a reflexão e a tomada de decisão, ainda que suportada e apoiada pelo enfermeiro (contacto telefónico e visita)<sup>24</sup>.

Também é apontado como essencial no cuidado durante o processo de transição o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista e psicólogo) no cuidado à criança com diabetes e sua família.<sup>25,30-31</sup>

### Desenvolvimento de Competências (Conhecimentos, Modelagem e Treino)

Os conhecimentos da família e cuidador da criança sobre a DM1 (fisiopatologia, sinais, sintomas, manifestações clínicas e respetivo tratamento) são revelados como fundamentais para a aquisição da autonomia na gestão terapêutica e determinantes para o sucesso na transição para o domicílio<sup>24-26,28-29,31</sup>.

A criança em idade escolar pode nesta fase de desenvolvimento iniciar o processo através da manipulação de equipamentos, podendo-se recorrer a desenhos e imagens para facilitar a integração da mensagem educacional<sup>25</sup>. Referem ainda a frequência nos campos de férias para crianças com DM1 como uma estratégia facilitadora para o desenvolvimento de competências na gestão da DM1<sup>25</sup>.

A adequação do plano de ensino à criança e família, atendendo à sua cultura e estilo de vida é descrito<sup>29</sup> como uma estratégia a integrar nos cuidados.

O desenvolvimento e implementação de um plano de alta hospitalar revelou ser uma estratégia para melhorar a preparação para a alta, promotor da adesão terapêutica, tomada de decisão no momento da alta e um melhor controlo glicémico. O plano de capacitação envolvido, adotou sessões de educação temáticas para as crianças com DM1 e suas famílias e o treino de habilidades através do método de ensino-retorno “*talk-back*” e “*demo-back*”<sup>31</sup>, respetivamente. Relacionado com o *empowerment* profissional verifica-se que os profissionais necessitam de aprimorar as suas competências no cuidado à criança com DM1 e sua família, nos vários serviços de saúde<sup>27</sup>, como forma de promover a segurança dos cuidados, a confiança dos pais de crianças com DM1 quando necessitam de recorrer a serviços de serviço que vão para além da consulta de especialidade.

### Comunicação / Continuidade

Os familiares e cuidadores da criança com DM1 relatam como barreira a uma transição bem-sucedida a comunicação deficitária entre as instituições de saúde/serviços de saúde, a fragilidade no vínculo com os serviços especializados de acompanhamento da criança com DM1 e sua família (consulta de endocrinologia), uma abordagem dos serviços de saúde muito centrada na patologia como ineficiente frente à complexidade das condições crónicas, comprometendo a segurança dos cuidados, a humanização dos cuidados, aumentando

a vulnerabilidade, o acompanhamento na tomada de decisão e a desinformação. Destacam a necessidade de ações intersectoriais, a participação social e a coordenação das redes de atenção, promotor do acesso e inclusão<sup>27</sup>, através da capacitação da equipa dos serviços de saúde no cuidado à criança com DM1 e sua família, com vista a ordenar, coordenar o cuidado e tornar o cuidado mais especializado nesta área; através de práticas de educação em saúde para a criança e família, da criação de espaços reflexivos com escuta qualificada, troca de experiências e valorização de saberes; através da possibilidade de atendimento telefónico para referenciação em rede, continuidade no cuidado e suporte; através de visitas domiciliárias para uma maior especificidade frente às dúvidas que surgem no dia-a-dia permitindo um acompanhamento focado e humanizado na criança com DM1 e família.

A realização de acompanhamento telefónico e intervenção *Wechat* (*on-line*) após a alta, espaçadas gradualmente (1 semana, 1 mês, 3 meses) constituíram estratégias facilitadoras de uma transição bem-sucedida ao nível do controlo metabólico<sup>31</sup>.

A telemedicina centrada na escola, na qual a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista) permanecem em contacto telefónico com a escola, numa ótica de apoio, suporte e capacitação para uma adequada gestão terapêutica da DM1, foi também apontada como uma estratégia que facilita a continuidade de cuidados da criança com DM1 na escola<sup>25</sup>.

As consultas de seguimento remotas (*on-line*) realizadas durante a pandemia pela COVID-19 foram também consideradas pelas famílias com uma boa estratégia, aumentam a proximidade dos profissionais e as famílias e melhoram a qualidade de vida das crianças com DM1 e sugerem que se mantenham futuramente<sup>30</sup>.

Outra estratégia muito valorizada são os cuidados domiciliários hospitalares, pois oferecem uma transição para casa mais gradual, com a possibilidade de transitarem para uma casa do hospital, com supervisão dos profissionais de saúde, e retornarem ao domicílio em períodos do dia (exemplo, a criança e a família permanecerem na casa do hospital durante o dia irem dormir a sua casa)<sup>24</sup>.

### Discussão

Nos últimos 5 anos foram encontrados 8 estudos que nos remetem para intervenções facilitadoras da transição da criança com DM1 hospitalizada e sua família para a comunidade, dando deste modo resposta à questão de investigação formulada inicialmente.

A extensa e disponível evidência mapeada na presente *Scoping Review* indica-nos que os sistemas de suporte como exemplo os profissionais de saúde, a comunidade, a existência de um plano educacional e de um plano de alta hospitalar se revelam importantes focos de atenção para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da transição.

Nos estudos encontrados a promoção da capacitação da criança com DM1 em idade escolar e sua família para a gestão terapêutica, autonomia e tomada de decisão, foi a intervenção mais valorizada para uma transição segura do hospital para o domicílio. Tong, Qiu e Fan<sup>31</sup> referem que a intervenção educacional, dirigida aos pais de crianças com DM1 no sentido de promover a aquisição de competências e habilidades antes da alta hospitalar, com foco na resolução de problemas e habilidades de autogestão, são fundamentais para a transição do hospital para o domicílio. A educação de elevada qualidade na preparação da alta hospitalar é benéfica para, garantir que os cuidados continuam a ser prestados após a alta, prevenir as

complicações, reduzindo as taxas de readmissões hospitalares por intercorrências<sup>31</sup>. Sy<sup>32</sup> refere que a capacitação efetiva da criança com DM1 e família resulta numa diminuição dos custos em saúde e aumenta a satisfação no profissional de saúde. Os resultados revelam que os enfermeiros sentem insegurança, relacionam com défice nos conhecimentos necessários para a promoção da capacitação, pelo que desenvolveu um plano de formação dirigido aos enfermeiros, facilitador do processo de aquisição de competências com foco no profissional e na família. Este plano de formação incluiu, para além da componente teórica, o treino de simulações nos profissionais e o desenvolvimento de instrumentos e recursos de apoio para o profissional, tais como um plano educacional a implementar na criança e família, desde a sua admissão até à alta, ressaltando que o mesmo deverá ser flexível às necessidades e individualidades do cliente<sup>32</sup>.

O *empowerment* e perícia do profissional é descrito num dos estudos como facilitador do acesso à saúde e acompanhamento da criança com DM1 nos vários serviços públicos<sup>27</sup>. Resultados corroborados nos resultados do estudo de Sparud-Lundin e Hallström<sup>24</sup> onde referem que os familiares sentem insegurança e frustração quando percebem que o enfermeiro não é perito na DM1, podendo este sentimento de dúvida e insegurança ser uma barreira ao desenvolvimento de competências de gestão da DM1.

O processo de capacitação da criança com DM1 e família começa no hospital pouco tempo depois do momento em que é revelado o diagnóstico e de acordo com o estudo elaborado por Tong, Qiu e Fan<sup>31</sup> está programado para ser concluído numa média de três dias, pelo que os cuidadores descrevem o ritmo de aprendizagem como sendo “esmagador e complexo”<sup>29</sup>. Neste sentido, o mesmo autor, corroborado por Pennafort et al.<sup>26</sup> referem que é necessário adequar o ritmo da formação e capacitação, em concordância com o processo de adaptação ao diagnóstico, às mudanças no estilo de vida, ao estado emocional e disponibilidade para aprendizagem da criança com DM1 e sua família.

É igualmente relevante neste domínio, que os cuidados prestados sejam culturalmente competentes e adequados à individualidade de cada criança com DM1 e família. Um dos estudos realizado com cuidadores e famílias oriundas da África Oriental revelaram uma dissonância na adequação dos ensinamentos e cuidados culturalmente competentes, quando o treino de contabilização dos hidratos de carbono no hospital, era feito com alimentos e horários de refeição completamente diferentes dos seus hábitos de vida em casa<sup>29</sup>. Apesar de os autores referirem como limitação o número reduzido de participantes na amostra, os resultados alertam para a necessidade de considerar nestes programas de capacitação para a gestão da DM1 a cultura, religião, tradições e hábitos alimentares de famílias imigrantes<sup>29</sup>.

A comunicação é outro aspeto que é referido como intervenção facilitadora da transição da criança com DM1 e sua família do hospital para o domicílio, a acessibilidade à informação sobre a saúde e respetivos cuidados e está relacionada com a compreensão e domínio por parte do profissional de saúde do seu idioma. As diferenças culturais interferem na compreensão das orientações prestadas e quando não percebidas tornam estas famílias mais vulneráveis e em risco. Familiares expressam a necessidade de um profissional de saúde que fale a sua língua materna, para que durante o processo de capacitação e acesso aos cuidados, a informação não seja sujeita à interpretação do tradutor<sup>29</sup>.

Uma boa comunicação e articulação intersectorial é destacada

como uma condição fundamental para uma transição segura. Um dos estudos refere como barreira ao cuidado da criança com DM1 o fato da saúde ser fragmentada e organizada em pontos de atenção isolados e sem comunicação entre si, o que coloca em risco a segurança dos cuidados, e a continuidade dos mesmos<sup>27</sup>. Este estudo revela que o défice de comunicação entre os profissionais, compromete o cuidado integral à saúde destas crianças e família. Os familiares e cuidadores envolvidos no estudo descrevem como intervenção facilitadora um contacto telefónico disponível continuamente e visitas domiciliárias, além da maior especialização no atendimento e acompanhamento<sup>27</sup>.

Os resultados desta Revisão *Scoping* destacam a comunidade, como a escola, os amigos, a rede de apoio social, os familiares e os serviços de saúde são focos de atenção para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras de transição. No entanto, um dos estudos revela que a comunidade escolar nem sempre possui os conhecimentos necessários para a adequada gestão terapêutica da criança com DM1<sup>28</sup>. Sendo a escola um contexto em que as crianças passam grande parte do seu dia, é importante que a comunidade educativa possua as competências e treino necessário à promoção de um ambiente seguro para a criança com DM1 e para a manutenção do seu controlo glicémico. O défice de conhecimento para dar continuidade ao cuidado na gestão terapêutica da criança com DM1, pode-se repercutir negativamente na confiança e segurança sentida pelos pais<sup>28</sup>. A escola e os amigos representam suportes sociais importantes para o controlo da diabetes, podendo os amigos por um lado desempenhar um papel facilitador no processo de adaptação à condição, controlo e cuidado em situações de intercorrência, ou por outro lado, influenciar negativamente as escolhas alimentares<sup>26</sup>. Schiaffini et al.<sup>28</sup> reforça a necessidade de fortalecer as competências na gestão da DM1 neste contexto, quando referem nos seus resultados que os níveis glicémicos das crianças estiveram mais controlados durante o confinamento provocado pela pandemia COVID19, período em que os pais foram os únicos cuidadores quando comparados com os valores no período prévio. A telemedicina centrada na escola, surge como uma forma de promover uma efetiva articulação com a escola e assim facilitar a transição da criança com DM1 para a comunidade<sup>25</sup>.

As redes sociais informais, entre mães e cuidadores, são descritas como favorecedoras do processo de transição para o domicílio, constituindo um importante suporte, promotor de confiança, e do processo de adaptação à doença do filho. Perspetiva-se a importância de se desenvolverem ações formais pelos profissionais, que possibilitem o encontro das mães de crianças com DM1, dando-se assim visibilidade às questões socioculturais<sup>26</sup>.

A construção de um plano para a alta no internamento revelou ser uma intervenção importante a integrar a nível institucional, uma vez que promove a transição de um contexto hospitalar para a comunidade, iniciando na admissão e sendo um processo contínuo que se prolonga até depois da alta, através de consulta telefónica e intervenção por *wechat*. Ao preparar a família da criança com DM1 para a alta, promove-se a sua satisfação, na medida em que se conhecem as suas necessidades e se ajusta o plano de educação ao cliente e às necessidades identificadas no domicílio<sup>31</sup>.

A adoção do cuidado domiciliário hospitalar, na qual a criança e família após estabilidade clínica é transferida para uma casa do hospital, local onde se desenvolve o processo de capacitação com o apoio do enfermeiro e restante equipa multidisciplinar, revelou ser uma efetiva intervenção facilitadora da transição e de capacitação

eficaz no que se refere ao controlo glicémico. Os pais referem uma maior satisfação, confiança no regresso a casa, mais conhecimentos e um maior envolvimento na tomada de decisão, por ser uma intervenção num ambiente semelhante ao de sua casa e as atividades normais do dia-a-dia quando comparado com o ambiente hospitalar e os *stressores* que o envolvem<sup>24</sup>.

Para facilitar a adaptação ao domicílio e consequente recetividade para a aprendizagem, mais personalizada às dificuldades sentidas no dia a dia e centrado na resolução de problemas concretos, a implementação de uma consulta online em contexto pandémico com recurso a plataformas digitais, é destacada pelos familiares como redutoras do *stress* associado à ida ao hospital, a possibilidade de estar num contexto mais confortável, seguro e familiar, com um aumento do empenho<sup>30</sup>. No entanto, referem como constrangimento estarem dependentes de tecnologia (bombas de insulina, monitorização contínua da glicose, registos de saúde eletrónicos, computador, ligação à internet) e da necessária literacia tecnológica<sup>30</sup>.

É notório o destaque que é dado ao contributo da equipa multidisciplinar envolvida no processo de transição com a capacitação para a gestão terapêutica da DM1 que implica não só o controlo glicémico e insulínico, mas também a adequação alimentar, exercício físico, prevenção e gestão de intercorrências, além da necessária intervenção da psicologia para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e de gestão emocional<sup>25, 30-31</sup>.

## Conclusão

A presente Revisão *Scoping* permitiu mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções facilitadoras da transição para a comunidade na criança em idade escolar com DM1, e dar uma resposta efetiva ao objetivo proposto e à questão de investigação.

Verificou-se que as estratégias encontradas nesta revisão estão interligadas, e que a transição para a comunidade implica uma resposta complexa e multidimensional.

Emergiram como estratégias facilitadoras de uma transição segura, a individualização dos cuidados e os cuidados culturalmente competentes; o desenvolvimento de um plano de transição para a alta com continuidade após a saída do hospital; a necessidade de se criarem formalmente grupos de apoio para partilha de conhecimento e de experiências entre cuidadores; uma efetiva comunicação e articulação de cuidados entre serviços para um acompanhamento integral da saúde da criança com doença crónica com destaque nas soluções digitais/virtuais; a perícia do profissional de referência em DM1 e formação na área como intervenção fundamental para que transmite segurança, confiança e qualidade no processo de capacitação dos pais; o envolvimento da comunidade escolar, sugerindo o recurso à telemedicina centrada na escola; a realização de consultas via on-line, como minimizador do *stress* hospitalar e promoção da continuidade dos cuidados no domicílio; a criação de uma linha telefónica de apoio à família da criança com doença crónica e por fim o destaque no cuidado domiciliário hospitalar como um cuidado hospitalar promotor da transição e regresso a casa. Os sistemas de suporte, o desenvolvimento de competências de gestão da DM1 (conhecimento e treino) e a comunicação/continuidade são destacados como foco de atenção no desenvolvimento das intervenções promotoras de uma transição segura. Podemos concluir, que a transição é influenciada por fatores relacionados com as condições ambientais, profissionais, organizacionais e da própria família.

Importa realçar que, associada à pandemia pela COVID-19 emer-

giram novas formas de cuidar, aliadas ao desenvolvimento tecnológico e que podem ser importantes soluções facilitadoras de uma transição segura da criança com DM1 e sua família.

Consideramos que a exclusão de um artigo, por não ter sido possível a sua aquisição foi uma limitação da presente revisão.

## Implicações para a Investigação

Futuros estudos primários devem procurar conhecer as estratégias da transição no sentido da promoção da continuidade de cuidados e de articulação intersectorial, uma vez que foi uma das lacunas identificadas nesta revisão *scoping*.

## Implicações para a Prática

Emerge desta revisão *scoping* um conjunto de intervenções com potencial para serem efetivas na facilitação da transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1. Por terem sido realizadas em países com uma política de saúde diferente, sugere a necessidade de se realizarem estudos primários que avaliem a efetividade destas estratégias/intervenções, tais como o cuidado domiciliário hospitalar, a telemedicina centrada na escola em Portugal. Esta revisão *scoping* permitiu perspetivar uma evolução no cuidado mais centrado na pessoa e no ambiente.

## Conflitos de Interesse

Não há quaisquer conflitos de interesse em relação a esta revisão *scoping*.

## Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas [Internet]. 9th ed.; Bruxelas: International Diabetes Federation; 2019 [citado em 2020 Ago 20]. p.26-66. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/en/>
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 2020 Ago 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>
3. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e números: O ano de 2015: Relatório anual do Observatório da Diabetes [Internet]. Lisboa: SPD; 2016 [citado em 2020 Ago 21]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/03/15/diabetes-factos-e-numeros-2015/>
4. American Diabetes Association. Children and adolescents. Diabetes Care [Internet]. 2017;40(Suppl 1):S105-S113. doi:10.2337/dc17-S0152017
5. Direção-Geral da Saúde. Crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1: Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação [Internet]. Lisboa: DGS; 2019 Set. [citado em 2020 Ago 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx>

6. Papalia DE, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH editora Lda; 2013.
7. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, et al. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: A statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005 Jan.; 28(1):186–212. doi: [10.2337/diacare.28.1.186](https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.186)
8. Christie D. How do children and adolescents understand their diabetes? *Pract Diabetes*. 2019 Jul; 36(4):117. doi: [10.1002/pdi.222](https://doi.org/10.1002/pdi.222)
9. Regulamento nº 351/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série [Internet]. 2015 [citado em 2020 Ago 21] p.16666-16665. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>
10. McConville A, Noser AE, Nelson E-L, Clements MA, Majidi S, Patton SR. Depression as a predictor of hypoglycemia worry in parents of youth with recent-onset type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2020 Ago; 21(5):909–16. doi: [10.1111/pedi.13039](https://doi.org/10.1111/pedi.13039)
11. Sparapani VC, Nascimento LC. Children with type 1 diabetes mellitus: Strengths and weaknesses in the management of this disease. *Cien Saude Colet*. 2009 Abr; 8(2):274–9. doi: [10.4025/ciencsaude.v8i2.8211](https://doi.org/10.4025/ciencsaude.v8i2.8211)
12. Nascimento LC, Amaral MJ, Sparapani VC, Fonseca LMM, Nunes MDR, Dupas G. [Type 1 diabetes mellitus: evidence from the literature for appropriate management in children's perspective]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Jun; 45(3):764–9. doi:[10.1590/s0080-62342011000300031](https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000300031)
13. Docherty SI, Barfield R, Thaxton C & Brandon D. Cuidado centrado na família de crianças com necessidades especiais. In: Hockenberry M, Wilson D, editores. *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p. 515-455.
14. Nieto-Eugenio I, Ventura-Puertos PE, Rich-Ruiz M. S.O.S! My child is at school: A hermeneutic of the experience of living a chronic disease in the school environment. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jul; 53:e171–8. doi: [10.1016/j.pedn.2020.03.016](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.016)
15. Brosnan CA, Upchurch SI, Gallagher MR. Cuidados à criança e à família com base na comunidade. In: Hockenberry M, Wilson D, editores. *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p.17-21
16. Regulamento nº 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série [Internet]. 2018 [citado em 2020 Ago 21] p.19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
17. Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017 [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [citado em 2020 Ago 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt>
18. Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. In: Meleis AI, editor. *Transitions theory: Middle range and situations-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 38-51.
19. Bonati M. Transitioning youth to adult age also through health services. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Jan 9; 29:e88. doi: [10.1017/S2045796019000842](https://doi.org/10.1017/S2045796019000842)
20. World Health Organization. Transitions of care: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [Citado em 2020 Out 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf?sequence=1>
21. Mendes FRP, Gemitto MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casa-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Cien Saude Colet*. 2017 Mar, 22(3), 841-853. doi: [10.1590/1413-81232017223.26292015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015)
22. Paniagua DV, Ribeiro MPH, Correia AM, Cunha CRFE, Baixinho CL, Ferreira Ó. Project K: Training for hospital-community safe transition. *Rev Bras Enferm*. 2018 Set 2; 71(5):2264–71. doi:[10.1590/0034-7167-2018-0190](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190)
23. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM manual for evidence synthesis*, JBI [Internet]. 2020 [citado em 2020 Ago 21]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
24. Sparud-Lundin C, Hallström I. Parents' experiences of two different approaches to diabetes care in children newly diagnosed with Type 1 Diabetes. *Qual Health Res*. 2016 Ago; 26(10):1331–40. doi: [10.1177/1049732315575317](https://doi.org/10.1177/1049732315575317)
25. Schub T, Smith N. Patient education: Teaching the child or adolescent with Diabetes Mellitus, Type 1. *CINAHL Nursing Guide* [Internet]. 2017 [citado em 2021 Out 28]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T705748&site=nup-live&scope=site>
26. Pennafort VPDS, Queiroz MVO, Nascimento LC, Guedes MVC. Network and social support in family care of children with diabetes. *Rev Bras Enferm*. 2016 Set; 69(5):912–9. doi: [10.1590/0034-7167-2015-0085](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085)
27. Wolkers PCB, Pina JC, Wernet M, Furtado MCC, Mello DF. Children with Diabetes Mellitus Type 1: Vulnerability, care and access to health. *Texto & Contexto Enferm*. 2019 Jan; 28:1–17. doi: [10.1590/1980-265X-TCE-2016-0566](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0566)
28. Schiaffini R, Barbetti F, Rapini N, Inzaghi E, Deodati A, Patera IP, et al. School and pre-school children with type 1 diabetes during Covid-19 quarantine: The synergic effect of parental care and technology. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020 Ago, 166:108302. doi:

[10.1016/j.diabres.2020.108302](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108302)

29. Klee K. Perceptions of diabetes education among east african immigrant parents. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2020 Mai [citado em 2021 Out 28]; 46(3):146–51. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143616623&lang=pt-pt&site=ehost-live>

30. Braune K, Boss K, Schmidt-Herzel J, Gajewska KA, Thieffry A, Schulze L, et al. Shaping workflows in digital and remote diabetes care during the COVID-19 Pandemic via service design: Prospective, longitudinal, open-label feasibility trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021 Abr 5; 9(4):e24374. doi: [10.2196/24374](https://doi.org/10.2196/24374)

31. Tong H-J, Qiu F, Fan L. Effect of hospital discharge plan for children with type 1 diabetes on discharge readiness, discharge education quality, and blood glucose control. *World J Clin Cases*. 2021 Fev 6; 9(4):774–83. doi: [10.12998/wjcc.v9.i4.774](https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i4.774)

32. Sy V. Empowering staff nurses as primary educators to children with Type 1 Diabetes. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2016 Set [citado em 2020 Out 28]; 42(5):247–51. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29406645&lang=pt-pt&site=ehost-live>