



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

**Apoio à parentalidade e ao desenvolvimento infantil:  
o cuidado de enfermagem na promoção dos direitos e  
proteção das crianças**

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho**

---

**Lisboa  
2023**



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

**Apoio à parentalidade e ao desenvolvimento infantil:  
o cuidado de enfermagem na promoção dos direitos e  
proteção das crianças**



Orientador:  
Professora Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues



**Lisboa  
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho de querer o que for.*

Fernando Pessoa

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Manel, porque sem ele este caminho nunca teria sido possível. Não existem palavras suficientes de gratidão pelo apoio e amor incondicionais.

À minha mãe, por ser o princípio e inspiração de tudo.

À minha família, pela compreensão da minha ausência durante este percurso.

À professora Joana, pela orientação, excelência e disponibilidade. Por me ter desafiado a sair da zona de conforto e por me ter apresentado uma área de intervenção que não sabia que gostava e me realizava tanto. Os meus futuros filhos agradecer-lhe-ão de coração (ou pelo menos assim espero).

Aos amigos, que durante este tempo contaram com uma pequena parte de mim e me mostraram o que era a verdadeira amizade.

Aos companheiros de percurso, pelos momentos que passámos.

Aos colegas que me receberam nos diversos locais de ensino clínico, pela vossa disponibilidade, dedicação, carinho e exemplo. Por me permitirem continuar a acreditar que os enfermeiros de pediatria são, sem dúvida, seres cheios de luz.

Às crianças e pais que se cruzam todos os dias no meu caminho.

A Deus, porque sem Ele, este percurso nunca teria sido concluído.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**APA** – American Psychological Association

**APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**CCF** – Cuidados Centrados na Família

**CDE** - Código Deontológico do Enfermeiro

**CHKS** - Caspe Healthcare Knowledge System

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EE** – Enfermeiro Especialista

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

**EFCNI** – European foundation for the care of newborn infants

**IAC** – Instituto de Apoio à Criança

**ICN** – International Council of Nurses

**NACJR** – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

**NHACRJ** – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**PP** – Parentalidade Positiva

**RN** – Recém-nascido

**SUPP** – Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**UMAD** – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**UNICEF** – United Nations Children's Fund

**WHO** – World Health Organization

## RESUMO

A promoção dos direitos e proteção da criança assenta no respeito pelo seu interesse superior, requerendo a construção de uma parentalidade livre de violência e promotora do desenvolvimento infantil.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), sendo detentor de conhecimentos e habilidades especializados está apto a prestar cuidados de nível avançado, atuando na prevenção, identificação precoce e intervenção, de forma holística, em situações que possam afetar a vida ou a qualidade de vida da criança e sua família.

O Modelo da Parceria de Cuidados, a abordagem dos Cuidados Centrados na Família e a Teoria do Cuidado Humano, que vinculam um compromisso em cuidar como forma de preservar a humanidade, são alguns dos referenciais que suportam o presente Relatório.

O percurso metodológico em que assenta o presente Relatório, decorrente da concretização do projeto realizado, sustenta-se no referencial técnico-científico da disciplina de enfermagem e em evidência científica, tendo como base a formação reflexiva e a aprendizagem experiencial proveniente da realização dos vários estágios, com vista à aquisição de competências de EEESIP. Nos estágios foram implementadas atividades promotoras da vinculação, da capacitação parental e de sensibilização para o fenómeno dos maus tratos infantis. Concomitantemente, desenvolveram-se atividades relacionadas com os cuidados culturalmente sensíveis e o cuidado à criança em situação de especial complexidade, procurando-se contribuir para a garantia dos direitos e proteção das crianças.

Este percurso possibilitou a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à díade.

**Palavras-chave:** Parentalidade; Maus Tratos Infantis; Educação Infantil; Enfermagem Pediátrica.

## **ABSTRACT**

The promotion of children's rights and protection is based on respecting their best interests, requiring the establishment of violence-free parenthood that fosters child development.

The pediatric nurse specialist with specialized knowledge and skills, can provide advanced-level care, engaging in prevention, early identification, and holistic intervention in situations that may impact the child's life or quality of life and that of their family.

The Care Partnership Model, the Family-Centered Care approach, and the Theory of Human Care, which all emphasize a commitment to caregiving as a means to preserve humanity, are some of the frameworks supporting this report.

The methodological approach of this report, stemming from the realization of the project, is grounded in the technical-scientific framework of nursing and in scientific evidence. It is based on reflective learning and experiential learning gained through various internships, with the aim of acquiring pediatric nurse specialist competencies. During the internships, activities promoting attachment, parental empowerment, and awareness of child abuse and maltreatment were implemented. Simultaneously, activities related to culturally sensitive care and caring for children in situations of special complexity were developed, aiming to contribute to the safeguarding of children's rights and protection.

This journey facilitated the acquisition of knowledge, the development of specialist nursing skills, and consequently, the improvement of the quality of care provided to the dyad.

**Keywords:** Parenting; Child Maltreatment; Child Rearing; Pediatric Nursing.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....</b>	<b>15</b>
2.1. Cuidado de enfermagem à criança e família .....	15
2.2. A parentalidade enquanto promotora do desenvolvimento infantil .....	18
2.3. Prevenção dos maus tratos em crianças: estratégias educacionais promotoras do desenvolvimento infantil .....	23
2.4. Cuidado de enfermagem promotor dos direitos e da proteção das crianças .....	29
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>32</b>
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....</b>	<b>34</b>
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	35
a) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	35
b) Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	38
c) Domínio da Gestão dos Cuidados .....	40
d) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	41
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.....	43
a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde .....	43
b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	49
c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	53
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....</b>	<b>59</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>

**APÊNDICES .....72**

APÊNDICE I - Promoção dos direitos e proteção das crianças: perspetiva histórica e legal em Portugal e no mundo.....73

APÊNDICE II - Enquadramento do Projeto de Estágio: apresentação dos diferentes contextos de ensinos clínico .....83

APÊNDICE III - Plano sessão de Educação para a Saúde: Birras. E estratégias para as gerir .....88

APÊNDICE IV - Shaking Baby Syndrome e os direitos da criança.....107

APÊNDICE V- Cuidados culturalmente sensíveis a crianças e suas famílias provenientes do Nepal.....118

APÊNDICE VI- Reflexão com enfermeira perita do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco .....132

APÊNDICE VII - Dossier Temático sobre Maus Tratos Infantis.....143

APÊNDICE VIII - Plano da sessão de sensibilização da equipa de enfermagem: Maus Tratos Infantis .....146

APÊNDICE IX - Vídeo comemorativo Dia Mundial da Prematuridade.....169

APÊNDICE X - Cartões para os Pais.....171

APÊNDICE XI - Avaliação das necessidades do Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente no âmbito dos maus tratos infantis através da avaliação do Manual de Acreditação de CHKS.....173

APÊNDICE XII - Diapositivos da Apresentação da Comunicação oral: Barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis: protocolo de Scoping Review .....184

APÊNDICE XIII - Diapositivos da apresentação do Webinar Apoio à Família e à Parentalidade em contexto hospitalar: o cuidado de enfermagem na promoção dos direitos e proteção das crianças .....191

APÊNDICE XIV - História Infantil.....198

**ANEXOS.....201**

ANEXO I - Autorizações dos pais para a divulgação dos seus testemunhos no vídeo comemorativo do dia Mundial da Prematuridade.....202

ANEXO II - Certificado Participação no 1º Encontro Internacional Cuidado Humano na Enfermagem do Século XXI: Formação, Investigação e Prática Clínica .....	206
ANEXO III - Certificado de Participação na Formação em Serviço: Doenças do Movimento .....	208
ANEXO IV - Certificado de Participação na Formação em Serviço: Estilos Parentais e Funções Executivas em Crianças com Epilepsia e em Crianças Nascidas Prematuramente .....	210
ANEXO V - Certificado Comunicação Oral 1ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022 .....	212
ANEXO VI - Publicação na Revista Pensar Enfermagem intitulada Barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis: protocolo de scoping review	214
ANEXO VII - Certificado de Participação como preletora no Webinar: A família na Transição Saúde-Doença Intervenção de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.....	217

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como objetivo a análise crítica e reflexiva do percurso formativo desenvolvido no decorrer dos estágios realizados, evidenciando os processos de tomada de decisão, nomeadamente no que respeita à fundamentação e enquadramento. No decorrer do mesmo, foram abordadas as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), em articulação com as competências de grau de mestre.

O EE apresenta-se como um profissional dotado de competências científica, técnica e humana de elevada qualidade para prestar cuidados de enfermagem especializados numa das diferentes áreas de especialidade reconhecidas pela OE (Regulamento n.º 140/2019). Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma das áreas de especialização, o EEESIP assume-se como o EE cujos cuidados se focam no binómio criança-família (Regulamento n.º 422/2018). Tendo como objetivo a aquisição de competências de EEESIP, foi realizado e implementado um projeto de estágio, devidamente fundamentado e suportado pela evidência científica, cuja implementação se encontra plasmada no presente Relatório.

Atendendo ao facto de se almejar também o grau de Mestre, a evidência da aquisição de competências de mestre é, igualmente, fundamental. Este grau é atribuído a quem demonstre conhecimentos para gerir situações complexas e resolver problemas no âmbito da sua área de estudo, resultantes da capacidade de reflexão, análise e decisão, incluindo o reconhecimento das implicações éticas para a prática (Decreto-Lei n.º 74/2006).

A enfermagem pediátrica adota uma visão holística da criança enquanto ser, procurando atender não só às suas necessidades básicas, mas também à implementação de estratégias que visam potenciar a aquisição de capacidades e conhecimentos para se tornar autónoma. Estas estratégias passam, por exemplo, pela intervenção ao nível do ambiente físico, político, económico, cultural e/ou organizacional tornando-o promotor da saúde da criança e dos seus direitos (Regulamento n.º 351/2015).

Atualmente, a enfermagem confronta-se com inúmeros desafios, associados a uma multiplicidade de situações capazes de comprometer o desenvolvimento da criança e a sua qualidade de vida. Por este motivo, a sua área de intervenção é cada vez mais abrangente, incluindo todos os contextos em que as crianças se encontrem e nos quais necessitem de cuidados de enfermagem que promovam a saúde, previnam complicações, garantam o bem-estar e capacitem para o autocuidado (Regulamento n.º 351/2015).

No âmbito do exercício da parentalidade pressupõe-se que os pais tomem conta da criança, assumindo as responsabilidades inerentes à sua condição de pai/mãe, através da adoção de comportamentos destinados a otimizar o crescimento e desenvolvimento da mesma, sendo a educação uma das suas funções (Council of Europe, 2006; International Council of Nurses [ICN], 2019). No entanto, através da reflexão sobre a prática quotidiana de cuidados, verifica-se que os pais recorrem, com alguma regularidade, a estratégias como gritar ou bater, como medidas de contenção ou correção de comportamentos não desejados apresentados pelos filhos. Segundo dados da United Nations Children's Fund (UNICEF, 2020), estima-se que 3 em cada 4 crianças, entre 2 e 4 anos de idade, são regularmente sujeitas a práticas disciplinares violentas por parte dos seus cuidadores, sendo que os castigos corporais são a forma mais comum de violência contra crianças em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2021).

As práticas disciplinares violentas são, muitas vezes, social e/ou culturalmente aceites, contudo, a evidência demonstra consequências negativas na saúde, influenciando o comportamento da criança e resultando num compromisso da sua saúde física/mental, bem como na diminuição do desenvolvimento cognitivo e dos resultados educativos (Hornor et al., 2020; WHO, 2021). Embora na literatura alguns autores conceituados e com diversas publicações na área, como por exemplo Gail Hornor (2020), diferenciem os castigos corporais dos maus tratos físicos, segundo a *American Psychological Association* (APA, 2019), a evidência científica demonstra que a utilização dos castigos corporais pode escalar e levar a situações de abuso e consequente mau trato. Por este motivo, a erradicação da utilização dos castigos corporais integra diversos programas como *Nem mais uma palmada* (Instituto de Apoio à Criança [IAC], n.d.) e *Ending Corporal Punishment* (WHO, 2021), mobilizando organizações não governamentais e decisores políticos nacionais e internacionais.

Os maus tratos infantis englobam todas as formas de mau trato físico, sexual, emocional, negligência e a Síndrome de Munchausen por Procuração, que sejam

cometidas contra indivíduos com menos de 18 anos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Sege & Siegel, 2018; UNICEF, 2019; WHO, 2018; WHO, 2020). Segundo a WHO (2020), em 2019, cerca de 1 bilhão de crianças com idades entre os 2 e os 17 anos, experienciou algum tipo de violência.

Estas práticas constituem uma violação dos seus direitos, integridade física e dignidade, preconizadas pela Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019). Por este motivo, em Portugal, o Código Penal Português (Lei n.º 59/2007) consagra a punição com pena de prisão para quem atente contra crianças.

Atendendo ao facto de os maus tratos a crianças serem preveníveis, urge a necessidade de sensibilizar a sociedade e os profissionais para esta problemática e intervir junto das famílias, através da implementação de estratégias que promovam a parentalidade com base no carinho, afeto e respeito pela criança e a educação não violenta (Lopes et al., 2010; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, 2020; WHO, 2018; WHO, 2021). Considerando a idade precoce de início da utilização dos castigos corporais e as consequências do seu uso para o desenvolvimento da criança, o apoio por parte do enfermeiro na promoção da parentalidade torna-se fundamental nos primeiros três anos (Lopes et al., 2010).

De acordo com Lima (2020)

A existência de profissionais qualificados e a disseminação de boas práticas são vetores essenciais (...) e poder contar com profissionais competentes, integrados em serviços consciencializados das suas responsabilidades na promoção da parentalidade positiva e no suporte às famílias, são aspetos fundamentais (p.1).

Por se encontrar numa posição privilegiada de proximidade com a criança e família e deter conhecimentos especializados sobre o desenvolvimento infantil, o EEESIP é capaz de identificar, precocemente, situações que possam afetar a vida ou qualidade de vida da criança e intervir adequadamente (Regulamento 351/2015; Regulamento n.º 422/2018). Concomitantemente, reconhecendo a parentalidade como influenciadora do crescimento e desenvolvimento infantil, esta assume-se como um foco de intervenção de enfermagem (Hornor et al., 2020; Lopes et al., 2010; Rodrigues & Velez, 2021; Guarda-Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2021), dado que lhe compete: implementar e gerir, em parceria com a família, um plano de cuidados promotor da parentalidade; diagnosticar potenciais situações de risco que possam

afetar, negativamente, a vida ou qualidade de vida da criança; promover o crescimento e desenvolvimento infantil (Lopes et al., 2010; Regulamento n.º 422/2018).

Para nortear todo o percurso formativo desenvolvido, foi mobilizada a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, visto que o cuidado de enfermagem sustentado por esta teoria vincula um compromisso em cuidar como forma de preservar a humanidade, conduzindo a mudanças positivas e de bem-estar nas pessoas cuidadas, bem como no próprio enfermeiro (Watson, 2002). Porém, só é possível concretizar estas mudanças ao nível da prática da parentalidade, como promoção dos direitos e proteção das crianças, através do reconhecimento da família como alvo e parceiro nos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018), motivo pelo qual a abordagem dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e o Modelo da Parceria dos Cuidados encontram fundamento. Face ao exposto, este Relatório assenta no paradigma da transformação, uma vez que cada família é percecionada como única em interação recíproca e simultânea com o mundo envolvente (Kérouac et al., 2002). Assim, o cuidado de enfermagem, promotor dos direitos e protetor das crianças, implica *estar* com a díade, respeitando a sua conceção de saúde, necessidades, preocupações e crenças (Pepin et al., 2010).

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro serão desenvolvidas as componentes teórica e científica resultantes de uma pesquisa aprofundada da literatura disponível e que sustentam o presente relatório. Neste capítulo, serão definidos e explorados os conceitos centrais, nomeadamente: enfermagem pediátrica, parentalidade, maus tratos infantis e educação infantil. No segundo capítulo será abordada a metodologia utilizada para a realização deste relatório. No terceiro capítulo, recorrendo à reflexão crítica, serão evidenciadas as competências comuns de EE e específicas de EEESIP, desenvolvidas através das atividades realizadas durante os diversos contextos de estágio que permitirão alcançar o grau de especialista e de mestre. Por fim, num último capítulo, serão tecidas algumas considerações finais sobre todo o processo de construção deste relatório e serão perspetivados projetos futuros.

Este trabalho encontra-se organizado e redigido de acordo com as normas APA 7ª edição.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### 2.1. Cuidado de enfermagem à criança e família

O Cuidar é intrínseco ao ser humano e permitiu a sobrevivência do homem enquanto espécie (Collière, 2003). No passado, tomar conta da vida estava relacionado com a adoção de estratégias para a manutenção da mesma, pelo que as práticas de cuidados não se desenvolveram em torno da doença, mas sim dos fatores que permitiam a sobrevivência (Collière, 2003). Porém, em 2003, Collière defende que se assiste a uma “tensão” na conceção e cuidado à pessoa doente, havendo um foco no modelo biomédico, que é apontado pela própria como tradicional e reducionista.

Consequentemente, segundo a mesma autora, a conceção dos cuidados de enfermagem deve ser repensada por forma a reencontrar o sentido original dos cuidados, ou seja: ter em consideração e dar importância a tudo o que contribui para desenvolver a vida e torná-la apetecível de ser vivida; envolver e capacitar as pessoas cuidadas para os cuidados através do desenvolvimento das suas capacidades, bem como as dos prestadores de cuidados, a fim de maximizar os *outcomes* das intervenções delineadas e implementadas (Collière, 2003).

Corroborando esta necessidade emergente de uma nova conceção da enfermagem e dos cuidados de enfermagem, a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, surge com o propósito de transformar a visão subjacente à estruturação do pensamento do enfermeiro a fim de organizar, compreender e analisar as informações obtidas sobre a pessoa de quem cuida, bem como de orientar a sua tomada de decisão face ao planeamento do tratamento, antevisão dos resultados e avaliação das intervenções implementadas (Alligood, 2022).

Para Watson (1999, 2002, 2008, 2011, 2018), os enfermeiros devem focar-se novamente no amor e no cuidar, ao invés do curar, como ferramentas básicas da sua prática diária, pois, somente assim, a enfermagem conseguirá dar o seu contributo para a sociedade e estabelecer-se como determinante para o desenvolvimento da sociedade através da complementaridade da ciência da cura, com a ciência do cuidado. Esta teoria de enfermagem integra aspetos clínicos e tecnológicos na sua conceção da prática, porém, é igualmente capaz de os transformar através de uma visão inovadora relativamente à prática avançada de enfermagem.

Sendo assim, na conceção de Watson, o cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, aliando o amor, a empatia e a bondade e estabelecendo-se através do Processo *Caritas Veritas*. Desta forma, facilita a cura,

promove a integridade e a dignidade humanas, através de valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e a liberdade de escolha (Watson, 2002, 2011, 2012, 2018, 2021). Ao cuidar promove-se a saúde, isto é, a harmonia entre o corpo, a mente e a alma, o bem-estar e o crescimento individual e familiar, sendo que as pessoas são aceites como são e como podem vir a ser no futuro, pelo que é colocado ênfase na ajuda dada ao indivíduo e família na aquisição de maior auto-conhecimento, auto-controlo e capacitação para o auto-cuidado, independentemente da sua condição de saúde (Watson, 2002).

Por este motivo, o cuidado de enfermagem, reconhece a pessoa como um ser-no-mundo, espiritual, parte da natureza e autêntico (Watson, 1999, 2012, 2018, 2021), inserido num ambiente de cuidado que potencia o desenvolvimento e permite à pessoa cuidada escolher a melhor ação para si mesmo, num determinado momento (Watson, 1999, 2008, 2011, 2012, 2018, 2021). Para tal ser possível, o enfermeiro é visto como co-participante no processo de cuidar, tendo como função estar e ser autêntico consigo próprio e na relação com o utente, promovendo e honrando a fé-esperança e o mundo subjetivo de si e o do outro, com o intuito de o ajudar a encontrar significado, mesmo diante de uma desarmonia e sofrimento, auxiliando nas suas decisões e respeitando as suas crenças (Watson, 2002, 2008).

Ao enfrentar a problemática dos maus tratos infantis, através da promoção da parentalidade baseada nos dez princípios do Processo *Caritas Veritas*, o enfermeiro cria um ambiente protetor, isento de julgamentos, onde são espelhados a sensibilidade e o amor favoráveis ao estabelecimento da relação de ajuda-confiança subjacente ao cuidar (Watson, 2002, 2018). Desta forma, potencia a expressão de sentimentos, sejam eles de tonalidade negativa ou positiva, e a sua aceitação como parte integrante do ser humano, contribuindo para uma efetiva relação terapêutica (Watson, 2002, 2018). Só assim o enfermeiro é capaz de compreender de forma isenta e sem julgamento o ambiente familiar da criança e as necessidades reais de todos os indivíduos da família, potenciando a sua disponibilidade para o ensino-aprendizagem (Watson, 2002, 2018). Deste modo, pode inferir-se que o enfermeiro capacita os pais para o exercício da parentalidade e protege a criança de possíveis maus tratos.

Na área de intervenção de enfermagem pediátrica, o cliente foco de cuidados é representado pelo binómio criança-família (Hockenberry et al., 2019; Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018), sendo inevitável mobilizar a abordagem dos CCF definidos por Deepika et. al (2020) e o Modelo de Parceria dos Cuidados de

Casey, visto que estes consideram as necessidades da unidade familiar e não só da criança (Casey, 1995; Kuo et al., 2011).

Os CCF assentam no pressuposto de que a família é a principal fonte de suporte da criança e representam uma abordagem ao planeamento, prestação e avaliação dos cuidados prestados, que beneficia a tríade profissionais de saúde-crianças-famílias (Deepika et al., 2020; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Relativamente aos enfermeiros, a literatura revela que, ao prestarem cuidados assentes nesta filosofia, estes profissionais expressam sentimentos positivos face à sua *performance* o que melhora a qualidade dos cuidados, diminui a rotatividade dos profissionais nos serviços e diminuiu os custos associados aos serviços de saúde (Deepika et al., 2020).

A abordagem dos CCF preconiza: a partilha de informação aberta, clara e imparcial; o respeito e reconhecimento das diferenças, individualidades e forças de cada elemento da família; o estabelecimento de uma relação de parceria e colaboração que vai ao encontro das necessidades, valores e habilidades dos diversos envolvidos consoante as suas preferências; a negociação dos resultados pretendidos, visto que estes são flexíveis variando consoante os indivíduos; a adaptação dos cuidados face ao contexto da família e da comunidade (Deepika et al., 2020; Kuo et al., 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Por outro lado, o Modelo de Parceria de Cuidados de Casey (1995) assenta no pressuposto que é da competência do enfermeiro, num primeiro momento, prestar os cuidados necessários para os quais os pais não demonstrem competência e, num segundo momento, planear e promover momentos de aprendizagem, adequados às necessidades identificadas que visem a capacitação das famílias através da aquisição de conhecimentos e técnicas fundamentais para a satisfação das suas necessidades.

Em suma, a prática da parentalidade e os maus tratos infantis traduzem comportamentos dos pais para com os filhos, extensamente influenciados pelas suas crenças (Hockenberry et al., 2019; Hornor et al., 2020), sendo impensável motivar uma mudança de conduta sem os reconhecer como alvos dos cuidados. As mudanças de comportamento apenas ocorrem quando existe desejo de mudança podendo advir, por exemplo, da consciencialização dos benefícios relativos ao novo comportamento ou da necessidade do interveniente se sentir mais eficaz no desempenho do seu papel (Communication for Governance & Accountability Program, n.d.). Neste sentido, pela mobilização dos CCF e da Parceria dos Cuidados, pais estabelecem mudanças positivas que originam “comportamentos de ajuda, aumentando os seus pontos fortes, aptidões e ações, e o processo de empoderamento” (Nelas et al., 2015, p. 21).

## 2.2. A parentalidade enquanto promotora do desenvolvimento infantil

O nascimento de uma criança, principalmente do primeiro filho, é concebido como uma experiência gratificante para os pais (Hockenberry et al., 2019). Porém, a literatura identifica este momento como um evento marcante e extremamente importante para os pais, na medida em que acarreta inúmeras mudanças e desafios, tanto a nível individual, como para a família, exigindo a sua adaptação (Hockenberry et al., 2019; Martins, 2018).

A parentalidade, segundo o *browser* disponível pelo ICN (2019) implica

tomar conta, traduzindo-se em assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; adotar comportamentos destinados a facilitar a incorporação do recém-nascido na família; adotar comportamentos que visem otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança; interiorizar as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e da sociedade quanto aos comportamentos considerados adequados ou inadequados durante a execução do seu papel parental.

Este período experienciado pelos pais é identificado por Meleis (2010) como uma transição, na medida em que é imposta uma mudança no desempenho de papéis e implica mudanças nas próprias relações entre o casal (Rodrigues & Velez, 2021; Guarda-Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2021). Assim, para compreender o seu impacto é necessário identificar os seus efeitos e significados atendendo à sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais, partindo do pressuposto que a mudança pode estar relacionada com a ocorrência de eventos críticos ou desequilíbrios, que conduzem a alterações de ideias, percepções, identidades, relações ou rotinas (Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade torna-se assim um processo complexo, que envolve a adaptação dos pais para o exercício do seu papel parental, isto é, para “aquisição de novos comportamentos (...) para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (ICN, 2019). Consequentemente, tornar-se pai/mãe está associado ao aumento dos níveis de stresse, podendo conduzir a situações de perturbação emocional e alteração da qualidade de vida de ambos os membros do casal, devido ao aumento dos encargos financeiros, da mudança dos hábitos de sono e da diminuição da quantidade de tempo disponível para o casal, uma vez que os seus horários são regulados pelas

necessidades da criança (Hockenberry et al., 2019; Martins, 2018). Assim, estas mudanças conduzem a um impacto psicológico intenso nos primeiros seis meses após o nascimento do bebê, sendo mais exacerbado durante o puerpério (Martins, 2018).

A fadiga é igualmente frequente na prática da parentalidade podendo estar associada à diminuição da competência parental, ao stresse e à irritabilidade durante a interação com a criança, à diminuição da qualidade do desempenho das suas funções parentais e à vivência de práticas e experiências parentais menos positivas (Martins, 2018). Combinando a fadiga com o impacto psicológico de todas as mudanças que ocorrem em simultâneo, pode ocorrer a depressão pós-parto, cujas repercussões terão impacto a nível do desenvolvimento emocional, comportamental e cognitivo da criança (Martins, 2018).

Tal como descrito anteriormente, existem diversos fatores que poderão diminuir a disponibilidade parental para a interação com a criança, o que poderá afetar o estabelecimento do vínculo com a mesma (Winnicott, 1993). Bowlby (1990) evidencia a importância de serem estabelecidas relações com o bebê, logo após o nascimento, como contributo para o desenvolvimento de adultos mais saudáveis psicologicamente. Apesar de o vínculo com bebê ser construído desde a gravidez, é expectável que se mantenha ou até mesmo melhore após o parto, através do envolvimento e disponibilidade dos pais (Bowlby, 1990; Hockenberry et al., 2019). Porém, não são apenas as crianças que são influenciadas pelo estabelecimento efetivo de vínculos afetivos, uma vez que uma relação pais/filho bem estabelecida influencia positivamente o ego e a autoestima dos pais (Hockenberry et al., 2019; Winnicott, 1993).

Acoplado ao conceito de parentalidade vem sempre o conceito de família. Neste sentido, é crucial compreender este conceito para se poder entender qual a sua função e relevância para a temática. O conceito de família e a sua configuração têm vindo a sofrer alterações ao longo dos anos (Hockenberry et al., 2019), contudo, segundo Figueiredo (2013) este pode ser definido como “a unidade básica da construção emocional do ser humano, transformando-o num ser relacional e social” (p.2). Esta definição remete para a conceção da família enquanto grupo complexo no qual os diversos elementos estabelecem relações afetivas e emocionais entre si, respeitando uma determinada organização, estrutura, funcionalidade e o cumprimento das suas funções sociais (Figueiredo, 2013). Deste modo, a família constitui-se como uma unidade social dinâmica em permanente interação com o exterior, estando, por isto,

sujeita a pressões internas e externas que obrigam ao reequilíbrio e ajustamento das funções (Figueiredo, 2013).

Da mesma forma que o conceito e configuração da família se alteraram, também as suas funções têm vindo a ser modificadas. Antigamente, as funções da família focavam-se na conservação dos bens da família, não lhe sendo atribuída a função afetiva no que aos filhos dizia respeito (Ariès, 1988). Para este autor, o amor entre o casal era expectável, fomentado e considerado fundamental para o equilíbrio da família, porém, o afeto entre pais e filhos não era visto como essencial, mas sim como algo secundário (Ariès, 1988). Todavia, atualmente, as funções e responsabilidades atribuídas à família são bastante mais complexas, sendo esperado por exemplo, que esta providencie cuidado básico, proteção e estímulo à criança até idade acordada; garanta a segurança da mesma; providencie orientação e limites (educação); providencie estabilidade; providencie condições para o desenvolvimento intelectual, emocional e social da criança (incluindo a transmissão de competências sociais e comportamentos desejados/aceitáveis) (Council of Europe, 2006). Consequentemente, muitas famílias sentem-se assoberbadas ao serem confrontadas com múltiplas dificuldades e necessitam de apoio e de informação, principalmente no processo de educação dos seus filhos (Fargion, 2023).

Cumprindo uma das suas funções e reconhecendo a criança como um ser social, é incumbido à família que dote a criança de um conjunto de conhecimentos e a conduza à reprodução de comportamentos culturalmente estabelecidos e reconhecidos como desejáveis, isto é, ser educada (ICN, 2019). Porém, a educação dos filhos é cada vez mais complexa, principalmente numa sociedade permanentemente em mutação influenciada pelas mudanças socioeconómicas, a diversidade cultural e as alterações nos padrões de interação social (Fargion, 2023). Contudo, apesar das mudanças, segundo Fargion (2023) são poucas as orientações fornecidas aos pais para os guiar neste caminho, apesar da sua responsabilização exclusiva pela educação da criança. Deste modo, os pais tendem a educar a criança com base nas tradições e no estilo em que eles próprios foram criados, principalmente se considerarem terem sido “bem-educados” enquanto crianças (Hockenberry et al., 2019).

O estilo parental desenvolvido por cada pai/mãe é influenciado por diversos fatores, entre os quais a classe social, raça, religião e estabilidade financeira (Hockenberry et al., 2019). É de notar que, abordagens assentes no amor, afeto e respeito, tendem a encorajar o desenvolvimento das capacidades da criança,

contrariamente a abordagens mais agressivas e menos tolerantes, que influenciam negativamente as relações entre pais e filhos, bem como podem condicionar o desenvolvimento da criança (Lopes et al., 2010; Hockenberry et al., 2019; Kuppens & Ceulemans, 2019).

De acordo com a literatura, os pais utilizam quatro estilos educativos: autoritário, permissivo, democrático e negligente (Baumerind, 1978; Hockenberry et al., 2019; Kuppens & Ceulemans, 2019; Sanvictores & Mendez, 2022). Sumariamente, o estilo negligente caracteriza-se pela pouca interação e preocupação afetiva dos pais relativamente ao desenvolvimento dos filhos, atendendo apenas às necessidades extremamente básicas da criança (Sanvictores & Mendez, 2022). Por outro lado, os pais permissivos evitam impor os seus próprios padrões de conduta e não colocam limites na criança, sendo considerados um recurso e não um modelo para a criança (Baumerind, 1978; Hockenberry et al., 2019; Kuppens & Ceulemans, 2019; Sanvictores & Mendez, 2022). Em oposição ao anterior, no estilo autoritário os pais tendem a controlar os comportamentos e atitudes da criança, através da imposição de regras, regulamentos ou padrões de conduta rígidos e inquestionáveis. Habitualmente, neste estilo, os erros da criança são punidos com castigos, o que a torna tímida, submissa e bem-comportada, por receio de ser castigada (Baumerind, 1978; Hockenberry et al., 2019; Kuppens & Ceulemans, 2019; Sanvictores & Mendez, 2022). Por fim, o estilo democrático resulta de uma combinação de todos os estilos parentais, na medida em que são estabelecidas regras e são penalizados os desvios à conduta, no entanto existe respeito pela individualidade da criança e é considerada e valorizada a sua opinião. No estilo democrático, a criança é encorajada a refletir sobre as suas atitudes numa ótica de compreensão do seu comportamento e não de temor pelos castigos que lhe possam ser aplicados (Baumerind, 1978; Hockenberry et al., 2019; Kuppens & Ceulemans, 2019; Sanvictores & Mendez, 2022).

As crianças necessitam de um relacionamento afetivo consistente, carecendo de cuidados sensíveis e afetivos para poderem desenvolver a sua confiança, empatia e solidariedade, sendo que, na ausência deste relacionamento afetivo, os estudos revelam que as suas capacidades, cognitiva e emocional, podem ficar comprometidas e, por conseguinte, originar inúmeros défices (Brazelton & Greenspan, 2002). Adicionalmente, a literatura confirma ainda que as relações e interações emocionais sólidas, empáticas e afetivas ensinam a criança a comunicar os seus sentimentos a refletir nos seus próprios desejos, promovendo uma melhor relação com outras crianças, mas também com os adultos (Brazelton & Greenspan, 2002).

Contudo, a criança necessita igualmente de segurança, proteção física, disciplina e limites para se sentir segura no seu ambiente e para poder crescer e desenvolver relações (Brazelton, 1998; Brazelton & Greenspan, 2002; Hornor et al., 2020; Lopes et al., 2010). Compreendendo a importância da disciplina e da imposição dos limites para a criança, mas não esquecendo a importância do afeto e do amor, Brazelton & Greenspan (2002) defendem que

toda a aprendizagem, mesmo a dos limites e da organização, começa com o carinho, a partir do qual as crianças aprendem a confiar, a sentir calor humano, intimidade, empatia e afeição pelas pessoas que a rodeiam. Os limites e a organização começam com o afeto, porque 90% da tarefa de ensinar as crianças a interiorizem os limites se baseia no desejo de ela agradar aos outros (p. 87).

Assim, alicerçadas nestes princípios, vêm surgindo inúmeras filosofias de educação infantil assentes no respeito pela criança e pela sua individualidade, como por exemplo, a Parentalidade Positiva (PP). O conceito de PP, é definido pelo Projeto Adélia (2020) como a adoção de

Um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e que assegura a satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento (p.12).

A utilização do conceito de PP pode parecer redundante quando se tem como ponto de partida a definição de parentalidade, anteriormente enunciada. Contudo, nem sempre a execução da parentalidade decorre como preconizado surgindo a necessidade de demonstrar a importância de desempenhar uma parentalidade com enfoque em aspetos positivos e que satisfaçam não só as necessidades da criança, mas também permitam aos pais sentirem-se competentes no desempenho deste papel (Lima, 2018).

A PP assenta na capacitação dos pais para a parentalidade, comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança; interação dos pais com a criança; a segurança e saúde da criança, disciplina positiva e a construção de capital social (Lopes et al., 2010; Katsama, 2021). Para estes autores, os pais são os principais responsáveis pela educação do filho, tendo de considerar a sua individualidade nas estratégias adotadas para o fazerem (Lopes et al., 2010; Katsama, 2021).

Face ao exposto, as estratégias disciplinares utilizadas pelos pais devem ser adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e à sua individualidade; promover a aprendizagem através do exemplo de comportamentos; favorecer a expressão de sentimentos; assentar no diálogo entre os pais e criança; transmitir reforço positivo; reforçar sentimentos positivos e de valorização da criança após esta ser disciplinada (Brazelton, 1998; Wolraich et al., 1998; Hornor et al., 2020). Os mesmos autores salientam também a importância de reavaliar sempre que uma estratégia não funcionar, evidenciam a necessidade de os pais serem claros nas indicações que dão às crianças, evitando mensagens dúbias, e destacam a pertinência da evicção do castigo físico (Brazelton, 1998; Wolraich et al., 1998; Hornor et al., 2020).

Assim, recorrendo a esta abordagem a educação e socialização da criança são conseguidas, com sucesso, através de uma atitude positiva (American Psychological Association [APA], 2019). Corroborando esta ideia, a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens desenvolveu o projeto Adélia, cujo objetivo consiste em “desenvolver medidas de política para a construção da parentalidade livre de violência e promoção de comportamentos parentais respeitadores dos melhores interesses e direitos da criança, numa lógica comunitária, sistémica e com foco na prevenção” (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, n.d.), assegurando a promoção e proteção dos direitos das crianças, em consonância com a Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 2019).

Todavia, embora se assista a uma crescente preocupação da sociedade e decisores políticos face à pertinência da garantia e promoção dos direitos das crianças, nem sempre tal se verificou, tendo sido cometidas atrocidades contra as crianças no passado (Oliveira & Pais, 2014). Por este motivo, compreender a evolução histórica e legal do conceito de criança, bem como do seu papel e direitos na sociedade e na família, é fulcral, motivando o aprofundamento sobre o tema e apresentado em Apêndice (APÊNDICE I).

### **2.3. Prevenção dos maus tratos em crianças: estratégias educacionais promotoras do desenvolvimento infantil**

Desde o nascimento e ao longo do seu processo de crescimento e desenvolvimento, a criança depara-se com diversos estádios (Brazelton & Greenspan, 2002; Hockenberry et al., 2019; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Cada estágio

permite à criança adquirir diversas ferramentas e fornece múltiplos contributos para a sua construção, enquanto ser, através da vivência de certas experiências capazes de proporcionar momentos de aprendizagem (Brazelton & Greenspan, 2002; Hockenberry et al., 2019). Essas experiências são-lhe proporcionadas pelos seus pais e pelo ambiente em que crescem, pelo que, para garantir o “desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, [a criança] deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão” (UNICEF, 2019, p. 6).

Os primeiros anos da vida da criança apresentam-se como fulcrais para o seu desenvolvimento, na medida em que é nesta fase vulnerável que se estabelecem as bases para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral da mesma (Brazelton & Greenspan, 2002; Hockenberry et al., 2019). Consequentemente, este período da vida da criança não pode ser negligenciado pelos pais ou cuidadores, sendo fundamental de acordo com/na perspetiva de Brazelton & Greenspan (2002) atender às sete necessidades: 1) necessidade de relações afetivas contínuas; 2) necessidade de proteção física, segurança e disciplina; 3) necessidade de experiências adaptadas às diferenças individuais; 4) necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento; 5) necessidade de estabelecer limites, organização e expectativas; 6) necessidade de comunidades de apoio estáveis e de continuidade cultural; 7) necessidade de proteger o futuro. Relembrando as funções da família anteriormente enumeradas, é possível aferir que estas estão alinhadas com as sete necessidades da criança supracitadas.

A necessidade de relações afetivas contínuas e a necessidade de proteção física, segurança e disciplina foram previamente explorados neste relatório, no entanto é preciso reconsiderá-las através de outra perspetiva: nem todas as crianças são disciplinadas de acordo com os princípios anteriormente referidos, sendo frequentemente alvo de estratégias disciplinares violentas sob a forma de castigos corporais (UNICEF, 2020; WHO, 2021). Em inúmeras situações, assiste-se à transformação do ato de ensinar para o ato de castigar (Brazelton & Greenspan, 2002).

Os castigos corporais consistem na utilização de força física com a intenção de causar dor à criança, mas não lesão física, por forma a controlar o seu comportamento e tentar impedir que ocorra novamente (APA, 2019; Council of Europe, 2006; Hockenberry et al., 2019; Hornor et al., 2020). Contudo, apesar de, por definição, os castigos corporais não pretenderem causar lesão física estão incluídos nesta categoria: espancar, bater, beliscar, puxar o cabelo ou as orelhas, queimar, forçar a

ingestão de substâncias, obrigar a criança a permanecer em posições desconfortáveis e, por outro lado, também o ameaçar, envergonhar ou menosprezar (APA, 2019; Council of Europe, 2006; Hornor et al., 2020; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Sege et al., 2018). Apesar de surtir o efeito pretendido pelos pais de forma imediata, a recorrente utilização deste tipo de comportamentos tem vindo a demonstrar ineficácia a longo prazo, isto porque, quando a criança está fisicamente magoada, o seu cérebro foca-se em aliviar a dor, não lhe permitindo aprender simultaneamente os ensinamentos que os pais pretendem transmitir (APA, 2019; Hornor et al., 2020). Adicionalmente, a utilização deste tipo de práticas viola os direitos das crianças, tende a destruir a sua autoimagem, incute a normalização e banalização da violência, o que poderá contribuir para a adoção de comportamentos agressivos, delinquentes e antissociais no futuro, por incapacidade da regulação emocional e resolução de conflitos (APA, 2019; Brazelton & Greenspan, 2002; WHO, 2021).

A literatura refere ainda que, as crianças às quais são aplicados castigos corporais, têm maior probabilidade de desenvolver distúrbios mentais com impacto na vida adulta, associados à intensificação de sentimentos como tristeza, raiva e medo (APA, 2019; WHO, 2021). Como consequência destes sentimentos e emoções de tonalidade negativa associados aos pais, o vínculo entre estes e a criança também fica comprometido, uma vez que a última tende a afastar-se e evitar o contacto, com medo da punição, por se sentir insegura, causando-lhe a sensação de que não é amada e desejada (APA, 2019; Gottesman, 2000). Devido à constante pressão e medo de ser castigada, o desenvolvimento cerebral é afetado, refletindo-se na capacidade cognitiva da criança (APA, 2019). No entanto, este tipo de estratégia educativa tem, também, um impacto a nível hormonal, visto que afeta a produção de cortisol, que conduz à hipersensibilidade e ao stresse, e dopamina, associada ao aumento do risco de consumo de substâncias (APA, 2019). Por estes motivos, é possível concluir que a utilização dos castigos corporais aumenta o risco de problemas ao nível do desenvolvimento mental, social, cognitivo, comportamental e emocional (APA, 2019).

Estes comportamentos utilizados pelos seus progenitores tendem a ser replicados aquando da renovação de cada geração, o que constitui um problema na perpetuação da utilização de estratégias educativas violentas (APA, 2019; Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011). Porém, existem outros fatores de risco parentais associados à utilização do castigo corporal, tais como: crenças religiosas ou políticas conservadoras; baixo estatuto socioeconómico; baixo nível de escolaridade; stresse;

desemprego; impulsividade; depressão; ira; percepção de que os profissionais de saúde apoiam esta estratégia (APA, 2019; Council of Europe, 2006; Hornor et al., 2020). Adicionalmente, Gershoff et al. (2012) e APA (2019), referem que os aspetos culturais também aumentam a probabilidade de maior utilização deste tipo de estratégias, especificando os pais de raça negra que acreditam que bater é uma estratégia educacional apropriada e eficaz.

Apesar de o intuito primário da utilização da punição física não ser causar lesão, o facto de ser socialmente aceite e acontecer nos contextos familiares, pode levar ao aumento da severidade das medidas e da sua frequência (APAV, 2011; DGS, 2011). Neste sentido, crianças com comportamentos desafiantes ou desobedientes, face aos seus progenitores, encontram-se em maior risco de sofrerem castigos corporais, devido à incapacidade dos mesmos em retificar as condutas das crianças, recorrendo a estratégias cada vez mais severas e coercivas (APAV, 2011; DGS, 2011).

Embora em alguns países, o castigo físico não seja considerado mau trato à criança (APA, 2019), em Portugal, a DGS (2011) define os maus tratos como “qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (p. 7). Adicionalmente, a DGS (2011) define como maus tratos físicos “qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidades face à criança ou jovem, a qual provoque ou possa vir a provocar dano físico” (p. 8). Deste modo, é compreensível que, em Portugal, a utilização de castigos corporais, como forma de educar a criança, seja enquadrada enquanto um mau trato à mesma.

Apesar do enfoque atribuído aos castigos físicos, existem outras formas de mau trato dirigidas à criança, igualmente merecedoras de atenção e de clarificação, nomeadamente, o mau trato psicológico/emocional, o abuso sexual, a negligência e a Síndrome de Munchausen por Procuração (APAV, 2011; DGS, 2011).

O mau trato psicológico/emocional “resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem” (DGS, 2011, p. 8) envolvendo uma multiplicidade de situações relacionadas com a relação precária, entre pais e criança, bem como a depreciação constante da criança (APAV, 2011; DGS, 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Por outro lado, o “envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha” (DGS,

2011, p. 9) remete para uma situação de abuso sexual. Este tipo de abuso pode assumir diversas configurações, nomeadamente, importunar a criança, obrigar a criança a ter contacto com conteúdo obsceno, fotografá-la ou filmá-la, manipular ou obrigá-la a manipular órgãos sexuais até à introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou de objetos. Devido à dificuldade no diagnóstico por falta de indício físico, esta situação tende a perpetuar-se no tempo (APAV, 2011; DGS, 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A “incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados” (DGS, 2011, p. 7) é, com frequência, tema de preocupação dos profissionais que exercem as suas funções diretamente junto das crianças, no entanto, para AlFarhan et al. (2022) poderá não ser intitulada de negligência. Os argumentos utilizados para estas atitudes não serem denominadas de negligência, prendem-se com a “falta de competências parentais” (AlFarhan et al., 2022). Ora, a negligência pode ser ativa quando se verifica a intenção de causar dano, ou passiva “quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades” (DGS, 2011, p. 7). Motivado pela falta de clareza relativamente ao conceito de negligência, é muito provável que este tipo de mau trato esteja a ser subnotificado (AlFarhan et al., 2022).

A última tipologia de mau trato elencada pela DGS é a Síndrome de Munchausen por Procuração, e apesar de raramente aplicada, é extremamente difícil de diagnosticar visto que resulta da

atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes (DGS, 2011, p. 10).

Apesar de as diferentes tipologias de mau trato terem sido elencadas separadamente, a mesma criança pode, e é muitas vezes, vítima de diversas formas de mau trato em simultâneo, como por exemplo em situações de violência doméstica (Mohammadi et al., 2023). Neste tipo de situações a criança é sempre uma vítima, quer seja de forma direta, quando lhe são dirigidos os maus tratos ou indireta, quando os testemunha (Mohammadi et al., 2023). Em qualquer das situações, as implicações nefastas para a criança são sempre devastadoras (Mohammadi et al., 2023) o que

desencadeou no ano de 2020, em Portugal, uma petição pública com vista à “Aprovação do estatuto de vítima para crianças em contexto de violência doméstica”.

A exposição contínua a práticas violentas, independentemente da sua tipologia, pode conduzir a criança a uma situação de trauma, dado que estas situações são percecionadas pela própria como física ou emocionalmente prejudiciais ou até mesmo ameaçadoras da sua vida (Substance Abuse and Mental Health Services, 2014), potenciando o consumo de substâncias ilícitas, comportamentos de risco, predisposição para doenças sexualmente transmissíveis, depressão e suicídio (Lippard & Nemeroff, 2020; Mohammadi et al., 2023; Owaidah et al., 2022). Estas consequências assumem tal importância, que em 2020, um estudo ocorrido no Japão concluiu que os custos associados ao controlo do impacto físico e psicológico resultantes dos maus tratos infantis, se equiparam aos custos do tratamento do cancro do estômago e do cólon (Owaidah et al., 2022).

Embora a negligência esteja descrita na literatura como a tipologia mais frequente de maus tratos (AlFarhan et al., 2022), a WHO (2021) refere que o castigo corporal (mau trato físico) constitui a forma mais frequente de violência infantil. Enquadrado com o referido, optou-se, neste Relatório, por uma abordagem mais centrada nos maus tratos físicos, alinhada, também, com as opções e intervenções de sensibilização ocorridas, atualmente, a nível nacional e internacional para as práticas disciplinares não violentas.

Existem inúmeros fatores de risco associados aos maus tratos infantis que podem estar diretamente relacionados com a criança, tais como, a idade, a existência de problemas de saúde e/ou problemas de comportamento, as expectativas dos progenitores e a fraca relação entre pais/filho (APAV, 2011; DGS, 2011). Relativamente à idade, quanto mais nova for a criança, maior a sua vulnerabilidade e propensão aos maus tratos devido, não só à sua dependência dos pais/cuidadores, mas também pelas suas características físicas. Assim, quanto menor a idade, maior o risco do mau trato provocar danos graves, podendo levar a lesões fatais (APAV, 2011; DGS, 2011). Atendendo ao anteriormente referido, os castigos corporais iniciam-se por volta dos 2 anos de idade, ou mesmo em crianças mais novas (UNICEF, 2020), sendo urgente a intervenção ao nível da prevenção, deteção e notificação.

De igual forma, crianças com problemas de saúde crónicos, ou recém-nascidos (RN) prematuros, que necessitem de cuidados especiais, estão mais dependentes dos seus cuidadores, o que pode estar associado à perceção da sobrecarga dos mesmos e poderem conduzir a situações de mau trato (APAV, 2011; DGS, 2011).

Adicionalmente, a existência de uma relação pobre em afetos e/ou conflituosa entre pais e criança, bem como a falta de oportunidades de comunicação positiva, não permite uma adequada vinculação e exponencia a possibilidade de maus tratos infantis, sobretudo durante os primeiros anos de vida (APAV, 2011; DGS, 2011).

Porém, estão também identificados fatores protetores para os maus tratos infantis, nomeadamente: a existência de um ambiente familiar positivo/harmonioso que denote afetividade e suporte emocional; a existência de vinculação e relação seguras estabelecidas; a utilização de estilos parentais positivos; o estabelecimento de uma disciplina firme e assertiva com a definição de regras e limites claros; comunicação clara e eficaz; a capacidade de adaptação das estratégias educativas ao estágio de desenvolvimento da criança; o conhecimento e interesse sobre a criança; as expectativas dos pais ajustadas aos comportamentos e capacidades da criança; e a articulação com as escolas e serviços de saúde (APAV, 2011; DGS, 2011).

#### **2.4. Cuidado de enfermagem promotor dos direitos e da proteção das crianças**

A disciplina de enfermagem tem vindo, ao longo dos anos, a sofrer diversas modificações, nomeadamente, na clarificação dos conceitos subjacentes à sua prática clínica. Neste sentido, procedeu-se à definição do ato de enfermagem como uma intervenção autónoma ou interdependente, cuja finalidade reside na

avaliação diagnóstica e prognóstica, na prescrição, na execução e avaliação dos resultados das intervenções, técnicas e medidas terapêuticas de enfermagem, relativas à prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão

(Regulamento n.º 613/2022, p. 181).

Esta clarificação devolve aos cuidados de enfermagem a humanização necessária e que consta no Código Deontológico da profissão. Por conseguinte, é expectável que os cuidados de enfermagem se foquem na pessoa como um todo, inserido numa família, reconhecendo que o ambiente envolvente pode afetar, positiva ou negativamente, as potencialidades dessa mesma pessoa (Nunes et al., 2005).

Segundo a literatura, os maus tratos infantis ocorrem, predominantemente, no seio familiar (APAV, 2011; DGS, 2011), o que implica, obrigatoriamente, a intervenção tanto ao nível da unidade familiar, como da promoção de um ambiente protetor e

potenciador do desenvolvimento da criança (DGS, 2011). Assim, a avaliação do risco ou perigo em que a criança se possa encontrar, bem como do tipo de ajuda mais adequada (Melo & Alarcão, 2011) são preponderantes para uma intervenção adequada, útil e qualificadora dos pais, das famílias e dos profissionais.

Admitindo a importância do anteriormente referido para o crescimento e desenvolvimento infantil, as crianças integram um grupo prioritário de intervenção na área da saúde, pelo que legitimam o maior empenho e disponibilidade dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e decisores políticos (DGS, 2013; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Deste modo, e corroborando a pertinência deste fenómeno para os enfermeiros, o ICN integra o *Childhood and Early Parenting Principles Global Initiative*, cujo enfoque assenta na promoção de uma abordagem multissetorial para o desenvolvimento da primeira infância por organizações e governos através da implementação de sete princípios, nomeadamente, liderar projetos locais, regionais e nacionais relacionados com este fenómeno; promover parcerias; difundir políticas relacionadas com a infância e a parentalidade, respeitando a diversidade cultural; criar infraestruturas educacionais e de cuidados competentes; promover as melhores práticas através da educação e dos cuidados de saúde disponibilizados, tanto aos cuidadores e como aos profissionais diretamente envolvidos; adotar uma abordagem multissetorial que agregue as dimensões física, emocional e mental ao cuidados necessários à infância; avaliar e divulgar relatórios sobre objetivos e resultados (ICN, 2023).

Numa fase inicial da sua vida, as crianças, acompanhadas pelos seus familiares, recorrem, frequentemente, aos serviços de saúde devido à sua imaturidade e vulnerabilidade (Hockenberry et al., 2019), favorecendo as relações entre as famílias e os enfermeiros. Neste sentido, estes profissionais devem aproveitar todas as oportunidades para detetar precocemente, acompanhar e encaminhar situações passíveis de afetar negativamente a saúde da criança (DGS, 2013).

A idade pediátrica compreende o período desde o nascimento até aos 18 anos e implica inúmeras mudanças a nível comportamental, fisiológico, psicológico e social (Hockenberry et al., 2019; Regulamento n.º 422/2018). Consequentemente, para atender às suas especificidades, é necessário um profissional que detenha conhecimentos técnicos e científicos especializados sobre cada fase do ciclo de vida e que seja capaz de dar resposta às reais necessidades da idade: o EEESIP (Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018). Este profissional, é capaz de educar os pais, na medida em que os consegue orientar e apoiar através do

fornecimento de conhecimentos e estratégias (ICN, 2019) com o intuito de melhorar a sua compreensão relativamente ao estágio de desenvolvimento da criança e do seu potencial de desenvolvimento, mas também para exercerem eficazmente a sua parentalidade, ao adequar, por exemplo, a sua estratégia educacional de forma consciente, informada e segura (Fargion, 2023; Lopes et al., 2010).

Através da utilização do Modelo *Touchpoints*, assente numa prestação de cuidados centrada na família e de parceria, o EEESIP intervém na capacitação parental e na prevenção dos maus tratos infantis, na medida em que, acompanhando a criança e os pais em diferentes momentos-chave do desenvolvimento da criança, são antecipados e explicados aos pais momentos de stresse no desenvolvimento do filho. Esta explicação visa normalizar estes comportamentos, permitir o esclarecimento de dúvidas, fornecer orientações e partilhar estratégias para ajudar os pais a lidar com as alterações comportamentais, promovendo o maior conhecimento sobre a criança, aceitação do seu comportamento e prevenindo a culpabilização da criança e a quebra do laço afetivo entre pais e a mesma (Brazelton & Sparrow, 2003).

Todavia, a intervenção do EEESIP não se resume à prevenção dos maus tratos infantis, sendo preponderante a avaliação do risco ou do perigo em que a criança se possa encontrar e do tipo de ajuda mais apropriada (Melo & Alarcão, 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020) para uma intervenção adequada, útil e qualificadora dos pais, das famílias e dos profissionais.

A intervenção dos profissionais de saúde nesta temática é de tal forma pertinente que motivou a criação e/ou reformulação de modelos organizativos e formas de ação de cuidados de saúde mais qualificados e efetivos, como o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) e o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) (Despacho n.º 31292/2008). Apesar de, legalmente, estas estruturas não serem obrigatoriamente integradas por EEESIP, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica emitiu um parecer (OE, 2020), evidenciando que este é o profissional mais capacitado para assumir esta função, na medida em que mobiliza os conhecimentos teóricos e adapta a comunicação com a criança e família, estabelecendo uma relação efetiva (Regulamento n.º 422/2018).

Neste sentido, a presente reflexão sobre o fenómeno em apreço contribuirá para a consciencialização, formação e capacitação dos enfermeiros para a importância da promoção da parentalidade, do flagelo dos maus tratos infantis e da estreita relação entre a promoção da parentalidade como fator protetor para os maus tratos infantis.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico em que assenta o presente Relatório, decorrente da concretização do Projeto realizado e sustentado no referencial técnico-científico da disciplina de enfermagem, tem como base a formação reflexiva e a aprendizagem experiencial proveniente da realização dos vários estágios, visando a demonstração e fundamentação das competências adquiridas.

A metodologia de Projeto tem como propósito a elaboração de um plano de intervenção, devidamente fundamentando na evidência científica, com o intuito de dar resposta a um problema identificado pela prática clínica (Ruivo et al., 2010). Esta metodologia consiste num conjunto de técnicas utilizadas para estudar um aspeto da realidade, possibilitando prever, orientar e preparar o percurso que será realizado no decorrer do projeto (Ruivo et al., 2010). Deste modo, foram seguidas as cinco etapas dinâmicas preconizadas: elaboração do diagnóstico da situação; definição dos objetivos abaixo enumerados; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades; avaliação das atividades à luz da evidência científica; divulgação dos resultados obtidos com a produção deste Relatório (Ruivo et al., 2010).

Serrano et al. (2011), defendem que “é necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos, e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional; mobilizar a flexibilidade cognitiva; e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende” (p.18). Por conseguinte, para tal ser possível, é fundamental recorrer ao ato de refletir (Peixoto & Peixoto, 2016). Neste sentido, o desenvolvimento do referido projeto e, conseqüentemente, do presente Relatório, assenta no modelo de reflexão na ação, apresentado por Schön (2000). Este modelo tem como objetivo refletir, criticamente, à luz da melhor evidência sobre as ações realizadas, de maneira a permitir reestruturar as estratégias utilizadas e repensar a compreensão do fenómeno em estudo, bem como idealizar outras formas de analisar o problema. Segundo Benner (2001), este processo reflexivo permanente sobre a práxis torna-se essencial para o desenvolvimento crítico do perito.

Corroborando a importância da reflexão para o desenvolvimento profissional, Alarcão & Rua (2005) referem que o processo de aprendizagem do estudante deve assentar em cinco elementos-chave: observação; ação e reflexão; questionamento crítico; interação e comunicação com os vários atores; sistematização e reconceptualização de saberes. Deste modo, mobilizou-se a abordagem clínico-

reflexiva de matriz ecológica proposta por Bronfenbrenner (Alarcão & Rua, 2005) ao longo dos cinco contextos de estágio.

Ao longo de dezoito semanas, realizaram-se estágios nos seguintes contextos: Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP), Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Internamento de Pediatria, Consulta de Desenvolvimento e Cuidados de Saúde Primários, mais concretamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF). A escolha dos diferentes locais de estágio ocorreu com base no reconhecimento das oportunidades formativas que cada contexto poderia oferecer no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP (APÊNDICE II). Esta diversidade de locais de estágio favoreceu o desenvolvimento de atitudes e processos de autorregulação, bem como a integração, mobilização e estimulação dos conhecimentos teórico-práticos, previamente adquiridos (Alarcão & Rua, 2005).

Através da reflexão crítica sobre o percurso profissional já tecido e perspetivando o desenvolvimento de competências de EEESIP, foram definidos os objetivos gerais e específicos que de seguida se apresentam:

1- Desenvolver competências de EEESIP, no cuidado à criança e família nos diferentes contextos clínicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em situações de especial complexidade, promovendo a sua adaptação em contexto de doença crónica e/ou doença rara;
- Prestar cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis à criança e família.

2- Desenvolver competências de EEESIP, com enfoque na promoção dos direitos e proteção das crianças, bem como no apoio à parentalidade, nos diferentes contextos de prática de cuidados:

- Analisar as dificuldades e as necessidades dos enfermeiros na promoção dos direitos e proteção das crianças, bem como no apoio à parentalidade e à educação não violenta;
- Implementar estratégias promotoras dos direitos e protetoras das crianças, com enfoque no apoio à parentalidade e à educação não violenta.

Na prossecução do cumprimento dos objetivos supracitados, foram definidas diversas atividades que serão discutidas, no capítulo que se segue, à luz da evidência científica identificada.

#### **4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Atualmente, verifica-se um aumento da exigência e complexidade associadas aos cuidados de enfermagem, resultante da maior preocupação da população relativamente à qualidade dos serviços de saúde e à eficácia dos profissionais na sua prestação (Gray, 2016). Assim, aos enfermeiros é requerido o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, das suas competências (Serrano et al., 2011), para que se tornem peritos na sua área de intervenção (Benner, 2001).

Ao perito, é reconhecida uma rede de conhecimentos diferenciados e consistentes, que lhe possibilita a apreciação da situação e da pessoa como um todo, permitindo-lhe intervir, de forma individualizada, face às suas necessidades. De acordo com Benner (2001), o perito atua de forma que a sua prática, baseada na evidência, traduza um resultado positivo para todos os intervenientes, dando visibilidade à profissão. Desta forma, desenvolver competências para se tornar um perito é algo, certamente, desejado por todos os enfermeiros.

Confrontando a definição do conceito de perito apresentada por Benner (2001) com o Regulamento de Competências do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018), constata-se que o EEESIP é um perito na sua área de intervenção, na medida em que evidencia inúmeras competências de uma prática de enfermagem avançada dignificadora da profissão (Gray, 2016).

Por sua vez, Alarcão & Rua (2005) sublinham que a competência se traduz na capacidade de saber em ação, resultante de um conjunto de micro-competências que se mobilizam na ação, de diversas atitudes e de saberes de vários tipos (Alarcão & Rua, 2005). Neste sentido, o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros ocorre na articulação de três dimensões: atores, contexto e saberes, através de um processo interativo, dinâmico e sistémico (Serrano et al., 2011).

O desenvolvimento de competências de EEESIP pressupõe, igualmente, o desenvolvimento de competências de EE, previamente estabelecidas pela OE, no Regulamento nº140/2019. Face ao exposto, neste capítulo, serão evidenciadas, à luz dos referenciais teórico-conceituais de enfermagem e do conhecimento científico, as

competências desenvolvidas, através da análise crítica das atividades executadas no decorrer dos diversos contextos de ensino clínico.

Com vista a simplificar a leitura do texto do presente capítulo, a evidência das diversas unidades de competência, preconizadas pela OE para a obtenção de título de EEESIP, serão apresentadas em rodapé devidamente sinalizadas.

#### **4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Transversalmente a todas as áreas de especialidade em enfermagem, está definido um conjunto de competências que assentam na demonstração da “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (...) através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º. 140/2019, p.4745). Estas denominam-se competências comuns do EE e agrupam-se nos seguintes domínios: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento n.º. 140/2019).

##### a) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O foco da enfermagem é a pessoa cuidada, pelo que o enfermeiro deve ter em consideração os direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, oferecendo cuidados humanizados e sustentados por um conjunto de padrões éticos profissionais explanados no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Nunes et al., 2005), bem como no Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015). No caso particular da criança, devido à sua vulnerabilidade acrescida, esta carece de proteção especial e de apoio para garantir a aplicação dos seus direitos, tendo sempre subjacente o superior interesse da mesma (IAC, n.d.; UNICEF, 2019). Assim, os cuidados prestados denotaram não só a garantia pelo superior interesse da criança, mas também a aplicação dos princípios éticos e legais de autonomia, beneficência e não maleficência (Urden et al., 2016), na medida em que o processo de tomada de decisão foi partilhado com a criança e família, almejando o bem-estar físico, mental, intelectual e moral da díade<sup>1</sup>.

A criança tem o direito de crescer e desenvolver-se num ambiente harmonioso e livre de violência, logo, a utilização de castigos corporais ou outras formas de violência

---

<sup>1</sup> Unidade de Competência: **A 1.1; A 2.1, A 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

que lhe sejam dirigidas constituem uma violação dos seus direitos (UNICEF, 2019). Desta forma, a gestão de momentos de maior tensão entre pais e filhos, nomeadamente durante uma birra, devem mobilizar recursos mais positivos, que evidenciem o amor, carinho e respeito pela criança e pela sua individualidade (Lopes et al., 2010; Katsama, 2021). Para sensibilizar e capacitar os pais para a promoção dos direitos das crianças durante uma birra, procedeu-se à realização de uma sessão de educação para a saúde: *Birras. E estratégias para as gerir* (APÊNDICE III)<sup>2</sup>.

Por outro lado, o *Shaken Baby Syndrome* representa uma violação dos direitos da criança, podendo levar à morte ou a comorbilidades graves, condicionantes da qualidade da sua vida (American Academy of Pediatrics, 2020; Joyce et al., 2022; Fortson et al., 2016). Assim, na compreensão aprofundada deste fenómeno, foi preponderante a realização de uma *Reflexão sobre Shaking Baby Syndrome e os direitos da criança* (APÊNDICE IV), com enfoque na importância da intervenção do EEESIP, ao nível da prevenção da ocorrência e manutenção deste flagelo, através da capacitação parental sustentada na produção científica consultada da qual se destacam as orientações que constam na publicação da American Academy of Pediatrics (2020) e os estudos desenvolvidos por Joyce et al. (2022) e Fortson et al. (2016)<sup>3</sup>.

O CDE preconiza não só a salvaguarda dos direitos das crianças, mas também, os direitos da pessoa com deficiência (Nunes et al., 2005). De acordo com a literatura, crianças com condição crónica complexa encontram-se em maior risco de maus tratos e violação dos seus direitos (APAV, 2011; DGS, 2011), logo, a sensibilização para o amor, respeito e carinho, pela individualidade da criança, visaram contribuir para a salvaguarda dos seus direitos<sup>4</sup>.

Ao abrigo do CDE, o enfermeiro deve desempenhar as suas funções respeitando e fazendo respeitar as opções culturais e religiosas da pessoa, criando condições para que esta possa exercer os seus direitos, visto que a compreensão da importância da influência dos costumes, crenças espirituais e valores de cada indivíduo, possibilita a prestação de cuidados de qualidade e garante a segurança das crianças e das suas famílias (Beykmirza et al., 2021; Leininger & McFarland, 200; Nunes et al., 2005)<sup>5</sup>. Como consequência, promoveu-se um momento de reflexão, em conjunto com uma

---

<sup>2</sup> Unidade de Competência: **A 1.1; A 2.1, A 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>3</sup> Unidade de Competência: **A 1.1; A 2.1, A 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>4</sup> Unidade de Competência: **A 1.1; A 2.1, A 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>5</sup> Unidade de Competência: **A 1.1; A 2.1, A 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

das enfermeiras dinamizadoras do grupo da multiculturalidade, do hospital onde foi realizado o estágio do **SUPP**. Posteriormente, elaborou-se um trabalho escrito, cujo propósito consistiu na aquisição de conhecimentos sobre a cultura nepalesa e reflexão sobre a sua influência para os cuidados de saúde (APÊNDICE V).

Decorrente da pesquisa bibliográfica, realizada por forma a suportar os cuidados prestados ao longo dos diferentes estágios, procurou-se adquirir um corpo de conhecimentos fortemente sustentado e uma conduta profissional, reconhecidos pelos pares como credíveis e de qualidade. Adicionalmente, a presença em diversas reuniões do NHACJR e do NACJR, bem como a reflexão conjunta, realizada com uma perita no NHACJR (APÊNDICE VI), fomentaram a reflexão, potenciando a aquisição de saberes jurídicos e legais, como também um maior entendimento e conceção da intervenção multidisciplinar, na abordagem à violação dos direitos da criança. Neste contexto, e sempre que adequado, disponibilizou-se consultoria aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde, perspetivando-se a promoção da melhoria dos seus conhecimentos sobre o fenómeno em estudo e influenciando, positivamente, as decisões da equipa<sup>6</sup>.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o EEESIP deve “promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem em que está inserido” e suscitar a “reflexão dos processos de tomada de decisão”. O desenvolvimento destas competências é evidenciado através da criação de um dossier temático sobre maus tratos infantis, disponibilizado à equipa multidisciplinar da **USF** (APÊNDICE VII), e de uma ação de sensibilização para o fenómeno dos maus tratos infantis (APÊNDICE VIII), decorrida na mesma unidade<sup>7</sup>.

No decorrer da sua função, o enfermeiro tem acesso a informações e dados confidenciais e sensíveis das pessoas de quem cuida, motivo pelo qual lhe está inculcado o dever de sigilo, com o objetivo de “respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada (...) bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 338/2017, p. 12770). Assim, no decorrer dos diversos contextos de ensino clínico e da redação deste Relatório, foi mantido o anonimato das pessoas cuidadas, bem como dos profissionais de saúde e instituições envolvidas em todo o processo formativo, como legislado pelo Regulamento n.º 338/2017 e imposto pelo CDE (Nunes et al., 2005). No mesmo

---

<sup>6</sup> Unidade de Competência: **A 1.1; A 1.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>7</sup> Unidade de Competência: **A 1.1; A 2.1, A 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

tópico, para a exposição dos testemunhos dos pais dos RN da **UCIN**, no vídeo comemorativo realizado aquando do Dia Internacional da Prematuridade (APÊNDICE IX), foi requerida autorização dos pais (ANEXO I).

#### b) Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade dos cuidados assume cada vez maior relevância para os serviços de saúde e, por este motivo, assiste-se a um esforço para a implementação de medidas e projetos de melhoria, baseados na melhor evidência científica, com vista a garantir a prestação de cuidados de saúde, cada vez mais, diferenciados e qualificados, assegurando a satisfação dos seus utentes (OE, 2012). Assim, ao longo dos diversos contextos de ensino clínico, como será de seguida explanado, foi possível integrar projetos de melhoria já instituídos, bem como sugerir a criação de novos, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados no serviço, tal como preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019.

Tendo em consideração o binómio criança/família, e integrando o Modelo de Parceria dos Cuidados e a abordagem dos CCF, a família foi considerada durante os cuidados prestados nos inúmeros contextos de estágio. Deste modo, os cuidados prestados visaram responder às necessidades das crianças e dos pais (Casey, 1995; Deepika et al., 2020; Kuo et al., 2011). Com essa finalidade, endereçou-se à enfermeira chefe do **SUPP** a sugestão, devidamente fundamentada, da criação de uma sala reservada para amamentação, dado a exposição pública do corpo não ser transversal a todas as culturas, o que condiciona a amamentação (Pastorelli et al., 2019). A literatura reconhece inúmeras vantagens da amamentação para a mãe e para o bebé, particularmente ao nível da criação de vínculo afetivo (Pastorelli et al., 2019; WHO, 2003). A referida sugestão, visou promover um ambiente físico, psicossocial e cultural gerador de segurança para as mães<sup>8</sup>.

Na **UCIN**, encontrava-se, previamente implementado, um projeto de melhoria que pretendia estimular a expressão de sentimentos dos pais através da escrita num diário fornecido aquando do internamento. De forma a contribuir para a manutenção e melhoria deste projeto, foram criados cartões com frases motivacionais ou conquistas associadas à melhoria da condição de saúde da criança (APÊNDICE X), como, “*Hoje deixei de ter fios. Sou um bebé wireless*”<sup>9</sup>. Assim, ao enaltecer as conquistas dos RN,

---

<sup>8</sup> Unidade de Competência: **B 2.2; B 3.1** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>9</sup> Unidade de Competência: **B 1.1; B 2.2; B 3.1** – Regulamento n.º 140/2019

os cartões permitiam a promoção da esperança e, conseqüentemente, a aproximação dos pais, procurando, deste modo, contribuir para a promoção do vínculo precoce (Bowlby,1990).

De igual forma, no **internamento**, encontrava-se implementado um projeto de melhoria, denominado, *Vamos conversar sobre...*, que consistia na realização de sessões de educação para a saúde, com duração de cerca de trinta minutos, onde se abordavam temas relevantes para a população pediátrica. Integrada neste projeto, realizou-se uma sessão de educação para a saúde, intitulada *Birras. E estratégias para as gerir* (APÊNDICE III), onde foram abordados conteúdos relacionados com a temática das birras e estratégias para as gerir assentes no amor, no carinho e no respeito pela individualidade da criança. Este momento de reflexão com os pais, potenciou o desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que foi possível o estabelecimento da relação terapêutica, o que tornou a partilha extremamente rica e transformadora<sup>10</sup>.

Relativamente ao estágio desenvolvido na **USF**, estava implementado, no Agrupamento de Centros de Saúde, um projeto de vigilância de saúde infantil e juvenil a crianças sem médico de família, dinamizado pela equipa de EEESIP do Agrupamento. Atendendo ao elevado número de famílias sem médico de família, este projeto possibilitava o acompanhamento e cuidado de inúmeras crianças, ressaltando a pertinência da intervenção do EEESIP na garantia dos direitos da criança e família ao acesso de cuidados de saúde consagrados na Carta Universal dos Direitos das Crianças (UNICEF, 2019) <sup>11</sup>.

Apesar dos inúmeros projetos implementados e da sua importância, as unidades hospitalares ou de cuidados de saúde primários, ambicionam ser acreditadas por entidades externas reconhecidas que atestem a qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, aquando com a realização do estágio no SUPP, ocorreu o processo de acreditação do centro hospitalar pela entidade acreditadora independente, *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). Constatou-se que o fenómeno da proteção de crianças e jovens era um dos parâmetros de avaliação pela comissão de acreditação (CHKS, 2020). Face a esta necessidade identificada, foram consultadas as normas, os procedimentos e outros documentos emanados pelo hospital, sendo realizado um levantamento das necessidades do SUPP, face ao fenómeno em causa

---

<sup>10</sup> Unidade de Competência: **B 1.1; B 2.2; B 3.1** - *idem*

<sup>11</sup> Unidade de Competência: **B 1.2; B 2.1; B 2.2** - Regulamento n.º 140/2019

e em estudo (APÊNDICE XI). Neste âmbito, foram, assim, tecidas sugestões com o objetivo de colmatar as lacunas identificadas, das quais se destaca a necessidade de criação de um grupo dinamizador do serviço para o tema da proteção de crianças, cuja função resida na produção de protocolos de qualidade, sensibilização da equipa multidisciplinar para o tema e nomeação de um elo entre o serviço e o NHACJR<sup>12</sup> e que foram apresentadas fundamentadamente à chefia.

### c) Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio, preconiza-se que o EEESIP desempenhe funções de liderança (Regulamento n.º 140/2019). Durante os diversos contextos de estágio acompanharam-se enfermeiras orientadoras com funções de chefia de equipa e de chefia. Tal experiência, possibilitou o contacto com diferentes tipos de liderança, gestão de conflitos e conceção dos cuidados de saúde, promovendo a reflexão sobre as melhores estratégias para um ambiente laboral positivo, onde os profissionais se sintam seguros, para exercer a prática num ambiente terapêutico<sup>13</sup>. Adicionalmente à gestão dos recursos humanos, foi também possível acompanhar a gestão de recursos materiais, por exemplo na **USF**, nomeadamente, a gestão de *stocks*. Esta oportunidade promoveu o desenvolvimento de competências relevantes neste âmbito.

As decisões dos cuidados de saúde envolvem inúmeros profissionais, sendo que o trabalho em equipa constitui a única forma de responder à crescente complexidade dos problemas de saúde e necessidade de cuidados das crianças e das suas famílias (DGS, 2013). Partindo desta assunção, e com o intuito de prestar o melhor cuidado à criança e à família, transversalmente a todos os contextos de estágio, as situações que careciam de outros prestadores de cuidados, ou de outras valências, foram devidamente identificadas e encaminhadas para equipas e/ou profissionais com maior grau de diferenciação, como por exemplo, para a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), pela equipa de cuidados paliativos pediátricos, para o NHACJR/NACJR, como também para terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, ou outros<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Unidade de Competência: **B 1.2; B 2.1; B 2.2** - Regulamento n.º 140/2019

<sup>13</sup> Unidade de Competência: **C 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>14</sup> Unidade de Competência: **C 1.1; C 2.1; C 2.2** – Regulamento n.º 140/2019

#### d) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro é central na prática de enfermagem, logo tem de demonstrar capacidade de autoconhecimento e assertividade, para melhorar as suas relações terapêuticas e multidisciplinares (Regulamento nº 140/2019). Apesar da sua construção enquanto profissional, é igualmente uma pessoa singular, com as suas crenças, valores e limitações que podem influenciar a sua prática de cuidados.

Durantes os diferentes contextos de ensino clínico, a vivência de diferentes experiências, como o cuidado ao RN gravemente doente, na **UCIN**, impulsionou a procura e aquisição de estratégias para colmatar as lacunas relativas a uma área tão específica, promovendo a evolução profissional e o desenvolvimento de competências de EEESIP<sup>15</sup>. Por conseguinte, as diversas experiências vivenciadas durante os estágios revelaram-se transformadoras, na medida em que permitiram “repensar, aprofundar, construir e reconstruir os saberes” (Alarcão & Rua, 2005, p. 375).

O EEESIP, precursor da prática de enfermagem avançada, cuida da criança e família através de uma abordagem de prática baseada na evidência: incorpora a melhor e mais recente evidência científica, a sua experiência e avaliação clínica, bem como as preferências da díade face à situação vivenciada, no processo de tomada de decisão e resolução de problemas (Camargo et al., 2018; OE, 2012). Deste modo, ao longo dos diversos ensinamentos clínicos, os cuidados foram delineados em parceria com crianças e pais integrando as suas preferências, crenças e necessidades<sup>16</sup>.

Através da prática baseada na evidência, “a decisão de um só enfermeiro para mudar um elemento da prática poderá rapidamente ter consequências para os colegas e clientes” (OE, 2012, p.21). No decorrer dos estágios, aquando da prática de cuidados, foi realizada, quotidianamente, a sensibilização das diversas equipas para os direitos das crianças e a sua proteção. Adicionalmente, no **SUPP**, a consciencialização e necessidade formativa da equipa motivou a chefia a propor uma formação em serviço sobre a temática, com o intuito de capacitar os enfermeiros para a resposta a situações específicas. O desenvolvimento desta atividade foi também sustentado pela reflexão efetuada junto da EEESIP e perita em matéria de maus tratos infantis, em/com funções no NHACJR. De acordo com a referida perita os dados estatísticos obtidos naquele hospital indicam, que o SUPP, é o serviço que mais

---

<sup>15</sup> Unidade de Competência: **D 1.1; D 1.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>16</sup> Unidade de Competência: **D 1.2** – Regulamento n.º 140/2019

notifica e referencia possíveis situações de maus tratos infantis, o que comprova/reforça, uma vez mais, a pertinência da formação (APÊNDICE VI) <sup>17</sup>.

Durante a reflexão conjunta com os diversos orientadores de estágio, foi possível identificar as carências formativas de cada contexto e colmatá-las com momentos formativos formais, como por exemplo, na **USF**, foi realizada a sessão de sensibilização sobre os maus tratos infantis (APÊNDICE VIII)<sup>18</sup>.

Os progressos científico e tecnológico aliados às constantes mudanças do sistema social e de saúde, obrigam ao desenvolvimento profissional contínuo (Vásquez-Calatayud et al., 2021). Através deste *continuum* de aprendizagem, os enfermeiros melhoram as suas competências técnicas e relacionais, o que se traduz na melhoria dos cuidados de saúde prestados e, conseqüentemente, dos *outcomes* associados às suas intervenções (Vásquez-Calatayud et al., 2021). Neste sentido, a participação em seminários, *workshops* e conferências promove o constante desenvolvimento profissional e a capacitação dos profissionais (Eslamian et al., 2015). Neste sentido, a participação no *1º Encontro Internacional “Cuidado Humano na Enfermagem do século XXI: Formação, Investigação e Prática Clínica”* (ANEXO II), bem como nas formações em serviço, dinamizadas pela **consulta de desenvolvimento**, intituladas: 1) *Doenças do Movimento* (ANEXO III); e 2) *Estilos Parentais e Funções Executivas em Crianças com Epilepsia e em Crianças Nascidas Prematuramente* (ANEXO IV), permitiram a aquisição de conhecimentos extremamente pertinentes para o desenvolvimento das competências de EEESIP<sup>19</sup>.

Atendendo ao facto do EEESIP ser um profissional altamente diferenciado, compete-lhe a produção e divulgação de novos conhecimentos científicos resultantes de projetos de investigação na sua área de especialização, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados na sua área de intervenção e contribuir para a dignificação da profissão (Regulamento n.º 140/2019; Ward et al., 2009). Deste modo, reconhecendo a importância da referida competência, foi realizada uma comunicação oral na *1ª Conferência Internacional do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa* (APÊNDICE XII, ANEXO V) onde foi apresentado o protocolo de revisão *scoping*, cujo resumo da comunicação foi publicado na Revista Pensar Enfermagem (ANEXO VI) <sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> Unidade de Competência: **D 1.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>18</sup> Unidade de Competência: **D 2.1** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>19</sup> Unidade de Competência: **D 1.2** – Regulamento n.º 140/2019

<sup>20</sup> Unidade de Competência: **D 1.2** – Regulamento n.º 140/2019

Adicionalmente, foi também preletora da Conferência *Apoio à Família e à Parentalidade em contexto hospitalar: o cuidado de enfermagem na promoção dos direitos e proteção das crianças, na mesa “Intervenção com a Família da Criança e do Jovem”* do 1º Webinar do Projecto InFUCI |CIDNUR “*A Família na Transição Saúde-Doença Intervenção de Enfermagem*” (APÊNDICE XIII, ANEXO VII) <sup>21</sup>.

#### **4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**

A criança apresenta diversas especificidades associadas à sua imaturidade fisiológica e emocional (Hockenberry et al., 2019; UNICEF, 2019). Desta forma, depende da sua família para ver supridas as suas necessidades mais básicas, como as necessidades fisiológicas, mas também as suas necessidades de segurança, amor e estima para se poder desenvolver de forma saudável, tal como evidenciado por Maslow (Chalifour, 2008). Devido a estas especificidades, as crianças e, conseqüentemente, as suas famílias, carecem de cuidados de profissionais especializados, nomeadamente do EEESIP, para os ajudarem a dar resposta aos diferentes desafios colocados durante o processo de crescimento e desenvolvimento.

Assim, e de acordo com o explanado no Regulamento n.º 422/2018, o EEESIP tem como competências específicas: “a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p. 19192). De seguida, passar-se-á a apresentar fundamentadamente o percurso tecido, com enfoque no/com vista ao/na prossecução do desenvolvimento de Competências Específicas de EEESIP.

##### a) **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**

Como tem vindo a ser mencionado ao longo do presente Relatório, a família assume um papel preponderante no crescimento e desenvolvimento da criança (Hockenberry et al., 2019). Por conseguinte, aos pais é reconhecida a *expertise* no que aos seus filhos diz respeito, considerando que estes atuam de acordo com o superior interesse das suas crianças (IAC, n.d.). Desta forma, os cuidados de

---

<sup>21</sup> Unidade de Competência: **D 1.2** – Regulamento n.º 140/2019

enfermagem devem considerar os pais não só como alvos de cuidados, mas também como recursos externamente valiosos, de maneira a garantir um cuidado verdadeiramente individualizado. Neste sentido, a implementação da abordagem dos CCF e o modelo de parceria de cuidados demonstraram ser extremamente pertinentes nos cuidados, a fim de garantir à criança a sua independência e bem-estar (Regulamento n.º 351/2017; Regulamento n.º 422/2018).

Particularmente na **consulta de desenvolvimento**, os cuidados foram, efetivamente, negociados entre as crianças (sempre que adequado), as famílias e os profissionais de saúde. A população-alvo da consulta foram crianças com condição crónica complexa, que carecem de uma diversidade de cuidados multidisciplinares e que necessitam de inúmeros cuidados dos seus pais (Patel et al., 2020). Por estes motivos, as famílias destas crianças constituíram um recurso extremamente valioso para a equipa multidisciplinar, na medida em que possuíam um vasto conhecimento sobre a condição crónica da criança, mas, principalmente, porque conheciam a criança na sua globalidade enquanto ser físico, mental e espiritual.

Não obstante, assumindo que os pais conhecem melhor o seu filho, no **SUPP**, em situações de agudização da doença crónica, esta parceria era igualmente valorizada, o que contribuía para a qualidade dos cuidados e para a satisfação dos envolvidos.

No entanto, para que as orientações dadas e os cuidados de enfermagem sejam, efetivamente, de qualidade e de parceria, torna-se fundamental estabelecer uma comunicação eficaz com a díade, ultrapassando eventuais barreiras linguísticas e respeitando as especificidades culturais da díade (Beykmirza et al., 2021; Kaihlanen et al., 2019; Leininger & McFarland, 2002). Assim, surge o conceito de cuidado culturalmente sensível, que se prende com a capacidade de o enfermeiro reconhecer a influência dos fatores sociais e culturais sobre as crenças e comportamentos do utente, permitindo adequar as suas intervenções e garantir a segurança das crianças e famílias (Beykmirza et al., 2021; Kaihlanen et al., 2019; Leininger & McFarland, 2002). Corroborando a importância dos cuidados culturalmente sensíveis para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, o Regulamento de Competências do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) reconhece igualmente esta dimensão como competência do mesmo. Assim, para potenciar o desenvolvimento desta competência e poder capacitar os pais para a parentalidade ajustada às suas crenças e valores, foi realizada na reflexão sobre a cultura nepalesa<sup>22</sup> (APÊNDICE V).

---

<sup>22</sup> Unidade de Competência: **E 1.1** – Regulamento n.º 422/2018

No início da sua vida, as crianças e famílias recorrem inúmeras vezes aos serviços de saúde (Hockenberry et al., 2019), onde, estas são frequentemente acompanhadas por múltiplos profissionais em distintos contextos, o que poderá, de acordo com Mendes et al. (2017) tornar vulnerável o processo de continuidade de cuidados na medida em que a informação clínica pode ficar dispersa, o que dificultará a identificação e resposta às suas reais necessidades. Todavia, a garantia da continuidade dos cuidados, integra os deveres do enfermeiro, consagrados no artigo 83º do CDE (Nunes et al., 2005). Neste âmbito, Mendes et al. (2017), reforçam, inclusive, que a “melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribui para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde” (p. 842). Assim, é preponderante a mobilização dos recursos estritamente necessários e a interligação das equipas multidisciplinares contribuem para o sucesso da continuidade dos cuidados prestados à díade<sup>23</sup>.

Associado à continuidade de cuidados, surge o conceito de planeamento da alta, uma área de intervenção prioritária, principalmente na **UCIN** e no **internamento**, uma vez que este se assume como fundamental para a continuidade de cuidados de qualidade no domicílio e, conseqüentemente, para a recuperação e capacidade de auto-cuidado ou, neste caso, no cuidado à criança (Portaria n.º 38-A/2023). A preparação para a alta deve ser realizada de forma articulada entre os profissionais, as crianças e as famílias, centrando-se no reconhecimento das competências e capacidades dos diversos intervenientes, inclusive na sua tomada de decisão (Portaria n.º 38-A/2023), motivo pelo qual foram integrados a abordagem dos CCF Deepika et al. (2020) e o Modelo de Parceria dos Cuidados proposto por Casey (1995). Durante este processo são identificadas as necessidades da criança e família, nomeadamente ao nível dos equipamentos e apoios sociais ou suporte na comunidade, com o intuito de reduzir os internamentos sucessivos (Portaria n.º 38-A/2023). Neste sentido, as parcerias estabelecidas durante os diferentes contextos de estágio com agentes da comunidade e o trabalho multidisciplinar com a equipa médica, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, NACJR, NHACJR, UMAD e outros projetos existentes na comunidade, permitiram a prestação dos melhores cuidados de enfermagem e, inerentemente, a satisfação da criança e família (Portaria n.º 38-A/2023; Regulamento n.º 422/2018)<sup>24</sup>. Adicionalmente, os pais foram também

---

<sup>23</sup> Unidade de Competência: **E 1.1** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>24</sup> Unidade de Competência: **E 1.1; E 2.2** – Regulamento n.º 422/2018

dotados de conhecimentos e habilidades para desempenharem a parentalidade baseada no respeito e amor, através do reconhecimento das individualidades da criança, promovendo, deste modo, os direitos da criança e a sua proteção face ao flagelo dos maus tratos infantis<sup>25</sup>.

Tal como evidenciado anteriormente, os maus tratos infantis traduzem uma violação dos direitos das crianças, implicando inúmeras consequências negativas para o desenvolvimento das mesmas e comprometendo o seu bem-estar (APAV, 2011; DGS, 2011). Atendendo ao facto de se poder intervir, preventivamente, neste problema de saúde pública, torna-se fundamental sensibilizar a sociedade, os pais, cuidadores e profissionais de saúde para o mesmo (Regulamento n.º 422/2018). Por conseguinte, a sensibilização informal da equipa, a sessão de sensibilização sobre os maus tratos infantis ocorrida na **USF** (APÊNDICE VIII), bem como a criação do dossier temático (APÊNDICE VII), evidenciam o desenvolvimento desta competência.

Os castigos corporais, nomeadamente a utilização da força, são uma das estratégias utilizadas pelos pais para cessar uma birra (Fetsch & Jacobson, 2013). Este tipo de estratégia viola os direitos da criança uma vez que a expõe a violência (APA, 2019; Hornor et al., 2020; WHO, 2021). Neste sentido, acredita-se que a realização da sessão de educação para a saúde, *Birras. E estratégias para as gerir*, bem como a entrega do folheto síntese sobre este tema (APÊNDICE III), contribuíram para a sensibilizar e capacitar os participantes para a importância da adoção de outras estratégias de ação perante uma birra, sem descuidar a segurança, os direitos e o nível de desenvolvimento da criança (Regulamento n.º 422/2018)<sup>26</sup>.

Durante o estágio decorrido no **internamento**, foi possível integrar o grupo de cuidados paliativos pediátricos. Neste âmbito, vivenciou-se o acompanhamento de uma criança com paralisia cerebral sequelar a *Shaken Baby Syndrome*. Esta síndrome, explorada em maior detalhe no APÊNDICE IV, resulta de maus tratos perpetrados contra as crianças que conduzem a alterações cerebrais com consequências graves associadas (American Academy of Pediatrics, 2020; Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.).

De acordo com a literatura, existem inúmeros fatores que potenciam a ocorrência desta síndrome, nomeadamente, um bebé com choro incontrolável e a presença de sentimentos como impotência, frustração, exaustão e raiva, que culminam com perda

---

<sup>25</sup> Unidade de Competência: **E 1.1**; **E 2.2** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>26</sup> Unidade de Competência: **E 1.2** – Regulamento n.º 422/2018

de controlo por parte dos progenitores (American Academy of Pediatric, 2020; Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.). De acordo Joyce et al. (2022), entre 25 e 50% dos pais desconhece o impacto de abanar o seu bebé, logo é fundamental atuar a nível das competências parentais, por forma a prevenir situações de risco. Assim, a realização desta reflexão (APÊNDICE IV), potenciou a aquisição de conhecimentos sobre a síndrome e evidenciou a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas de alarme atempadamente. Adicionalmente, permitiu a sensibilização para a importância crescente de os enfermeiros atuarem ao nível da capacitação parental, a fim de promover os direitos e proteger as crianças<sup>27</sup>.

Por outro lado, no **SUPP**, o contacto com crianças vítimas de abuso sexual foi uma realidade. Estas eram admitidas neste SUPP com o intuito de serem observadas pela equipa de medicina legal, vindo inclusive referenciadas de outras unidades hospitalares. De acordo com a APAV (n.d.), as crianças vítimas desta tipologia de abuso, bem como as suas famílias, podem necessitar de diferentes tipos de suporte. Os serviços de apoio deverão estar preparados para escutar de forma empática, reconhecê-las como vítimas e ajudar a lidar com o impacto decorrente da vitimização, seja ele emocional, físico ou outro. Neste sentido, estão preconizadas algumas atuações, nomeadamente, providenciar conforto, segurança e privacidade, encorajar a expressão de sentimentos/emoções e não julgar (APAV, n.d.). Deste modo, no **SUPP**, aquando da triagem, apenas eram colocadas as questões estritamente necessárias e a criança era encaminhada, diretamente, ao gabinete do responsável de equipa médica, onde permanecia até indicação de alta, para o domicílio ou transferência para outro serviço. A avaliação física da criança era realizada apenas na presença do número indispensável de profissionais, sendo que existia um esforço, por parte da equipa multidisciplinar, de alocar um profissional de saúde para acompanhar a criança e família durante todo o processo e restringir a exposição da criança ao essencial. Igualmente, era articulado com a equipa de pedopsiquiatria a observação da criança e da família. Confrontando as práticas instituídas no **SUPP** com as recomendadas pela APAV (n.d.) e DGS (2011), pode aferir-se que se encontram alinhadas e denotam respeito pela intimidade, confidencialidade e individualidade da díade<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Unidade de Competência: **E 1.2** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>28</sup> Unidade de Competência: **E 1.2** – Regulamento n.º 422/2018

No decorrer dos diferentes contextos de estágio, foram inúmeras as situações, associadas ao fenómeno em estudo, identificadas e referenciadas aos NHACJR/NACJR, particularmente no âmbito da negligência, como por exemplo, aquando da não adesão à vacinação, absentismo escolar, défice de competências parentais e carências económicas com compromisso do bem-estar e segurança da criança (APAV, 2011; DGS, 2011)<sup>29</sup>. Fruto da extensa pesquisa bibliográfica sobre o fenómeno dos maus tratos infantis, efetuada previamente à construção deste relatório, da reflexão conjunta com a perita do NHACJR (APÊNDICE VI), e da participação em reuniões do NHACJR e NACJR, foi possível desenvolver competências no reconhecimento de sinais de alerta de eventuais situações de risco para a criança e inerente atuação perante os mesmos<sup>30</sup>.

A identificação e referenciação de situações de risco ou perigo de maus tratos apresenta-se como um cuidado fundamental da equipa multidisciplinar, na medida em que, apenas desta forma, é possível assegurar a proteção e segurança das crianças e os seus direitos (APAV, 2011; DGS, 2011). Por conseguinte, verificou-se um esforço considerável para desmitificar, junto das equipas, os mitos e receios relacionados com a referenciação de crianças para o NHACJR/NACJR, questão abordada na sessão de sensibilização sobre os maus tratos infantis realizada na **USF** (APÊNDICE VIII).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), preconiza a harmonização das consultas de vigilância de saúde com a atualização do Programa Nacional de Vacinação vigente, de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde (DGS, 2013). Assim, de forma transversal, todos os contactos efetuados com as crianças e as suas famílias consistiram em momentos oportunos para transmitir orientações antecipatórias relativamente a diversos aspetos, tais como o desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional da criança, e também a sua socialização, a escolaridade e alimentação da mesma, tal como preconizado pelo PNSIJ (DGS, 2013). Nesta linha de pensamento, procuraram-se ativamente oportunidades para capacitar as crianças e famílias, particularmente no que respeita à utilização de estratégias educacionais positivas e baseadas no respeito e no amor, contribuindo, deste modo, para a promoção dos direitos das crianças<sup>31</sup>, prevenção dos maus tratos e promoção de competências parentais.

---

<sup>29</sup> Unidade de Competência: **E 2.1** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>30</sup> Unidade de Competência: **E 1.2** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>31</sup> Unidade de Competência: **E 1.1** – Regulamento n.º 422/2018

## b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

A dor é, por definição, uma experiência subjetiva, motivo pelo qual, a forma como é vivenciada e classificada, “é única e intransmissível” (OE, 2013, p.7). Neste sentido, a conceção da criança como um ser físico, mental e espiritual, em permanente relação com o meio ambiente (Watson, 1999, 2008, 2011, 2012, 2018, 2021), torna-se fundamental para permitir a adequação das estratégias com vista ao controlo da dor.

Para Watson (1999, 2008, 2011, 2012, 2018, 2021), o ambiente de cuidados influencia a pessoa e a sua perceção dos cuidados de saúde. As unidades de saúde são, frequentemente, percecionadas pelas crianças e suas famílias como ambientes hóstis (Hockenberry et al., 2019). No entanto, através da criatividade, pode tornar-se o ambiente de cuidados mais atrativo e humanizado, tal como, através da decoração do espaço físico e da existência de bonecos ou brinquedos passíveis de serem utilizados pelas crianças e suas famílias, mas também pela equipa multidisciplinar (Hockenberry et al., 2019). Este cuidado com a gestão do ambiente envolvente foi transversal a todos os contextos de ensino clínico, evidenciando a crescente preocupação dos serviços de saúde face à temática.

Ao recorrerem aos cuidados de saúde, as crianças são sujeitas a inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos associados, regularmente, a dor e sofrimento (OE, 2013). Admitindo o seu impacto nefasto para o bem-estar da criança, a dor assume cada vez maior relevância nos cuidados de enfermagem, principalmente nos cuidados pediátricos, sendo que, o controlo da dor é considerado um direito de todos os indivíduos, especialmente das crianças (OE, 2013). Consequentemente, é determinante que o EEESIP recorra a estratégias de humanização, promotoras de cuidados não traumáticos, “viabilizando um ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções e construindo uma relação auxiliadora, empática e securizante” (Diogo et al., 2021, p. 3). Deste modo, assiste-se a um esforço para instituir diferentes escalas de auto e heteroavaliação da intensidade da dor e protocolar práticas baseadas em evidência, no que diz respeito à gestão e controlo da dor na criança, tendo-se verificado que esta é uma preocupação transversal a todos os locais de estágio.

A gestão da dor pode ser realizada através do recurso a estratégias farmacológicas, mas também não farmacológicas (OE, 2013). As estratégias não farmacológicas englobam uma multiplicidade de medidas que visam modificar as cognições associadas à experiência da dor, diminuindo o medo, a ansiedade e a depressão (OE, 2013). Neste sentido, foram mobilizadas inúmeras estratégias tendo em consideração: o estágio de desenvolvimento da criança; os recursos existentes

em cada serviço; o tipo de dor experienciada pela criança; o contexto em que ocorre o procedimento; as características da dor; a sensibilidade, as preferências e habilidades da criança (OE, 2013).

Ao **SUPP**, recorrem crianças em situações de instabilidade hemodinâmica, que necessitam de cuidados imediatos e urgentes<sup>32</sup>, exigindo, muitas vezes, a realização de procedimentos dolorosos, como a punção venosa periférica ou a punção lombar. Por conseguinte, a criança e família experienciam sensação de perda de controlo e aumento da ansiedade e medo face à situação (Diogo et al., 2016). Porém, apesar da necessidade de executar os procedimentos para garantir a recuperação da saúde da criança, não foram descuradas as estratégias não farmacológicas, recorrendo-se, particularmente, à imaginação guiada, à distração, ao posicionamento, à sucção não nutritiva, à musicoterapia e ao brinquedo terapêutico (OE, 2013).

Relativamente ao **internamento**, verificou-se a existência de um *kit sem dói-dói*, adaptado aos diferentes estádios de desenvolvimento, cuja utilização era bastante incentivada pela equipa de enfermagem, para a preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos e para o controlo não farmacológico da dor durante a realização dos mesmos, denotando as boas práticas defendidas pela OE (2013).

Por outro lado, na **UCIN**, o controlo da dor apresentava-se como um cuidado essencial ao RN integrando uma das áreas dos cuidados neuroprotectores, tal como divulgado por Altimier & Phillips (2016). No terceiro trimestre da gravidez, verifica-se um grande desenvolvimento do sistema neurológico do feto, por este motivo, aquando do nascimento prematuro do RN, isto é, antes das 37 semanas de gestão (WHO, 2022), qualquer estímulo (físico, sensorial, social, químico), pode conduzir a alterações do desenvolvimento cerebral. Experiências negativas como a dor, stresse, sons e luzes intensas contribuem para a desregulação do RN, na medida em que este ainda não possui maturidade suficiente para gerir tais estímulos, levando à morte de células cerebrais. Assim, o controlo da dor era feito através da sucção não-nutritiva, do posicionamento, da gestão do ambiente e da contenção física, tal como defendido por Altimier & Phillips (2016) e OE (2013).

Apesar do esforço da equipa multidisciplinar para o controlo da dor, devido à instabilidade hemodinâmica dos RN internados na **UCIN**, estes eram expostos, frequentemente, a procedimentos invasivos e dolorosos essenciais e altamente

---

<sup>32</sup> Unidade de Competência: **E 2.1** – Regulamento n.º 422/2018

especializados, por forma a garantir a manutenção da sua vida. Neste sentido, o cuidado a estes RN permitiu desenvolver competências de EEESIP na área do cuidado à criança em situações de especial complexidade<sup>33</sup>.

Na **USF**, para os procedimentos dolorosos associados, sobretudo, à vacinação e à realização do teste do diagnóstico precoce aos RN, de forma preferencial, eram mobilizadas estratégias não farmacológicas no controlo da dor, como a sucção não nutritiva e a amamentação, se desejado pelas mães, e, em crianças maiores, a tomada de decisão era partilhada quanto à opção de recorrerem a musicoterapia, distração, imaginação guiada e ao brincar terapêutico (OE, 2013)<sup>34</sup>.

O controlo da dor pressupõe o seu reconhecimento, o que, por vezes, é condicionado pela presença de diversas comorbilidades, como no caso da paralisia cerebral (McKinnon et al., 2019). Esta patologia integra um grupo de problemas relacionados com o desenvolvimento do movimento, controlo motor, tónus muscular e postura, resultantes de uma lesão não progressiva, aquando do desenvolvimento do sistema nervoso central (Patel et al., 2020). Não sendo o propósito deste relatório explorar aprofundadamente a temática da criança com paralisia cerebral, importa referir que, aquando do diagnóstico, todas as crianças são categorizadas em cinco níveis após avaliação das suas funções motoras, são estes a habilidade manual, a comunicação e a capacidade para beber e comer. Este aspeto é de extrema importância, porque no nível I a criança anda sem limitação, consegue segurar objetos facilmente, é capaz de comunicar de forma eficaz e come e bebe de forma segura e eficiente (Patel et al., 2020). Assim, profissionais de saúde detentores de conhecimentos face a esta temática, encontram-se mais despertos e capazes de dar resposta às reais necessidades das crianças com esta condição de saúde, garantindo os seus direitos e contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados à díade.

Ainda relativamente a crianças com paralisia cerebral, a dor está frequentemente associada a episódios de subluxação da anca, escoliose, espasmos musculares, rigidez muscular e disfunção gastrointestinal, o que impacta, negativamente, a qualidade de vida e acarreta repercussões psicológicas (McKinnon et al., 2019). Na **consulta de desenvolvimento**, são acompanhadas inúmeras crianças com esta condição crónica e suas famílias, assim, reconhecendo a importância da identificação e controlo da dor nestas crianças, foi possível presenciar a administração da toxina

---

<sup>33</sup> Unidade de Competência: **E 2.1** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>34</sup> Unidade de Competência: **E 2.2** – Regulamento n.º 422/2018

botulínica como forma de reduzir a espasticidade e, conseqüentemente, permitindo o alívio da dor (Patel et al., 2020). Concomitantemente, estratégias não farmacológicas de controlo da dor, como a distração e a imaginação guiada, foram utilizadas, em parceria com a família, e atendendo à história de dor existente (OE, 2013).

Embora o uso das estratégias não farmacológicas no controlo da dor seja, cada vez mais, uma prioridade e constante dos cuidados de enfermagem, na realidade estes são muitas vezes invisíveis, na medida em que nem sempre são evidenciados nos registos de enfermagem. Assim, no decorrer dos diferentes contextos de estágio procurou-se sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do registo das estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

Para além da **consulta de desenvolvimento**, também no **SUPP** foram prestados cuidados a crianças com doença crónica complexa, visto tratar-se de um centro de referência para inúmeras doenças complexas. Deste modo, foi necessário aprofundar conhecimentos teóricos sobre os problemas de saúde mais frequentes nestes dois locais, bem como os cuidados de enfermagem associados, por forma a ser capaz de dar resposta às necessidades das crianças e famílias que recorriam a estes serviços de saúde. Reconhecendo a importância de intervenções e terapias complementares, como resposta às necessidades específicas destas crianças, foi possível assistir a sessões de musicoterapia desenvolvidas por uma terapeuta especializada na área e refletir com a enfermeira especialista sobre a sua importância, principalmente para crianças com patologia do espectro do autismo<sup>35</sup> (Geretsegger et al., 2022; OE, 2010).

Devido ao acompanhamento especializado prestado na **consulta de desenvolvimento** às crianças, a equipa multidisciplinar, em parceria com a família, identificava as necessidades da criança e família e delineava intervenções para suprir essas necessidades, particularmente, na capacitação da criança para atingir a sua máxima autonomia. Da mesma forma, no **internamento**, a enfermeira orientadora integrava a equipa de cuidados paliativos do hospital, sendo que, neste projeto, a equipa multidisciplinar trabalhava em estreita proximidade com as escolas e centros onde as crianças com doença crónica complexa estavam inseridas, através da formação e capacitação do profissional, docente e não docente, na gestão da terapêutica, gestão de dispositivos médicos, entre outros, por forma a facilitar a integração destas crianças e a sua adaptação<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Unidade de Competência: **E 2.3; E 2.4** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>36</sup> Unidade de Competência: **E 2.5** – Regulamento n.º 422/2018

Como explicitado neste subcapítulo, a dor representa uma área de intervenção prioritária para os cuidados de enfermagem, inclusive motivando a criação de um guia de boas práticas para o seu controlo adequado à população pediátrica, visto que representa um direito das crianças (DGS, 2013). No entanto, os castigos corporais utilizados como estratégia educacional infligem dor à criança (Honor et al., 2020; WHO, 2021). Desta forma, cabe ao EEESIP capacitar os pais para a parentalidade com enfoque no amor e respeito, com o intuito de prevenir a dor associada a estes comportamentos. Através da sessão de educação para a saúde *Birras. E estratégias para as gerir* e do folheto síntese entregue na mesma (APÊNDICE III) contribui-se para a prevenção da dor associada ao uso indevido dos castigos corporais.

c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A população pediátrica engloba diversas idades e, conseqüentemente, níveis de desenvolvimento muito distintos, o que exigiu a mobilização de diferentes estratégias e habilidades de comunicação com a criança e a família, de maneira a estabelecer uma relação terapêutica efetiva (Hockenberry et al., 2019)<sup>37</sup>.

Uma das estratégias frequentemente implementadas, consistiu na criação de momentos de brincadeira durante os cuidados. Através da brincadeira é possível a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças, e favorecer-se o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva com a díade, tal como defende Godino-láñez et al. (2020). Ao brincar, a criança expressa emoções, atribui um significado à sua realidade e integra as regras da sociedade (Delfini et al., 2022), motivos pelos quais brincar é um direito, inclusive durante a hospitalização (IAC, 2008; UNICEF, 2019). Assim, entre outros benefícios, estes momentos, permitiram o envolvimento das famílias e a sua sensibilização e capacitação para a importância do brincar, promovendo a parentalidade e o vínculo<sup>38</sup>.

O vínculo pais-criança pode ser comprometido por diversos fatores, um deles poderá estar relacionado com a utilização de estratégias disciplinares violentas para a cessação de uma birra (Fetsch & Jacobson, 2013). Desta forma, e considerando que as birras integram o normal desenvolvimento da criança, procurou-se sensibilizar e capacitar os pais e profissionais de saúde, dos diferentes contextos de estágio para

---

<sup>37</sup> Unidade de Competência: **E 3.3** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>38</sup> Unidade de Competência: **E 3.1; E 3.2; E 3.3; E 3.4** – Regulamento n.º 422/2018

a utilização de estratégias educacionais positivas, promotoras do saudável crescimento e desenvolvimento da criança, quer através dos cuidados antecipatórios, como da realização da sessão de educação para a saúde intitulada, *Birras. E estratégias para as gerir* (APÊNDICE III)<sup>39</sup>.

Considerando a importância da vinculação precoce, já anteriormente referida, bem como o impacto do internamento numa **UCIN**, tanto para os pais, como para os RN (Lean et al., 2018), todas as atividades realizadas foram concebidas com a intencionalidade de se ajustarem às necessidades de ambos. Aquando do nascimento de uma criança extremamente doente ou prematura, os pais confrontam-se não somente com a imprevisibilidade do desfecho da situação, como a possibilidade da morte do filho, mas também com a perda do bebé imaginado, face ao bebé real, o que implica aceitação das suas diferenças e limitações (Lean et al., 2018). Devido à inerente vulnerabilidade acrescida, estes RN necessitam de cuidados altamente especializados, diferenciados e tecnológicos, o que frequentemente, pode induzir nos pais sentimentos como exclusão e subvalorização do seu papel parental (Lean et al., 2018). Neste sentido, é crucial implementar intervenções que permitam ajudar os pais a ultrapassar os seus medos, angústias e frustrações, perante a situação, e aumentem a confiança dos mesmos para a prestação de cuidados (Lean et al., 2018).

Para Brazelton & Nugent (2011), na prática clínica, o propósito dos cuidados de enfermagem, resume-se a ajudar os pais a reconhecerem a “paixão” que sentem pelo seu filho (Brazelton & Nugent, 2011). Consequentemente, integrado num projeto de melhoria do serviço e mobilizando a criatividade, proposta por Watson (2002), criaram-se cartões (APÊNDICE X) com fim a estimular o contacto físico entre o RN e os pais e envolver os progenitores nos cuidados<sup>40</sup>.

Ainda, na mesma unidade, a vinculação entre pais e RN foi também promovida, nomeadamente através do método canguru. A evidência científica comprova os benefícios associados à prática deste método para ambos os intervenientes – pais e RN (Ferreira et al., 2019; WHO, 2003). A utilização do método canguru, em parceria com os pais, para além de potenciar a produção de leite, permite fomentar a parentalidade e o contacto físico, através do contacto pele-a-pele, o que é extremamente importante para o estabelecimento da vinculação (Ferreira et al., 2019; WHO, 2003; European Foundation for the care of newborn infants, EFCNI, 2022)<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Unidade de Competência: **E 3.1; E 3.2; 3.3** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>40</sup> Unidade de Competência: **E 3.2** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>41</sup> Unidade de Competência: **E 3.2** – Regulamento n.º 422/2018

Neste âmbito, importa referir que, em 2022, o contacto pele-a-pele foi o tema do Dia Internacional da Prematuridade de 2022 (EFCNI, 2022). Neste contexto, decidiu-se, tal como já referido, proceder-se à realização de um vídeo comemorativo (APÊNDICE IX), a ser transmitido na **UCIN**, onde se salientaram os benefícios deste tipo de contacto e se apresentaram testemunhos de alguns pais de RN internados na unidade. Optou-se por recolher os testemunhos destes pais com o intuito de sensibilizar e capacitar os restantes para a importância da utilização do método canguru e criar um suporte para os mesmos, favorecendo a esperança<sup>42</sup>. Para a recolha destes testemunhos foi previamente solicitada a autorização aos pais e assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos (ANEXO I).

Assim, com o objetivo de potenciar os efeitos benéficos para o RN e para a sua família, durante a realização do método canguru podem ser utilizadas, concomitantemente, outras estratégias, nomeadamente, a leitura de histórias ou canções de embalar. De acordo com Altimier & Phillips (2016) e Brazelton & Greenspan (2000), a voz humana estimula o desenvolvimento cerebral do RN, facilitando a capacidade para distinguir sons e, posteriormente, desenvolver a linguagem. Deste modo, recorrendo à arte e à criatividade, foi, também, elaborada uma história infantil (APÊNDICE XIV), disponibilizada aos pais, que assim o desejassem, como forma de promover o vínculo e o desenvolvimento do RN potenciados pela criação de momentos de intimidade, amor e serenidade entre os RN e famílias hospitalizados no ambiente hostil da UCIN (Watson, 2018).

O saudável crescimento e desenvolvimento do RN internado na **UCIN** é uma preocupação da equipa multidisciplinar, na medida em que o RN é sujeito a uma sobrecarga sensorial prejudicial para o seu desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016). Por este motivo, a prestação dos cuidados pela equipa, visa proteger o RN, através da implementação dos cuidados neuroprotetores (Altimier & Phillips, 2016). De acordo com os referidos autores, os cuidados preconizam a minimização dos estímulos negativos e individualização da estimulação baseada nas respostas comportamentais e fisiológicas do RN, com o objetivo de assegurar o seu desenvolvimento harmonioso (Altimier & Phillips, 2016). Por conseguinte, em parceria com os pais, os cuidados eram organizados atendendo ao nível de desenvolvimento do RN, às suas necessidades biofisiológicas, e aos desejos dos pais, almejando a maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

---

<sup>42</sup> Unidade de Competência: **E 3.2** – Regulamento n.º 422/2018

Devido à imaturidade ou instabilidade hemodinâmica do RN prematuro ou extremamente doente, frequentemente, a amamentação estava condicionada. No entanto, a alimentação do RN, com leite materno exclusivo até ao 28º dia, está associada ao aumento da taxa de sobrevivência, na medida em que o leite materno contém anticorpos essenciais e está cientificamente comprovado que providencia os nutrientes necessários para o correto crescimento e desenvolvimento do RN (Pastorelli et al., 2019; WHO,2003). Desta forma, em parceria com as mães e família, era incentivada a extração de leite materno, sem descuidar a privacidade necessária<sup>43</sup>.

Em contexto da **consulta de desenvolvimento**, o cuidado a crianças com perturbações do desenvolvimento constituiu um grande desafio e fomentou reflexão individual e conjunta com a equipa de enfermagem. Veja-se, mediante a condição da criança, os desvios ao padrão habitual do desenvolvimento infantil variam. Assim, tal como refere Patel et al., (2020), a avaliação do desenvolvimento da criança é efetuada de modo individualizado em detrimento dos padrões e critérios normais. Reconhecendo as necessidades individualizadas de cada criança e avaliando o seu potencial de desenvolvimento em determinada área, procedeu-se à elaboração de um plano em conjunto com os pais, as crianças e a equipa multidisciplinar, com enfoque na maximização do desenvolvimento da mesma<sup>44</sup>.

A literatura consultada identifica a existência de uma condição crónica na criança enquanto fator de risco para os maus tratos infantis, na medida em que o vínculo pais-criança pode estar comprometido (APAV, 2011; DGS, 2011). Neste sentido, no âmbito da **consulta de desenvolvimento**, observaram-se as interações criança-família com o intuito de identificar sinais de alerta (DGS, 2011). De igual forma, forneceram-se aos pais orientações antecipatórias e abordaram-se as expectativas dos mesmos face ao desenvolvimento e aquisição de novas competências da criança, de maneira a adequar os cuidados e fornecer uma esperança realista<sup>45</sup>.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, os cuidados de enfermagem à criança e ao jovem e família assentam na vigilância da saúde, tal como preconizado pelo PNSIJ (DGS, 2013). As consultas visam “a obtenção contínua de ganhos em saúde” para a população pediátrica (DGS, 2013, p.9) e são fundamentais, na medida em que, em parceria com as crianças e famílias, são abordadas inúmeras áreas determinantes para a saúde da díade. De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013), “são efetuadas

---

<sup>43</sup> Unidade de Competência: **E 3.2** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>44</sup> Unidade de Competência: **E 3.1**; **E 3.3** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>45</sup> Unidade de Competência: **E 3.1**; **E 3.2**; **E 3.3** – Regulamento n.º 422/2018

intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos” (p.9) para a população pediátrica que assentam na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança; na estimulação de comportamentos promotores de saúde; na deteção precoce e encaminhamento de situações, potencialmente, comprometedoras da qualidade de vida da criança; na deteção e intervenção em situações de maus tratos infantis; na promoção do desenvolvimento e da autodeterminação; no apoio e incentivo ao exercício da parentalidade. Consequentemente, as atividades desenvolvidas no estágio realizado na **USF**, visaram dar resposta aos objetivos de estágio inicialmente delineados e, simultaneamente, cumprir com o preconizado pelo PNSIJ (DGS, 2013).

Neste sentido, um dos cuidados desenvolvidos, durante as consultas de saúde infantil e juvenil, incluiu a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, possibilitando a sistematização dos princípios de avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, através da avaliação dos reflexos primitivos, realização de exame objetivos, avaliação dos dados antropométricos e da utilização de escalas validadas para a população pediátrica, como a Escala de *Mary Sheridan Modificada* (DGS, 2013; Hockenberry et al., 2019)<sup>46</sup>. Concomitantemente, possibilitou-se a deteção precoce e o encaminhamento de diversas situações potencialmente comprometedoras da qualidade de vida da criança, tal como preconizado pelo PNSIJ (DGS, 2013).

O EEESIP é um profissional de saúde com competência reconhecida pela OE para a realização autónoma de consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (OE, 2013). No seio da USF, estas consultas desenvolvem-se em complementaridade com a equipa médica. No entanto, durante a realização do estágio, proporcionou-se a participação ativa em consultas de vigilância de saúde infantil autónomas no âmbito da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e do projeto implementado no Agrupamento de Centros de Saúde, já mencionado anteriormente.

De acordo com o PNSIJ, as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, visam “apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais” (DGS, 2013, p. 10) e “identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e violência” (DGS, 2013, p.10), o que motivou a observação crítica da interação entre os pais e a criança, com o intuito de identificar possíveis compromissos e intervir, de imediato, na capacitação parental ou encaminhar as famílias para as

---

<sup>46</sup> Unidade de Competência: **E 3.1** – Regulamento n.º 422/2018

equipas mais diferenciadas do Agrupamento de Centros de Saúde: NACJR ou equipa de acompanhamento de RN e famílias, tal como preconizado pelo PNSIJ (DGS, 2013).

Como previamente referido, para além de melhorar o sistema imunitário da criança, o aleitamento materno fortalece o vínculo entre a mesma e a sua mãe (Pastorelli et al., 2019; WHO, 2003)<sup>47</sup>. Neste sentido, e beneficiando da orientação de uma enfermeira Conselheira da Amamentação, sempre que desejado, as mães eram incentivadas a amamentar, particularmente, aquando de procedimentos dolorosos, como a vacinação ou realização do teste de *Guthrie* (OE, 2013)<sup>48</sup>.

Com o intuito de estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde, durante as diversas consultas de saúde infantil e juvenil realizadas, prestaram-se cuidados antecipatórios em áreas como a alimentação, os hábitos de sono, a gestão de tempo de ecrãs, a educação e práticas disciplinares e a segurança das crianças. Igualmente, através do reforço da tomada de decisão responsável e da negociação com a criança e família, estabeleceram-se contratos, cujo objetivo reside na promoção da saúde da criança (DGS, 2013)<sup>49</sup>. De modo a ser possível negociar novos contratos de saúde e promover a mudança de comportamentos, cada criança e a sua família têm de ser consideradas únicas e ser atendidas as suas especificidades culturais (Kaihlainen et al., 2019; Leininger & McFarland, 2002; Watson, 2002, 2011, 2012, 2018, 2021). Desta forma, questões relacionadas com o início da diversificação alimentar foram discutidas com pais nepaleses (APÊNDICE V), almejando a harmonia entre o respeito pela cultura e as necessidades alimentares da criança<sup>50</sup>.

Muito embora possa parecer estar circunscrito ao contexto da **USF** e **UCIN**, foram transversais aos diversos contextos de ensino clínico a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP relacionadas com os cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (Regulamento n.º 422/2018). Isto, porque se pretende “rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas (...), com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens” (DGS, 2013, p.10). Ao finalizar este capítulo, considera-se que foram evidenciadas e analisadas as atividades consideradas mais pertinentes para a consecução dos objetivos delineados e das competências a desenvolver.

---

<sup>47</sup> Unidade de Competência: **E 3.2** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>48</sup> Unidade de Competência: **E 3.2; E 3.3** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>49</sup> Unidade de Competência: **E 3.4** – Regulamento n.º 422/2018

<sup>50</sup> Unidade de Competência: **E 3.1; E 3.3; E 3.4** – Regulamento n.º 422/2018

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A construção do EEESIP, a nível pessoal e profissional, é um processo gradual, exigente e extremamente desafiante, tendo em conta que envolve o domínio e integração na prática diária da ética e deontológica regente da profissão, uma sólida base de conhecimentos atualizados, autoconhecimento e ambição em praticar uma enfermagem avançada que contribua para a dignificação da profissão.

Refletindo criticamente sobre a sua prática diária de cuidados, o EEESIP procura oportunidades de melhoria dentro da sua área de especialidade para poder intervir a nível avançado, com segurança e competência. As referidas oportunidades surgem com o intuito de assegurar os direitos e proteção da criança e, conseqüentemente, providenciar cuidados que satisfaçam a díade criança-família. Neste sentido, o EEESIP reconhece a família como parceira nos cuidados e influenciadora de todo o crescimento e desenvolvimento da criança, sendo necessário capacitar os pais para o exercício da parentalidade, de modo a responderem às necessidades dos seus filhos através de comportamentos que denotem o amor, o respeito e a consideração das individualidades da criança.

Porém, a intervenção do EEESIP não se esgota no domínio da prevenção. Dotado de conhecimentos especializados sobre a criança, o EEESIP é capaz de reconhecer alterações comportamentais que indiciem situações de mau estar físico e psicológico, intervindo sobre elas e minimizando o seu impacto nefasto com o objetivo de proteger a criança e assegurar os seus direitos.

Reconhecendo a importância deste fenómeno para a enfermagem e para a sociedade, por forma a dar continuidade ao trabalho desenvolvido e evidenciado neste Relatório, integrar o NHACJR, como elo de ligação, é um desejo, na medida em que, dessa forma, acredito que será possível contribuir para a melhoria da intervenção na área da promoção dos direitos e proteção das crianças, assente num constante desenvolvimento de conhecimentos.

Ciente da importância da produção e divulgação do conhecimento e produção científica para o avanço da profissão e da disciplina de enfermagem, para além das atividades desenvolvidas, perspectiva-se efetivar a revisão *scoping*, intitulada *Barreiras à prevenção e ao combate dos Maus Tratos Infantis: protocolo de scoping review*, com a sua posterior publicação. A revisão *scoping* enunciada anteriormente, terá como finalidade mapear as barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos a crianças, vivenciadas pelos profissionais de saúde.

Adicionalmente, manter-se-á a motivação para continuar a ser agente de mudança, através da adoção de uma postura pró-ativa na disseminação de boas práticas, sensibilização e formação em serviço para a temática dos direitos das crianças, maus tratos infantis e importância da capacitação parental para o exercício da parentalidade.

Para concluir, após a realização deste Relatório, é de notar que todos os objetivos inicialmente delineados foram atingidos e que, concomitantemente, o processo formativo e o percurso realizado revelam evolução e crescimento, tanto a nível pessoal como profissional. Este percurso permitiu a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências necessárias para uma futura EEESIP, assentes no pensamento crítico e na capacidade reflexiva, possibilitando a reorganização e (re)conceptualização do cuidado de enfermagem pediátrico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. [doi:10.1590/S0104-07072005000300008](https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008)

AlFarhan, M.; AlMelhem, J; ElMahadi, A.; AlTurki, H.; Saleheen, H. & Almuneef, M. (2022). Child neglect in Saudi Arabia. The neglected form of child maltreatment. *Saudi Medicine Journal*, 43(6), 610-617. doi: [10.15537/smj.2022.43.6.20220117](https://doi.org/10.15537/smj.2022.43.6.20220117)

Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed). Elsevier.

Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-244. <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>

American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129(3), 827-841.

American Academy of Pediatrics. (2020). Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*, 145(4), 1-7.

American Psychological Association. (2019). *Resolution on Physical Discipline of Children By Parents*. [Resolution on Physical Discipline of Children by Parents \(apa.org\)](https://www.apa.org/resolutions/physical-discipline-children)

Ariès, Philippe. (1988). *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Relógio D'Água.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (n.d.). *Manual CARE. Apoio a crianças e jovens vítimas de violência sexual*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Baumerind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239–272.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.

Beykmirza, R.; Negarandeh, R. & Varzeshnejad, M. (2021). Experiences of Iranian Pediatric Nurses in Providing Care to Hospitalized Children of Different Language Backgrounds: a qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://us.sagepub.com/en-us/journals-permissions>

Bowlby, J. (1990). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos* (2nd ed.). Livraria Martins Fontes.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *The Irreducible Needs of Children* (3rd ed.). Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). *The Touchpoints Model of Development*. Brazelton Touchpoints Center. [Microsoft Word - Touchpoints Model of Development Aug 2007.doc \(brazeltontouchpoints.org\)](#)

Brazelton, B. T., & Nugent, K. (2011). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale* (4th ed.). MacKeith Press

Câmara Municipal de Lisboa. (2018). Plano Municipal para a Integração de Migrantes de Lisboa 2018-2020. Câmara Municipal de Lisboa.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058–1062. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Volume 1 – Os fundamentos existencial – humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.

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

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (n.d.). *Adélia – Apoio à Parentalidade Positiva*.

Communication for Governance & Accountability Program (n.d.). *Theories of Behavior Change*. The World Bank.

Council of Europe. (2006). *Towards vision of parenting in the best interest of the child*. Council of Europe.

Council of Europe. (2023). *Quem somos*. [Quem somos - O Conselho da Europa em resumo \(coe.int\)](#)

Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Regimento Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24. [Decreto-Lei n.º 74/2006 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)

Deepika; Rani, S. & Rahman, J. (2020). Patient and Family Centered Care: Practices in Pediatrics. *International Journal of Nursing Education*, 12(4), 43-47.

Delfini, G., Pereira, R. R. de O. O., Melo, L. de L., & Garcia, A. P. R. F. (2022). O brincar como significante para aplicação do Brinquedo Terapêutico dramático pelo enfermeiro: reflexão teórica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), 1–5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0062>

Despacho n.º 31292/2008. (2008). Aprovação do documento «Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 236/2008, Série II de 2008-12-05. [4920749231.pdf \(dre.pt\)](#)

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.

Diogo, P.; Freitas, B.; Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspetiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção-Geral da Saúde.

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

Eslamian, J.; Moeini, M.; Soleimani, M. (2015). Challenges in nursing continuing education: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(3).

Ettenberger, M., Bieleninik, Ł., Epstein, S., & Elefant, C. (2021). Defining Attachment and Bonding: Overlaps, Differences and Implications for Music Therapy Clinical Practice and Research in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1733. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041733>

European Foundation for the care of newborn infants. (2022). *World Prematurity Day*. [WPD – EFCNI](#)

Fargion, S. (2023). Representations of parenting and the neo-liberal discourse: parent's and professionals' views on child-rearing practices in Italy. *Journal of Family Studies*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/13229400.2021.1905049>

Ferreira, D.; Silva, M.; Galon, T.; Goulart, B.; Amaral, J. & Contim, D. (2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 23(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>

Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Fortson, B.; Klevens, J.; Merrick, M.; Gilbert, L. & Alexander, S. (2016). *Preventing Child Abuse and Neglect: A Technical Package for Policy, Norm, and Programmatic Activities*. National Center for Injury Prevention and Control – Division of Violence Prevention.

Geretsegger, M.; Fusar-Poli, L.; Elefant, C.; Mössler K.; Vitale, G, Gold, C. (2022). Music therapy for autistic people (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1-3. [10.1002/14651858.CD004381.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4)

Gershoff, E. T., Lansford, J. E., Sexton, H. R., Davis-Kean, P., & Sameroff, A. J. (2012). Longitudinal Links Between Spanking and Children's Externalizing Behaviors in a National Sample of White, Black, Hispanic, and Asian American Families. *Child Development*, 83(3), 838–843. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01732>

Godino-Iáñez, M., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J., VargasRomán, K., Membrive-Jiménez, M., & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare*, 8(239). <https://doi.org/10.3390/healthcare8030239>

Gottesman, M. M. (2000). Nurturing the social and emotional development of children, a.k.a. discipline. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(2), 81–84. <https://doi.org/10.1067/MPH.2000.105077>

Gray, A. (2016). Prática de enfermagem avançada ou avançada: qual a direção futura da enfermagem? *British Journal of Nursing*, 2, 8-13.

Guarda-Rodrigues, J., & Rebelo-Botelho, M. A. (2021). The being who being-in-the-world...becomes mother of a second child. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 55(e20210055), 1–6. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0055>

Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed). Elsevier.

Honor, G., Quinones, S. G., Boudreaux, D., Chapman, E., Donnell, C., Kahn, D., Morris, K. A., Perks, D. H. & VanGraafeiland, B. (2020). Building a Safe and Healthy America: Eliminating Corporal Punishment via Positive Parenting. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(2), 136–144.

Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. [IAC Brochura \(ordemenfermeiros.pt\)](http://iac.brochura(ordemenfermeiros.pt))

Instituto de Apoio à Criança. (n.d.). *O Superior Interesse da Criança na perspectiva do respeito pelos seus direitos*. [O Superior Interesse da Criança \(iacrianca.pt\)](http://iacrianca.pt)

Instituto de Apoio à Criança. (n.d.). *Nem mais uma palmada*. [Nem Mais Uma Palmada! | Instituto de Apoio à Criança \(iacrianca.pt\)](http://iacrianca.pt)

International Council of Nurses. (2019). *The International Classification for Nursing Practice*. ICNP Browser. [ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses](http://icnp.org)

International Council of Nurses. (2023). *Childhood and Early Parenting Principles (CEPPs) Global Initiative*. International Council of Nurses.

Kaihlanen, A.; Hietapakka, L. & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(38), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>

Katsama, I. (2021). Promoting positive parenting: a group social work intervention in a workplace setting. *Journal of Social Work Practice*, 36(1), 57–71. <https://doi.org/10.1080/02650533.2021.1926223>

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2011). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>



Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company

Melo, A., & Alarcão, M. (2011). Integrated Family Assessment and Intervention Model: A Collaborative Approach to Support Multi-Challenged Families. *Contemporary Family Therapy*, 33, 400–416. <https://doi.org/10.1007/s10591-011-9168-0>

Mendes, F.; Gemito, M.; Caldeira, E.; Serra, I. & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841–853. [10.1590/1413-81232017223.26292015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015)

Mohammadi, F.; Oshvandi, K.; Shamsaei, F.; Khodaveisi, M.; Khazaei, S. & Masoumi, Z. (2023). Child exposure to domestic violence, substance dependence and suicide resilience in child laborers. *BMC Public Health*, 23(467), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15367-7>

Nelas, J.; Melo, E.; Reis, G.; Apóstolo, J.; Carvalho, L. & Silva, L. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – adaptação à parentalidade durante a hospitalização*, N°8, 1. Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, R. & Pais, L. (2014). A Origem dos Maus-Tratos: Revisão Sobre a Evolução Histórica das Perceções de Criança e Maus-Tratos. *Psychology, Community & Health*, 3(1), p 36-49. [doi:10.5964/pch.v3i1.63](https://doi.org/10.5964/pch.v3i1.63)

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 02/2010 - Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica n.º 13/2013 - Competências do

Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica VS Enfermeiro Generalista na vigilância de saúde infantil. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros.

Owaidah, S.; Alharaz, R.; Aljubran, S.; Almuhanha, Z.; Menezes, R. (2022). Factors affecting reporting of suspected child maltreatment in Saudi Arabia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 89, 1-6. [doi.org/10.1016/j.jflm.2022.10237](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2022.10237)

Pastorelli, P.; Oliveira, E.; Silva, L.; Silva, L. & Silva, M. (2019). Significados e experiências culturais em amamentação entre mulheres de dois países. *Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 27, 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.40605>

Patel, D.; Neelakantan, M.; Pandher, K. & Merrick, J. (2020). Cerebral Palsy in children: a clinical overview. *Translational Pediatrics*, 9(1), 125-135. <https://doi.org/10.21037/2Ftp.2020.01.01>

Peixoto, N. M. S. M.; Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Referência*, 4(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.

Pepin, J.; Kèrouac, S.; Ducharme, F. (2010). *La Pensée Infirmière* (3rd ed). Chenelière Éducation.

Portaria n.º 38A/2023 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2023). Diário da República, Série I, n.º 24/2023 de 2023-02-02. [Portaria n.º 38-A/2023 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt)

Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.

Regulamento n.º 351/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, Série II, n.º 119/2015 de 2015-06-22. [1666016665.pdf \(dre.pt\)](https://dre.pt)

Regulamento n.º 338/2017. (2017). Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. Diário da República, Série II, n.º 120/2017 de 2017-06-23. [rg-3382017-23-junho.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://ordemenfermeiros.pt)

Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, Série II, n.º 133/2018 de 2018-07-12. [1919219194.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II, n.º 26/2019 de 2019-02-06. [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Regulamento n.º 613/2022. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República, Série II, n.º 131/2022 de 2022-07-08. [regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020. (2020). Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024. Diário da República, Série I, nº 245/2020 de 2020-12-18. [0000200022.pdf \(dre.pt\)](#)

Rodrigues, J. R. & Velez, M. A. (2021). Tornar-se mãe de um segundo filho: O momento do nascimento. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8). <https://doi.org/10.12707/RV210002>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–37.

Sanvictores, T., & Mendez, M. D. (2022). *Types of Parenting Styles and Effects on Children*. StatPearls Publishing.

Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artes Médicas Sul.

Sege, R. D., Siegel, B. S., Council on Child Abuse and Neglect, & Committee on Psychological aspects of child and family health. (2018). Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*, 142(6), 1–10. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2018-3112>

Serrano, M.; Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Pensar em Enfermagem*, 3(3), 15-23.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. [SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach | SAMHSA Publications and Digital Products](#)

United Nations Children's Fund. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. United Nations Children's Fund. [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

United Nations Children's Fund. (n.d.) *History of child rights. International standards have advanced dramatically over the past century – explore the milestones.* [History of child rights | UNICEF](#)

United Nations Children's Fund. (2020). *Violence against children.* <https://www.unicef.org/protection/violence-against-children>

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2016). *Priorities in Critical Care Nursing* (7th ed.). Elsevier.

Vásquez-Calatayud, M.; Errasti-Ibarrondo, B.; Choperena, A. (2021). Nurses's continuing professional development: A systematic literatura review. *Nurse Education in Practice* 50. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>

Ward, V.; House, A.; Hamer, S. (2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(8), 156-164.

Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. Elsevier.

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

Watson, J. (2008). *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. The University Press of Colorado.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science. A Theory of Nursing* (2nd ed). Jones & Bartlett Learning.

Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science. The Philosophy and Praxis of Nursing*. The University Press of Colorado.

Watson, J. (2021). *Caring Science as Sacred Science*. Lotus Library – Watson Caring Science Institute.

Winnicott, D. M. (1993). *A Família e o Desenvolvimento Individual*. Livraria Martins Fontes.

Wolraich, M. L., Aceves, J., Feldman, H. M., Hagan, J., Howard, B. J., Richtsmeier, A. J., Tolchin, D., Tolmas, H. C., Armstrong, F. D., DeMaso, D. R., Mahoney, W. J., Gilbertson, P., Cohen, G. J., Committee on Psychosocial of Child and Family Health, & American Academy of Pediatrics. (1998). Guidance for Effective Discipline. *Pediatrics*, 101(4), 723–728. <https://doi.org/10.1542/PEDS.101.4.723>

World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care – a practical guide*. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *INSPIRE handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272996>

World Health Organization. (2020). *Violence against children*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

World Health Organization. (2021). *End corporal punishment*. [Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children \(endcorporalpunishment.org\)](https://www.endcorporalpunishment.org/)

World Health Organization. (2022). *Preterm birth*. [Preterm birth \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth)

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Promoção dos direitos e proteção das crianças: perspetiva  
histórica e legal em Portugal e no mundo**

**13º Curso de Mestrado na Área da Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Estágio com Relatório

**Promoção dos direitos e proteção das crianças:  
perspetiva histórica e legal em Portugal e no mundo**

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho N°5250**



**Docente Orientadora:** Professora Doutora Joana  
Rodrigues



**Lisboa,  
setembro, 2022**

Atualmente, é impensável conceber a criança como um sujeito desprovido de direitos. Contudo, os direitos que, hoje, lhe são globalmente reconhecidos, nem sempre foram merecedores de preocupação por parte da sociedade e da família em particular (Ariès, 1988; Oliveira & Pais, 2014; UNICEF, n.d.). Neste sentido, e reconhecendo a influência da família no crescimento e desenvolvimento da criança (Hornor et al., 2020; Lopes et al., 2010; Rodrigues & Velez, 2021; Guarda-Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2021), emergiu a necessidade de compreender a evolução histórica e legal do conceito de criança e da família em Portugal e no mundo, explanado neste trabalho.

A abordagem à evolução histórica e legal do conceito de criança e da família implica a mobilização de trabalhos e publicações considerados intemporais desenvolvidos por historiadores conceituados na temática da criança e da família, isto é, fontes primárias, como são exemplo os trabalhos do historiador francês Philippe Ariès. Por este motivo, foram referenciadas publicações deste autor, apesar do ano da sua publicação.

De acordo com o dicionário de Língua Portuguesa (Porto Editora, n.d.), o conceito atualmente aceite de direito remete para outro mais específico de “direitos humanos”, isto é, “direitos inerentes ao ser humano, independentemente da sua etnia, sexo, idade e religião”. Este conceito tem vindo a sofrer alterações, considerando que, na antiguidade, o direito à vida foi negado a inúmeras crianças, visto que o infanticídio era uma prática bastante comum devido a crenças religiosas (por exemplo, como forma de obter favores dos deuses), mas também como estratégia de excluir da sociedade as crianças com deficiências visíveis ou que nascessem com problemas de saúde (Oliveira & Pais, 2014).

Tendo em vista uma perspetiva histórica, o infanticídio não remonta apenas à época dos gregos e romanos. A título de exemplo, no final do século XIII, no sul da França, apesar das proibições religiosas e legais, ainda era possível um pai matar os filhos sem qualquer implicação legal, sendo que, os bebés do sexo feminino constituíam os principais alvos desta prática (Oliveira & Pais, 2014). O infanticídio de crianças do sexo feminino não cessou no final do século XIII, tendo sido praticado até há bem pouco tempo em diversos países da Ásia, como por exemplo na China, como uma forma de controlo do crescimento populacional, sendo o nascimento de crianças do sexo feminino encarado como um evento negativo, ou inclusive, uma fatalidade (Oliveira & Pais, 2014).

Para além do infanticídio, as crianças eram frequentemente exploradas sexualmente, sendo comum encontrar crianças em casas de prostituição. Contrariamente ao idealizado, a venda de crianças em algumas zonas rurais da China apenas cessou recentemente (Oliveira & Pais, 2014).

As relações de incesto eram também comuns, isto porque as crianças eram consideradas seres não sexuais, sendo por isto envolvidas, diversas vezes, em atos sexuais dos e com os adultos (Ariès, 1988; Oliveira & Pais, 2014).

As crianças eram vistas como “adultos em ponto pequeno” e apenas careciam de cuidados diferenciados enquanto não conseguiam sobreviver de forma autónoma (Ariès, 1988; Oliveira & Pais, 2014). Neste sentido, a infância era circunscrita ao curto período em que se verificava uma maior fragilidade da criança, e que terminava logo que esta se começava a desenvolver fisicamente. Porém, enquanto bebé, a criança necessitava de bastantes cuidados maternos o que deixava a mulher menos disponível para cuidar das outras suas tarefas, e por este motivo, a criança era vista como uma sobrecarga (Ariès, 1988). Aquando deste momento, a criança misturava-se com os adultos, partilhando as obrigações laborais e as atividades de lazer (Ariès, 1988).

Relativamente às questões laborais, o facto de ser enérgica tornava a criança uma fonte de trabalho muito produtiva e, por outro lado, o facto de necessitar de menos alimento, resultava em mão-de-obra menos dispendiosa, motivo pelo qual era comum esta trabalhar, inclusive, sob condições precárias de higiene e segurança (UNICEF, n.d.). Dada a vulnerabilidade física, moral e social, quando recusava ou não conseguia realizar determinada tarefa, era castigada ou torturada (Oliveira & Pais, 2014).

Apenas no final do século XIX, consequência da evolução do conhecimento científico e da consciencialização social, se assistiu a uma mudança da conceção da criança e das suas necessidades enquanto ser em crescimento e desenvolvimento, o que levou a mudanças profundas relativas aos papéis parentais e à função da família relativamente à criança (Ariès, 1988; Oliveira & Pais, 2014). Estas mudanças não ocorreram somente a nível das famílias, mas também ao nível dos decisores políticos, o que motivou a criação de leis e medidas de proteção das crianças, até à data, inexistentes (UNICEF, n.d.).

A nível internacional, a primeira referência aos direitos da criança surge em 1924 através da adoção da Declaração de Genebra pela Liga das Nações, cujo principal objetivo era consciencializar a população sobre a importância dos direitos da criança (Albuquerque, n.d.; UNICEF, n.d.). Nesta Declaração, é reconhecida a necessidade

de proteção à criança, independentemente, da raça, nacionalidade e crença, salientando-se a necessidade de serem providenciadas condições promotoras do seu desenvolvimento, bem como na prioridade para o alívio do sofrimento e no auxílio em tempos de necessidade. De igual forma, com esta declaração é ressaltada a importância da proteção da criança contra a exploração (Albuquerque, n.d.; UNICEF, n.d.).

Em 1946, após o término da Segunda Guerra Mundial, a preocupação crescente com os problemas relacionados com as crianças motivou a criação do Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Albuquerque, n.d.; UNICEF, n.d.).

Após as atrocidades cometidas contra a humanidade durante a Segunda Guerra Mundial, em 1948 a Assembleia Geral das Nações Unidas adota a Declaração Universal dos Direitos do Homem, salvaguardando, no artigo 25º, a necessidade de cuidados e assistência especial bem como de proteção social das mães e crianças (Albuquerque, n.d.; UNICEF, n.d.). Esta Declaração surgiu como um avanço extremamente importante no reconhecimento e consagração dos direitos do Homem, na medida em que se tratou do primeiro instrumento internacional, cujo propósito residia na explanação dos direitos de carácter civil, político, económico, social e cultural, inerentes a qualquer ser humano - incluindo as crianças (Albuquerque, n.d.; UNICEF, n.d.).

Um ano mais tarde, em 1949, surge o Conselho da Europa, a principal organização da defesa dos direitos humanos no continente, e que, desde a sua criação, e ao longo dos anos, tem assumido um papel preponderante na promoção dos direitos e proteção das crianças, particularmente com a criação da Estratégia do Conselho da Europa sobre os Direitos da Criança (2016-2021) (Council of Europe, 2023).

Porém, apenas em 1989 foi promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Declaração dos Direitos da Criança, tratando-se da Convenção mais ratificada no mundo – 196 países (Albuquerque, n.d.; UNICEF, n.d.).

Na Declaração dos Direitos da Criança, são explanados os direitos das crianças, nomeadamente, o direito a um nome, uma nacionalidade e a aspetos como alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos adequados, bem como o direito à educação e a crescer num ambiente familiar harmonioso e potenciador do seu crescimento e desenvolvimento (UNICEF, 2019). Na mesma, são consideradas igualmente as crianças desprotegidas e desfavorecidas, sendo emanadas orientações

para os Estados Membro de modo a providenciarem apoios sociais para fazer face às suas necessidades. Apesar das suas orientações não possuírem qualquer obrigação jurídica, assistiu-se a um compromisso moral, de todos os Estados Membros, por cumprir estas orientações e salvaguardar os direitos da criança (UNICEF, 2019).

Anos mais tarde, em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança é adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas e amplamente aclamada como uma conquista histórica para os direitos humanos (Albuquerque, n.d.; Observatório Direitos da Criança; n.d.; UNICEF, n.d.).

Reconhecendo o flagelo do trabalho infantil, como uma afronta aos direitos das crianças, um longo caminho tem vindo a ser desenvolvido no sentido de abolir esta situação, sendo que, em 1973, a Organização Internacional para o Trabalho adota a Convenção 138 que determina os 18 anos como idade mínima para a realização de trabalhos que possam ser considerados pesados para a saúde, segurança e moral da pessoa e, em 1999, adota a convenção sobre as piores formas de trabalho infantil (Organização Internacional para o Trabalho, n.d.; UNICEF, n.d.). Conscientes de que o trabalho infantil continua, atualmente, a ser a realidade de muitas crianças e constitui um atentado aos seus direitos, 2021 foi o Ano Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil definido pela Organização Internacional do Trabalho.

Ao longo dos anos, são inúmeras as publicações feitas na área da proteção dos direitos das crianças, nomeadamente a Declaração para a Proteção de Mulheres e Crianças em contexto de Emergência em Conflitos Armados – tema atual face à guerra na Ucrânia; o protocolo de proteção das crianças para a venda, prostituição e pornografia; o protocolo de Prevenção da Delinquência Juvenil e as Regras para a Proteção de Menores Privados de Liberdade (Albuquerque, n.d.; UNICEF, n.d.).

Paralelamente, em Portugal, as preocupações com a infância começaram a ser fonte de preocupação mais cedo que no resto do mundo, visto que em 1911, após a implantação da República Portuguesa, é criada a Lei de Proteção à Infância com o intuito da “educação, à purificação, ao aproveitamento da criança – a base das sociedades, a matéria prima com que hão-de construir-se e cimentar-se os alicerces, erguer-se a arquitetura desempenada de uma sociedade nova, solidamente organizada” (Ministério da Justiça, n.d., p. 11), tendo a infância significado um objeto de investimento.

Não esquecendo todos os aspetos culturais subjacentes à época de 1911, Portugal estava na vanguarda legislativa face aos direitos da criança, atendendo ao facto de que, com este documento, foram emanadas diversas orientações para os

menores mais desfavorecidos (à data, crianças com menos de dezasseis anos), nomeadamente: “menores em perigo moral: abandonados, pobres, maltratados, ociosos, vadios, mendigos ou libertinos, delinquentes, indisciplinados e anormais patológicos” (Ministério da Justiça, n.d.).

Este documento reconhecia a importância da família como promotora do crescimento e desenvolvimento da criança bem como a importância de a família assumir uma atitude pró-ativa na educação e construção moral e social das suas crianças através do poder parental (Ministério da Justiça, n.d.). O presente documento salientava também a necessidade da prevenção da delinquência infantil e da mudança de intervenção face a estas situações, recorrendo a estratégias como a tutela e a educação (Ministério da Justiça, n.d.).

Após a Revolução de 1974, a situação da criança foi ganhando maior relevância na agenda política nacional e, em 1990, Portugal ratifica a Convenção dos Direitos da Criança, com a alteração da idade da menoridade em Portugal no Código Civil (Observatório dos Direitos da Criança, n.d.).

Assistindo-se a uma maior sensibilização para os direitos da criança em Portugal, as questões relacionadas com os maus tratos infantis e a violência contra crianças foram ganhando visibilidade e preocupação, motivo pelo qual, em 1991, com o Decreto-lei n.º 189/91 é criado o Sistema de Promoção e Proteção na Infância e, em 1999, surge a Lei n.º 147/99 denominada a Lei de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo. Esta temática tornou-se de tal forma pertinente que, inclusive, em 2007 é alterado o Código Penal Português com a proibição dos castigos corporais através dos artigos 143º, 144, 145º, 152º (Lei n.º 59/2007 do Código Penal Português). A par com a temática dos maus tratos infantis e com a violência contra crianças, a violência doméstica tem vindo a ser uma temática merecedora de atenção e intervenção por parte da sociedade e dos decisores políticos, devido ao seu impacto na criança como vítima e como testemunha, fomentando a Resolução do Conselho de Ministros n.º 52/2019 e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 139/2019.

Acompanhando o resto do mundo, e como forma de prevenir o trabalho infantil e de assegurar os direitos da criança à educação, o Decreto-Lei n.º 176/2012 determina a escolaridade obrigatória e gratuita dos 6 aos 18 anos. Também a área da saúde, inspirada pelas mudanças de conceção da criança na sociedade elaborou a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008) com o intuito de proteger a criança e garantir os seus direitos mesmo durante a hospitalização.

Desde então muito se tem feito por forma a contribuir que Portugal e o mundo proporcionem às crianças todas as ferramentas para que estas cresçam e se desenvolvam de forma saudável e feliz. Consequentemente, têm sido criados diversos apoios sociais que visam facilitar o desempenho da parentalidade, como por exemplo, os apoios financeiros e o alargamento do número de dias da licença parental para ambos os membros do casal (Lei n.º 90/2019).

Por conseguinte, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020 aprova a Estratégia Nacional dos Direitos das Crianças 2021-2024 (ENDC 2021-2024) cujo enfoque consiste em

Consolidar uma abordagem estratégica e holística, assente num compromisso coletivo de definição de uma visão integrada, que permita a construção colaborativa de um futuro comum, estruturante e sustentável em prol da proteção e promoção dos direitos das crianças e dos jovens (p. 4)

Recentemente, como forma de concretização da Recomendação 2021/1004 do Conselho da União Europeia, é originado o Plano de ação 2022-2030 da Garantia para a Infância aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 3/2023, que visa “garantir que todas as crianças e jovens têm acesso a um conjunto de serviços essenciais, contribuindo assim para a defesa dos seus Direitos, combater a pobreza infantil e promover a igualdade de oportunidades para todos” (p. 3).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, C. (n.d.). *Os direitos da criança: as Nações Unidas, a Convenção e o Comité*. Ministério Público, Procuradoria-Geral da República, Gabinete de Documentação e Direito Comparado.

Ariès, Philippe. (1988). *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Relógio D'Água.

Council of Europe. (2023). *Quem somos*. [Quem somos - O Conselho da Europa em resumo \(coe.int\)](https://www.coe.int/en/web/council-of-europe/who-we-are)

Decreto-Lei n.º 176/2012. (2012). Regula o regime de matrícula e de frequência no âmbito da escolaridade obrigatória das crianças e dos jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos e estabelece medidas que devem ser adotadas no âmbito dos percursos escolares dos alunos para prevenir o insucesso e o abandono escolares. Diário da República n.º 149/2012, Série I de 2012-08-02. [Análise Jurídica - Decreto-Lei n.º 176/2012 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt/pt/analise-juridica-decreto-lei-n-176-2012)

Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Instituto de Apoio à Criança. [IAC Brochura \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/pt/brochura-iac)

Lei n.º 59/2007. (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal. Assembleia da República. Diário da República. Diário da República nº170/2007, Série I de 2007-09-04. [::: Lei n.º 59/2007, de 04 de Setembro \(pgdlisboa.pt\)](https://www.pgdlisboa.pt/pt/lei-n-59-2007-de-04-de-setembro)

Lei n.º 90/2019. (2019). Alteração ao Código do Trabalho para reforço da proteção da parentalidade. Assembleia da República. Diário da República nº 169/2019, Série I de 2019-09-04, 4-18. [::: Lei n.º 90/2019, de 04 de Setembro \(pgdlisboa.pt\)](https://www.pgdlisboa.pt/pt/lei-n-90-2019-de-04-de-setembro)

Ministério da Justiça (n.d.). Edição Comemorativa da Lei de Proteção da Infância – 27 maio 1911. Ministério da Justiça.

Observatório dos Direitos da Criança. *Os Direitos das Crianças*. (n.d.). [Os Direitos das Crianças - Observatório dos Direitos da Criança - Cidade do Porto \(observatoriodosdireitosdacrianca.com\)](https://www.observatoriodosdireitosdacrianca.com/pt/os-direitos-das-criancas)

Oliveira, R. & Pais, L. (2014). A Origem dos Maus-Tratos: Revisão Sobre a Evolução Histórica das Perceções de Criança e Maus-Tratos. *Psychology, Community & Health*, 3(1), p 36-49. [doi:10.5964/pch.v3i1.63](https://doi.org/10.5964/pch.v3i1.63)

Organização Internacional do Trabalho. (n.d.). Ano Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil. [Trabalho Infantil \(ilo.org\)](https://www.ilo.org/)

Organização Internacional do Trabalho. (2021). Trabalho Infantil. [Ano Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil \(ilo.org\)](https://www.ilo.org/)

Porto Editora. (n.d.) *direito* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/direito>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 52/2019. (2019). Cria a comissão técnica multidisciplinar para a melhoria da prevenção e combate à violência doméstica. Diário da República, Série I, nº 46/2019 de 2019-03-06. [Análise Jurídica - Resolução do Conselho de Ministros n.º 52/2019 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt/DR/2019/03/06/0000200022)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 139/2019. (2019). Aprova medidas de prevenção e combate à violência doméstica. Diário da República, Série I, nº 157/2019 de 2019-08-19. [0007500079.pdf \(dre.pt\)](https://diariodarepublica.pt/DR/2019/08/19/0007500079)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020. (2020). Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024. Diário da República, Série I, nº 245/2020 de 2020-12-18. [0000200022.pdf \(dre.pt\)](https://diariodarepublica.pt/DR/2020/12/18/0000200022)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 3/2023. (2023). Aprova o Plano de Ação da Garantia para a Infância 2022-2030. Diário da República, Série I, nº 12/2023 de 2023-01-17. [Resolução do Conselho de Ministros n.º 3/2023 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt/DR/2023/01/17/0000200022)

United Nations Children's Fund. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. United Nations Children's Fund. [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

United Nations Children's Fund. (n.d.) *History of child rights. International standards have advanced dramatically over the past century – explore the milestones.* [History of child rights | UNICEF](https://www.unicef.org/child-rights/history)

**APÊNDICE II - Enquadramento do Projeto de Estágio: apresentação dos  
diferentes contextos de ensinos clínico**

## **Enquadramento do Projeto de Estágio: apresentação dos diferentes contextos de ensinos clínico**

### **Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP)**

O SUPP onde foi realizado estágio integra um agrupamento de hospitais localizados no concelho de Lisboa. O seu objetivo consiste em prestar cuidados de saúde diferenciados na área da urgência e emergência referentes à população pediátrica. Excecionalmente, jovens com condição crónica e com seguimento no hospital podem ser igualmente admitidos no SUPP mediante avaliação da sua situação clínica.

A área de influência desta unidade hospitalar abarca 38 freguesias do concelho de Lisboa e 7 freguesias do concelho de Loures. Porém, a sua área de abrangência estende-se devido às áreas de especialidade reconhecidas como centros de referência sitas no hospital, como por exemplo.

O SUPP é composto por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é composta por 44 enfermeiros, sendo que existem especialistas nas diferentes áreas de especialidade de enfermagem.

Os enfermeiros prestam cuidados nas diferentes valências mediante as suas competências, nomeadamente: sala de triagem, sala de reanimação, sala de tratamentos, serviço de observação onde constam 5 vagas, sala de pequena-cirurgia e apoio à especialidade de ortopedia. Além destas valências, os enfermeiros deste serviço constituem a equipa de reanimação interna do hospital, prestando apoio diferenciado em situações de emergência.

Devido à natureza do serviço, é, maioritariamente, no serviço de observação onde se prestam e organizam os cuidados de enfermagem com base na filosofia do enfermeiro de referência.

Neste serviço está implementado um projeto de formação contínua dos enfermeiros com vista à divulgação da produção científica e contribuindo para a formação informal da equipa pelos seus pares.

## **Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)**

O estágio realizado na UCIN desenrolou-se num hospital da área metropolitana de Lisboa que presta cuidados a cerca de 600 mil habitantes. Os concelhos abrangidos por esta unidade hospitalar apresentam taxa brutas de natalidade entre os 9-11%.

Esta unidade visa dar resposta às necessidades de cuidados altamente especializados para recém-nascidos pré-termo e de termo que apresentem condições de saúde/doença que possam comprometer a sua vida.

Devido à organização do serviço, a equipa de enfermagem da UCIN e da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é a mesma. No entanto, para a organização dos cuidados de enfermagem são tidas em consideração as competências específicas de cada profissional disponível em cada turno, verificando-se um esforço por parte da equipa em organizar os cuidados mediante a filosofia do enfermeiro de referência.

A UCIN dispõe de uma sala de cuidados intensivos com 6 vagas, uma sala de cuidados intermédios com 9 vagas e uma sala de berços com 6 vagas. Os recém-nascidos são distribuídos pelas diferentes valências mediante as suas necessidades.

Neste serviço encontram-se implementados diversos projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que um desses projetos será abordado em maior profundidade no presente Relatório.

## **Internamento de Pediatria**

O estágio de internamento de pediatria ocorreu, à semelhança do estágio da UCIN, num hospital da área metropolitana de Lisboa. A esta unidade hospitalar recorrem crianças residentes em diversos concelhos o que se traduz num elevado número de internamentos atendendo ao facto de esta faixa etária representar cerca de 14% da população dos concelhos abrangidos.

Este serviço propõe-se a dar resposta às necessidades das crianças com necessidade de cuidados hospitalares, dispendo de duas alas e de uma unidade de cuidados intermédios. Mediante o motivo de internamento (patologia do foro cirúrgico, médico ou ortopédico) e a idade as crianças são acomodadas.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, estes estão organizados de acordo com a filosofia do enfermeiro de referência.

À semelhança da UCIN, neste internamento estão igualmente implementados projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que, um destes projetos, denominado “Vamos conversar sobre...”, será abordado em maior profundidade neste trabalho.

### **Consulta de Desenvolvimento**

O estágio da consulta de desenvolvimento decorreu numa unidade altamente diferenciada na área metropolitana de Lisboa. Esta unidade apresenta-se como um centro multiprofissional para atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, proporcionando uma investigação, avaliação e tratamento multidisciplinares.

Devido à extrema complexidade das crianças que frequentem esta consulta, este serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar extensa e diversificada, incluindo médicos de diversas especialidades, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogos, entre outros, trabalhando a equipa multidisciplinar em prol do melhor cuidado prestado à criança e à sua família.

Atendendo ao facto de ser um serviço altamente diferenciado, este dispõe de inúmeras salas de atividades adaptadas às diferentes terapias executadas e uma sala de tratamentos onde se realizam os procedimentos de enfermagem.

A equipa de enfermagem é composta por quatro enfermeiras que organizam os seus cuidados através do enfermeiro de referência, privilegiando a experiência profissional prévia, por exemplo, o acompanhamento de recém-nascidos pela perita em neonatologia.

Nesta unidade encontra-se implementado o *Journal Club* onde se preconiza a apresentação semanal à equipa multidisciplinar da mais recente produção científica relacionada com as diferentes áreas de intervenção.

### **Unidade Saúde Familiar (USF)**

A USF onde foi realizado o estágio pertence à área metropolitana de Lisboa. É uma USF modelo A, constituída por 5 médicos e 5 enfermeiros dos quais dois enfermeiros especialistas: um especialista em saúde infantil e pediátrica e outro especialista em médico-cirúrgica.

Esta USF abrange cerca de 9356 utentes, dos quais 1750 correspondem a utentes com menos de 19 anos de idade. Esta unidade de saúde tem como missão prestar cuidados personalizados e de qualidade à população inscrita.

Nesta USF existem consultas predefinidas, nomeadamente: vigilância de saúde infantil e juvenil, planeamento familiar, vigilância de saúde materna e diabetes que são executadas pelos enfermeiros através do modelo de enfermeiro de família. Concomitantemente a estas consultas predefinidas, a equipa de enfermagem é igualmente responsável pela vacinação, sala de tratamentos e visitação domiciliária.

**APÊNDICE III - Plano sessão de Educação para a Saúde: *Birras. E estratégias para as gerir***

**13º Curso de Mestrado na Área da Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Estágio com Relatório

**Plano Sessão de Educação para a Saúde  
*BIRRAS. E estratégias para a gerir***

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho N°5250**



**Docente Orientadora:** Professora Doutora Joana  
Rodrigues



**Lisboa,  
dezembro, 2022**

## ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A sessão de educação para a saúde intitulada, *Birras. E estratégias para as gerir*, dirigida aos pais das crianças hospitalizadas no internamento de pediatria, num hospital localizado nos subúrbios da região de Lisboa. A sessão ocorreu no dia 10 de dezembro de 2022, pelas 14h30, na sala de atividades do serviço de internamento de pediatria, e teve a duração de 1 hora e 30 minutos.

A sessão enquadra-se no projeto de melhoria da qualidade dos cuidados vigente no serviço, denominado *Vamos conversar sobre....* Este projeto visa criar momentos de reflexão e partilha com os pais sobre temas adequados à população pediátrica, com o objetivo de os capacitar para o exercício da parentalidade.

Uma semana antes da realização da sessão foi afixado no serviço, junto à sala de enfermagem, um cartaz (APÊNDICE I) para divulgação da mesma. Adicionalmente, foi feita a divulgação oral aos pais aquando da interação com os mesmos.

De acordo com um estudo realizado por Gershoff et al. (2012), 80% das mães, admitiu ter batido no seu filho pelo menos uma vez entre o jardim de infância e o terceiro ano de escolaridade. Segundo a *American Psychological Association* (2019), os pais das crianças com idades entre os 3 e os 5 anos têm maior probabilidade de utilizarem os castigos corporais como o bater. As birras são características das crianças com idades entre os 2 e os 3 anos (Fetsch & Jacobson, 2013; Hockenberry et al., 2019; Sisterhen & Wy, 2022) e, de acordo com um estudo realizado pelo Centro de Aprendizagem Social de Oregon, Estados Unidos da América, quando a raiva expressa pela criança ultrapassa os 18 segundos, aumenta a probabilidade de a família se tornar violenta, recorrendo a estratégias como gritar ou bater (Fetsch & Jacobson, 2013).

Reconhecendo as implicações negativas da utilização de comportamentos violentos para a saúde da criança, quer a nível da sua saúde física e mental, quer na diminuição do desenvolvimento cognitivo e dos resultados educativos (American Psychological Association, 2019; Hornor et al., 2020; WHO, 2021), a pertinência de abordar esta temática foi evidente.

A literatura evidencia que, mediante a cultura, a utilização do bater é considerada uma estratégia educacional utilizada, principalmente em famílias africanas (Gershoff et al., 2012). O presente estágio decorre num hospital cuja área de

influência dos cuidados abrange inúmeras famílias oriundas de países africanos (Moreno et al., 2018), o que reforça a pertinência desta temática.

Apesar de as birras serem mais frequentes nos *toddler* (Fetsch & Jacobson, 2013; Hockenberry et al., 2019; Sisterhen & Wy, 2022), todos os pais foram convidados a participar na sessão, visto que as estratégias violentas tendem a ser utilizadas em diversos momentos da vida das crianças. Isto verifica-se, principalmente, em crianças com temperamento difícil, portadoras de doença crónica ou de perturbações do desenvolvimento, em crianças com problemas de comportamento, ou no caso de as expectativas dos pais relativamente aos filhos não serem atingidas (DGS, 2011). Por este motivo, a consciencialização dos pais para a importância do seu papel enquanto educadores e protetores da criança (independentemente da sua idade) e dos seus direitos é fundamental.

Como referido anteriormente, esta sessão foi realizada para os pais das crianças internadas, logo, foram utilizadas metodologias do ensino de adultos, cujo propósito contraria a ideia de que “ao aprendiz está reservado um papel de pura submissão” (Canário, 2013, p.126). Esta sessão partiu do pressuposto de que a “Aprendizagem é um processo de transformação de conhecimentos previamente existentes noutros (...) Ou seja (...) é um processo complexo de problematização e questionamento das experiências previamente adquiridas” (Cavaco, 2002, p. 35). Assim, com esta sessão, pretendeu-se capacitar os pais, através da transmissão de saberes de forma interativa-reflexiva (Canário, 2013), procurando-se promover a reflexão sobre as experiências prévias, com vista à resolução de problemas reais do quotidiano, e com o propósito máximo de os capacitar para melhor desempenharem o seu papel parental.

### **Objetivos da sessão**

Objetivo geral:

1. Capacitar os pais para entenderem a natureza e as causas das birras em crianças, assente na compreensão do desenvolvimento infantil;
2. Promover a confiança nos pais, permitindo-lhe recorrer à comunicação positiva com os filhos, estimulando uma relação baseada no afeto, confiança e empatia.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar as principais razões pelas quais as crianças manifestam birras, nomeadamente, fatores emocionais, físicos e ambientais;

2. Fornecer informações sobre o desenvolvimento infantil, permitindo que os pais compreendam melhor as necessidades e comportamentos dos filhos em diferentes idades;
3. Explorar estratégias para os pais lidarem com birras de forma respeitosa e construtiva, visando minimizar o stress e melhorar a relação pais e filhos;
4. Discutir métodos de estabelecimento de limites saudáveis e regras consistentes, ajudando as crianças a desenvolverem habilidades de autorregulação.

### **Estruturação da sessão**

1. Apresentação da sessão, dos diversos intervenientes e dos objetivos da sessão;
2. Birras – conceito e o seu enquadramento no desenvolvimento infantil (porque acontecem e de que forma se podem manifestar);
3. Visualização do vídeo disponível no *Youtube*: [Sophia wants her hand stamp while throwing tantrums - YouTube](#);
4. Discussão sobre o vídeo (sentimentos face ao observado, partilha de experiências pessoais, como achavam que iriam intervir face a esta situação ou semelhante);
5. Estratégias para gerir as birras e corrigir comportamentos não desejados de forma positiva;
6. O papel dos pais na gestão das birras;
7. Avaliação da sessão através de um questionário de satisfação (APÊNDICE II);
8. Encerramento da sessão com a entrega de um folheto síntese da mesma (APÊNDICE III).

### **Avaliação da sessão de formação**

Para avaliar esta sessão recorreu-se ao modelo de avaliação da formação proposto por Kirkpatrick (2016), visto este ser reconhecido, mundialmente, como um dos modelos mais efetivos de avaliação de uma sessão formativa, quer esta seja formal ou informal. Este modelo consiste na avaliação da formação analisando quatro níveis: satisfação/reação, aprendizagem, comportamento e resultados (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016). Nesta sessão apenas foi avaliado o nível 1 sobre a

satisfação/reação dos formandos através do fornecimento de um questionário em APÊNDICE II.

Nesta sessão participaram duas mães de crianças com 23 meses e 3 anos. Relativamente aos objetivos da sessão, ambas consideraram estar muito satisfeitas com o tema, considerando-o pertinente para o exercício da sua parentalidade, bem como para a fase de desenvolvimento do seu filho. Relativamente ao funcionamento da sessão, consideraram estar satisfeitas com as instalações e o tempo de formação, contudo manifestaram-se pouco satisfeitas com o número de participantes. Em contrapartida, demonstraram-se muito satisfeitas com os métodos utilizados na sessão, com a utilização do vídeo e reflexão posterior, bem como com o folheto síntese entregue no final da sessão sobre as birras. Quanto à formadora, as duas mães cotaram todos os pontos de avaliação com cinco, reconhecendo o domínio da formadora sobre o assunto, bem como a sua capacidade para apresentar os conteúdos e criar momentos de reflexão e aprendizagem sobre o tema. Por fim, as participantes consideraram que as expectativas face à formação foram satisfeitas, referindo que a sessão as ajudou a refletir sobre a sua atuação perante uma birra e as dotou de conhecimentos para gerir uma birra de forma eficaz e afetuosa no futuro. Como sugestões ou comentários, uma das participantes enalteceu a importância de sessões como a realizada, referindo a necessidade de mobilizar mais cuidadores para estas sessões com o objetivo de promover a reflexão conjunta.

## CONCLUSÃO

Após a realização desta sessão de educação para a saúde para os pais, considero que os objetivos delineados inicialmente para a sessão foram atingidos. Na sua globalidade as participantes demonstraram estar muito satisfeitas com a mesma e, a título pessoal e profissional, enquanto formadora, esta sessão foi uma experiência extremamente enriquecedora. Permitiu o desenvolvimento de inúmeras competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, nomeadamente, ao nível da implementação de estratégias promotoras da parentalidade, na promoção do desenvolvimento infantil, na promoção da vinculação e comunicação com a família (Regulamento nº422/2018).

Como formadora, esta sessão foi muito desafiante, no sentido em que foi realizada sem um dispositivo visual (*powerpoint*, por exemplo), o que exigiu domínio dos conteúdos que estavam a ser discutidos e dinamismo para manter o envolvimento dos participantes na sessão. Por outro lado, aquando da realização da sessão, diversas questões e dúvidas foram levantadas pelas participantes, o que exigiu confiança e um sólido corpo de conhecimentos teóricos para dar resposta às mesmas. Esta competência foi reconhecida, na medida em que ambas as participantes consideraram estar muito satisfeitas com o domínio da formadora sobre a temática.

A visualização do vídeo, como ponto de partida para a reflexão e partilha, demonstrou ser bastante eficaz e suscitou nas participantes os sentimentos, emoções e ideias pretendidos. Assim, foi possível, demonstrar às presentes, sem julgamentos a ineficácia de algumas estratégias utilizadas no vídeo ou sugeridas pelos próprios e sugerir outras formas de atuação perante uma birra assentes no amor, no afeto e no respeito atendendo ao nível de desenvolvimento da criança. Por conseguinte, acredita-se que esta sessão contribuiu para proteger as crianças e assegurar a promoção dos seus direitos.

Contrariamente ao expectável, a sessão teve a duração de uma hora e trinta minutos, ao invés dos trinta minutos inicialmente previstos. Este poderia ter sido um aspeto apontado pelas participantes como negativo, no entanto, apesar de a sessão ter excedido o tempo previsto, na avaliação as participantes referiram estar muito satisfeitas com o tempo de duração da sessão. A sessão prolongou-se devido aos contributos dados pelas mães que estavam presentes, tendo sido abordados outras temáticas como: o *burnout* parental; a necessidade de tempo para as mães cuidarem de si e de que forma isso influencia a sua capacidade de cuidar dos filhos; o desafio

permanente em ser consistente na educação transmitida às crianças; a vontade expressa e dificuldades em adotar estratégias educacionais diferentes das gerações anteriores. Todos os aspetos referidos anteriormente estão estreitamente relacionados com a disponibilidade e capacidade parental para gerir as birras de forma positiva. Assim, esta sessão evidenciou a pertinência de criar momentos de partilha e reflexão sobre a temática em foco.

Nesta sessão apenas estiveram duas mães presentes o que foi apontado por elas como sendo um aspeto a melhorar numa próxima formação. Sendo que o objetivo desta sessão consistia em promover a discussão e a partilha entre os cuidadores, o facto de estarem presentes um número reduzido de participantes comprometeu a diversidade de testemunhos e partilhas, contudo, não comprometeu o envolvimento, disponibilidade e riqueza do momento. Talvez por serem menos participantes, as mães presentes conseguiram ser genuínas nas suas partilhas, sem medo do julgamento.

Refletindo sobre o número de participantes, não considero que se tenha devido à pouca importância atribuída à temática, mas devido a muitos outros fatores relacionados com as visitas de familiares, administração de terapêutica endovenosa às crianças e alteração do horário inicial da formação. Durante a prestação de cuidados de enfermagem, a capacidade de adaptação a novas circunstâncias é extremamente importante, visto que os imprevistos podem acontecer, pelo que é necessário redefinir as prioridades. Por este motivo, a sessão inicialmente programada para as 11h teve de ser adiada, devido à necessidade de cuidados de enfermagem urgentes no turno em questão, sendo remarcada, no próprio dia, para as 15h. A sessão não foi adiada para outro dia devido a constrangimentos relacionados com o término do estágio.

Adicionalmente, o facto de apenas duas mães terem participado nesta sessão, suscitou a reflexão, desprovida de juízos de valor, sobre a possível existência, a nível cultural, de uma distribuição desigual da participação de ambos os pais na educação da criança. Nomeadamente, discutiu-se se a necessidade de adquirir novos conhecimentos e aprender diferentes estratégias que contribuam para a capacitação para a educação dos filhos ainda recai, essencialmente, sobre a figura materna. Refletindo posteriormente, questionou-se se teria sido este um dos motivos pelos quais as participantes abordaram temas como o *burnout* parental. Por compreender a importância da temática, foi apresentada à equipa de enfermagem esta sugestão como foco de uma próxima sessão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2019). *Resolution on Physical Discipline of Children By Parents*. American Psychological Association. [Resolution on Physical Discipline of Children by Parents \(apa.org\)](#)

Canário, R. (2013). *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*. Educa.

Cavaco, C. (2002). *Aprender Fora da Escola: Percursos de Formação Experiencial*. Educa.

Direção-Geral de Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção-Geral da Saúde.

Fetsch, R. & Jacobson, B. (2013). Children's Anger and Tantrums. *Fact Sheet 10.248. Consumer Series: Family*. Colorado State University.

Gershoff, E. T., Lansford, J. E., Sexton, H. R., Davis-Kean, P., & Sameroff, A. J. (2012). Longitudinal Links Between Spanking and Children's Externalizing Behaviors in a National Sample of White, Black, Hispanic, and Asian American Families. *Child Development*, 83(3), 838–843. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01732>

Hockenberry, M.; Wilson, D.; Rodgers, C. (2019). *Wong's: Nursing Care of Infants and Children* (11th ed). Elsevier.

Honor, G., Quinones, S. G., Boudreaux, D., Chapman, E., Donnell, C., Kahn, D., Morris, K. A., Perks, D. H. & VanGraafeiland, B. (2020). Building a Safe and Healthy America: Eliminating Corporal Punishment via Positive Parenting. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(2), 136–144.

Kirkpatrick, J. & Kirkpatrick, W. (2016). *Kirkpatrick's Four Levels of Training Evaluation*. Association for Talent Development.

Moreno, A., Sousa, N., & Gonçalves, R. (2018). II Plano Municipal para a Integração de Migrantes 2018/2020. Câmara Municipal da Amadora.

Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, Série II, n.º 133/2018 de 2018-07-12. [1919219194.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Sisterhen, L. & Wy, P. (2022). Temper Tantrums. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544286>

World Health Organization. (2021). End corporal punishment. [Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children \(endcorporalpunishment.org\)](https://www.endcorporalpunishment.org/)

## APÊNDICES

**APÊNDICE I – Cartaz de divulgação da sessão de educação para a  
saúde**

VAMOS CONVERSAR SOBRE...

# **BIRRAS**

**E ESTRATÉGIAS PARA AS GERIR**



**10 de dezembro de 2022**

**14h30-15h no refeitório**

**Apareçam!**

**APÊNDICE II - Questionário de Avaliação da Sessão de Educação  
para a Saúde**

# Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

## **Birras. E estratégias para as gerir.**

**Formadora:** Ana Pastorinho (Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Data:** 10/12/2022

**Hora:**14h30 | **Duração:** 30min

A sua opinião sobre esta sessão é de extrema importância para que se possa proceder a uma apreciação crítica da mesma e, assim, melhorar a forma como foi pensada, organizada e apresentada.

Deste modo, peço-lhe que coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponda à sua opinião sobre a sessão. A sessão será avaliada numa escala de **1 a 4**, sendo que:

**1=** Insatisfeito; **2=** Pouco satisfeito; **3=** Indiferente; **4=** Satisfeito; **5=** Muito satisfeito.

Este questionário é anónimo, contudo, solicito apenas que mencione a idade do seu filho: \_\_\_\_\_.

<b>1. Objetivos   Conteúdos Programáticos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.1.Os objetivos da sessão foram apresentados					
1.2.Os conteúdos abordados na sessão foram ao encontro dos objetivos apresentados					
1.3.O tema abordado é útil para mim enquanto pai/mãe					
1.4.A sessão foi pertinente tendo em conta a fase de desenvolvimento do meu filho					
<b>2. Funcionamento da Ação de Formação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.1.As instalações eram adequadas					
2.2.O tempo de formação foi adequado					

2.3. O número de participantes foi adequado					
2.4. Os métodos utilizados (de partilha de experiências e de visionamento de um vídeo) foram adequados					
2.5. O vídeo utilizado foi importante para a reflexão sobre a temática					
2.6. O folheto entregue no final da sessão estava apelativo e continha informações complementares sobre o tema					
<b>3. Formadora</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.1 Demonstrou ter domínio sobre o assunto					
3.2 Teve capacidade para apresentar os conteúdos de forma clara, concisa e criativa					
3.3 Conseguiu criar momentos importantes de reflexão e de aprendizagem sobre o tema					
<b>4. Sessão</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1 As minhas expetativas face à formação foram satisfeitas					
4.2 Esta sessão ajudou-me a refletir na minha forma de atuação perante uma birra					
4.3 Após esta sessão, sinto-me mais capaz de gerir uma birra					

Neste espaço, pode deixar comentários ou sugestões que considere importantes para futuras formações sobre esta temática:

---



---



---



---



---



---



---



---

**APÊNDICE III – Folheto síntese sobre as birras e estratégias para as  
gerir**

## O QUE FAZER DURANTE A BIRRA

- ✓ Fique próximo do seu filho. Isso transmite-lhe segurança promovendo o seu autocontrolo;
- ✓ Conforte-o e demonstre que o ama;
- ✓ Promova a expressão de sentimentos e demonstre compreendê-los;
- ✓ Garanta a segurança do seu filho e dos outros;
- ✓ Lembre-se que as crianças aprendem pelo exemplo. Se lhe bater para conter a birra, o seu filho vai aprender que essa é a forma correta de agir;
- ✓ Mantenha um tom de voz calmo e assertivo (gritar aumenta o stresse no seu filho e agrava a birra);
- ✓ Defina regras simples, claras e certifique-se que o seu filho compreende o que lhe é dito;
- ✓ Corrija o comportamento sem envergonhar ou minimizar o seu filho.



## IDEIAS-CHAVE PARA OS PAIS

Conheça-se e tome consciência das suas fragilidades e capacidades. Assim pode trabalhá-las e sentir-se mais confiante perante as birras

Não "leve a peito" o que o seu filho disser durante a birra



A frustração faz parte do dia a dia. Ajude o seu filho a saber lidar com isso

Ajude o seu filho a ter auto-estima e auto-confiança

Construa uma relação com o seu filho assente no amor e no respeito

O seu filho precisa de regras para crescer saudável e feliz

Seja consistente e paciente. As mudanças demoram o seu tempo a acontecer

Errar é humano e faz parte do crescimento, **inclusive do seu** enquanto pai/mãe. Seja **gentil consigo** e com o **seu filho**



## O QUE SÃO? PORQUE ACONTECEM?

As birras fazem parte do **crescimento normal** e **saudável** do seu filho.

Entre **1 e 3 anos** as birras são mais frequentes porque é neste período da vida que a criança começa a desenvolver uma **noção de si própria**, das suas **vontades** e **necessidades**.

Porém, a criança tem **dificuldade** em **expressar** os seus sentimentos e gerir emoções fortes, podendo ficar **frustrada** o que conduz a uma **birra**.

Assim, mudanças de ambiente, fome, sono, cansaço, stresse, estimulação excessiva, medo, vergonha, preocupação ou raiva podem dar origem a uma birra.



## COMO E ONDE SE PODEM MANIFESTAR?



Atirar-se para o chão e/ou espedaçar.



Chorar ou gritar.



Bater a si, aos outros ou a objetos.



Suster a respiração ou vomitar.

Podem acontecer em qualquer lugar!



## COMO PREVENIR QUE ACONTEÇAM?

⇒ **Ajude** o seu filho a compreender as emoções falando sobre elas;

⇒ **Identifique** as causas mais frequentes da birra do seu filho e antecipe-as;

⇒ **Encoraje** a expressão de sentimentos e **oiça realmente** o que o seu filho lhe diz;

⇒ **Dê o exemplo**. As crianças reproduzem os comportamentos dos pais;

⇒ **Mantenha expectativas realistas** relativamente ao seu filho e às suas conquistas. Para conseguir isso tem de **passar tempo de qualidade** com ele para o conhecer;

⇒ **Elogie** o comportamento quando pretende que este se mantenha;

⇒ **Aprenda** a gerir as **suas próprias** emoções.



## **APÊNDICE IV – Shaking Baby Syndrome e os direitos da criança**

**13º Curso de Mestrado na Área da Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Estágio com Relatório

***Shaken Baby Syndrome* e os direitos da criança**

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho N°5250**



**Docente Orientadora:** Professora Doutora Joana  
Rodrigues



**Lisboa,  
dezembro, 2022**

## INTRODUÇÃO

A necessidade de elaboração deste trabalho surge durante a realização do estágio em contexto de internamento de pediatria, após o contacto com uma criança de 5 anos, M., acompanhada pela equipa de cuidados paliativos pediátricos do hospital, devido a paralisia cerebral sequelar a *Shaken Baby Syndrome* (SBS).

Assim, este trabalho visa aprofundar conhecimentos sobre o SBS, confrontar o SBS com a utilização de estratégias educacionais violentas e refletir sobre o cuidado de enfermagem associado.

De acordo com o *National Center on Shaken Baby Syndrome* (n.d.), nos Estados Unidos da América, são diagnosticados cerca de 1300 casos por ano, dos quais, 25% das vítimas morrem e 80% desenvolvem comorbidades, tais como a paralisia cerebral. Segundo Joyce et al. (2022), a maioria das vítimas são lactentes entre os 3 e os 8 meses, porém, as lesões cerebrais por SBS podem ocorrer até aos 5 anos.

O SBS constitui um abuso físico à criança, frequentemente perpetrado por um progenitor ou cuidador, e resulta, inúmeras vezes, da incapacidade do mesmo de gerir a frustração associada ao choro inconsolável do lactente (Joyce et al., 2022). Adicionalmente ao choro inconsolável, estão identificados inúmeros fatores que potenciam a ocorrência do SBS (Joyce et al., 2022), pelo que a sua deteção precoce, por parte dos profissionais de saúde, permite a intervenção atempada, contribuindo deste modo, para a proteção das crianças.

No início da sua vida, a criança e família recorrem, frequentemente, aos serviços de saúde (Hockenberry et al., 2019), pelo que os enfermeiros assumem um papel preponderante na deteção de situações que comprometam o saudável crescimento e desenvolvimento da criança, salvaguardando, deste modo, os seus direitos (Nunes et al., 2005).

## DESENVOLVIMENTO

Como enunciado anteriormente, este trabalho surge na sequência do contacto com uma criança portadora de paralisia cerebral sequelar a SBS. Por conseguinte, será realizada, posteriormente, uma breve descrição da criança com o intuito de fornecer algum enquadramento da situação vivenciada.

### Apresentação sumária da situação

M., é uma criança de 5 anos, portadora de paralisia cerebral como consequência de SBS perpetrado pelo seu pai quando tinha cerca de 3 meses de idade. É totalmente dependente, não tendo adquirido marcha ou controlo de esfíncteres e apresentando um controlo cervical ligeiramente comprometido. Reside com a mãe, a sua principal cuidadora, a irmã mais velha, de 10 anos, e o pai. O pai tinha reintegrado recentemente a família nuclear, após a separação devido ao incidente com a M.

A criança encontrava-se em observação no serviço de urgência do hospital, onde decorria o estágio de internamento de pediatria, devido a uma infeção respiratória com necessidade de aporte suplementar de oxigénio e foi visitada pela equipa de cuidados paliativos pediátricos do hospital, integrada pela enfermeira orientadora.

O SBS, consiste em abanar vigorosamente e/ou repetidamente a criança, podendo esta colidir com algum objeto, o que pode conduzir a lesão cerebral (American Academy of Pediatrics, 2020; Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.).

Atualmente, a terminologia mais consensual assenta em *Abusive Head Trauma* (AHT), visto que se considera que SBS não inclui o mecanismo de ação de outras lesões cerebrais associadas ao abuso físico, tais como sufocar ou estrangular (American Academy of Pediatrics, 2020; Joyce et al., 2022), motivo pelo qual será adotada esta terminologia doravante. Todavia, perante esta situação concreta, qualquer uma das terminologias se adequa, cientificamente, isto porque o mecanismo de lesão cerebral da M. foi por abanão.

O AHT traduz a principal causa de morte em crianças com menos de 2 anos de idade, sendo que a maioria das lesões fatais oriundas dos maus tratos infantis resultam, de igual forma, de AHT (Joyce et al., 2022). Tal acontece

devido aos movimentos repetidos e rápidos de extensão, flexão e rotação da cabeça, que devido à imaturidade do cérebro da criança, à desproporção do tamanho e peso da cabeça face ao restante corpo da criança, à musculatura cervical mais fraca e à diferença de tamanho e força entre a vítima e o seu agressor, tornam esta forma de abuso extremamente perigosa para a criança (Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.). Apesar do descrito acima, a morte da criança não é o desfecho mais comum associado ao AHT, sendo muito frequentes as comorbilidades resultantes de hipoxia, isquémia e alterações sofridas nas cascatas inflamatória e metabólica durante a agressão (American Academy of Pediatrics, 2020). Apesar de a criança poder não sofrer qualquer complicação decorrente de AHT, a grande maioria das crianças desenvolve complicações, tais como, encefalopatia, paralisia cerebral, atraso do desenvolvimento psicomotor, convulsões, cegueira, problemas de comportamento e, inclusive, disfunções endócrinas, anos depois de ocorrer a lesão (American Academy of Pediatrics, 2020, Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.).

Os sinais e sintomas podem ser subtis e imiscuir-se com outras patologias, dificultando o seu diagnóstico. Desta forma, torna-se essencial que a equipa multidisciplinar possua conhecimentos diferenciados sobre esta forma de abuso físico e esteja desperta para o mesmo, por forma a ser capaz de identificar sinais e sintomas sugestivos de AHT e, assim, seleccionar os meios complementares de diagnóstico mais adequados (American Academy of Pediatrics, 2020, Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.). De acordo com estes autores, os sinais e sintomas podem ser diversos e envolvem, por exemplo, vómitos, agitação motora, alteração do estado de consciência, letargia, hipotonia, apneia, abaulamento da fontanela, ausência do sorriso social, rutura do freio lingual, diminuição da ingesta, incapacidade para levantar a cabeça/controlo cervical, assimetria pupilar e hemorragia da retina. Do mesmo modo, é necessário que os profissionais de saúde estejam familiarizados com a regra “TEN-4”, que consiste em procurar equimoses no tórax, orelhas e região cervical, visto que, equimoses nestes locais são mais frequentes em situações de mau trato do que em acidentes (American Academy of Pediatrics, 2020, Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.).

O AHT constitui um mau trato físico à criança, na medida em que lhe é infligida uma ação que provoca ou pode provocar dano físico (DGS, 2011). Por isto, e devido ao facto de acarretar consequências de extrema gravidade para a criança, é fundamental compreender quais os fatores de risco relacionados com a AHT, mas também os fatores protetores para que se possam prestar os melhores cuidados de enfermagem a estas crianças e famílias. De acordo com a literatura mobilizada, os fatores de risco podem estar diretamente relacionados com características da criança, dos seus pais e da família. Relativamente à criança, por volta dos dois meses de vida, esta experiencia um período normal no seu desenvolvimento da qual o choro intenso faz parte, sendo extremamente difícil de identificar os desencadeantes do choro e, conseqüentemente, atuar por forma a minimizá-lo (Joyce et al., 2022; National Center on Shaken Baby Syndrome, n.d.).

Este período torna-se desafiante para os pais/cuidadores, na medida em que estes se poderão sentir frustrados por se sentirem incapazes de cuidar dos seus filhos, o que os pode levar a adotar comportamentos agressivos para com a criança (American Academy of Pediatrics, 2020, Joyce et al., 2022).

Quanto aos fatores de risco associados aos pais, destacam-se os problemas de saúde comportamentais, depressão, intolerância à frustração, falta de experiência em cuidar de crianças e o baixo nível educacional. Por outro lado, o baixo estatuto socioeconómico, a existência de violência doméstica, a existência de uma família monoparental, falta de suporte familiar constituem fatores de risco associados à família (Joyce et al., 2022). Em contrapartida, são enumerados como fatores protetores a existência de uma rede de suporte familiar e a preocupação familiar com a criança e o seu bem-estar (Joyce et al., 2022).

Pelo referido anteriormente, torna-se premente garantir a proteção das crianças através da prevenção, deteção e notificação de situações de risco ou perigo de AHT (American Academy of Pediatrics, 2020). Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) adota uma intervenção fundamental, na medida em que o seu cuidado especializado à criança e família, suportado pelas suas competências promotoras da educação e capacitação parental, contribui, significativamente, para a gestão dos fatores de risco associados ou para o encaminhamento das

situações para entidades mais competentes, a fim de garantir os direitos das crianças (Regulamento nº. 422/2018).

Uma das estratégias utilizadas pelo EEESIP passa pela implementação do programa *Period of Purple Crying*, desenvolvido pelo *National Center on Shaken Baby Syndrome* (n.d.), cujo propósito assenta na capacitação parental para a compreensão e intervenção durante o período, referido anteriormente, em que o lactente chora incontrolavelmente. Este programa baseia-se na utilização do acrónimo PURPLE – P (pico de choro), U (inesperado), R (resistente), P (fácies de dor), L (duração prolongada), E (noite). Partindo deste acrónimo, o programa consiste em capacitar os pais e cuidadores para a importância de compreenderem e reconhecerem que, por volta dos dois meses, o lactente pode iniciar um período de choro incontrolável que pode aumentar a cada semana e que este poderá não estar diretamente relacionado com algum fator desencadeante. Da mesma forma, este momento de choro intenso poderá não cessar independentemente das estratégias adotadas pelos pais. Durante este período, apesar de a criança aparentar fácies de dor, tal pode não se verificar, no entanto, é fundamental despistar a existência de patologias. Caso esteja descartada a hipótese de patologia, este período normal no crescimento e desenvolvimento do lactente pode acarretar um período de choro diário de cinco horas ou mais por dia, sendo predominantemente noturno (*National Center on Shaken Baby Syndrome*, n.d.).

Adicionalmente à implementação deste programa, o EEESIP pode inclusive negociar com os pais a execução das estratégias sugeridas pelo *Washington State Department of Children, Youth & Families* (n.d.), com o intuito de prevenir o AHT, nomeadamente: realizar uma *checklist* dos motivos mais comuns pelos quais as crianças choram e colocá-la num local visível; afastar-se da criança quando se sentir frustrado ou zangado, garantindo previamente a sua segurança e regressar apenas quando se sentir calmo; escrever três razões pelas quais se considera um bom pai, colocar num local visível e enumerá-las mentalmente perante uma situação de stresse; compreender e assumir que o choro é uma das formas de comunicação do lactente; cantar uma canção de embalar; escrever cinco aspetos que se goste na criança e enumerá-los mentalmente aquando de uma situação potencialmente stressante; criar uma lista de suporte a quem recorrer, seja presencial ou telefonicamente; praticar

exercício físico regularmente; rir e aprender a rir face às adversidades e momentos de *stress*; criar momentos diários para autocuidado.

De acordo com Joyce et al. (2022), os perpetradores de AHT sentem frequentemente culpa e remorsos face ao acontecimento, estando inclusive descrito, que muitos deles adotam comportamentos com consequências prejudiciais para a sua própria vida. Deste modo, é possível compreender a importância de o EESIP intervir nos diversos fatores de risco, principalmente nos relacionados diretamente com os pais e o contexto familiar, através do acompanhamento por equipas especializadas em saúde mental, providenciando apoios sociais e económicos e outros recursos existentes na comunidade (Joyce et al., 2022).

Como explanado no documento, os progenitores não pretendem infligir dano à criança quando a agitam violentamente, mas sim controlar o seu comportamento. No entanto, ao recorrerem à força física para o controlarem, incorrem num mau trato físico, na medida em que lhe infligem um castigo corporal, punível por lei, violando os seus direitos e não respeitando a sua individualidade (American Psychological Association, 2019; Council of Europe, 2006; DGS, 2011; Hockenberry et al., 2019; Hornor et al., 2020).

Atendendo aos fatores de risco associados ao AHT, enunciados previamente, a literatura evidencia o baixo estatuto socioeconómico, o baixo nível de escolaridade, o stress, o desemprego, a impulsividade, a depressão e a ira como fatores que exponenciam a utilização de castigos corporais e práticas disciplinares violentas (American Psychological Association, 2019; Council of Europe, 2006; Hornor et al., 2020). Comparando os fatores de risco associados, constata-se que muitos deles são comuns, logo, ao intervir preventivamente no AHT através da capacitação parental e fornecimento de cuidados antecipatórios, previne-se, concomitantemente, a utilização de castigos corporais e práticas disciplinares violentas no futuro.

## CONCLUSÃO

O AHT, particularmente o SBS constituem uma grave violação dos direitos da criança na medida em que a criança é agredida, mesmo que de forma não intencional. A criança tem o direito de crescer e desenvolver-se num ambiente harmonioso e potenciador das suas capacidades, pelo que, a deteção de fatores de risco e a identificação correta dos sinais e sintomas relacionados com o AHT é fulcral como forma de assegurar os seus direitos.

Tendo em consideração a dualidade dos sinais e sintomas associados ao AHT, a existência de enfermeiros altamente treinados, despertos para a temática e detentores de conhecimentos especializados na área de intervenção pediátrica contribui para a garantia da sua deteção e intervenção adequadas. Deste modo, a formação da equipa para este fenómeno é essencial e extremamente pertinente.

Atendendo ao que foi anteriormente referido, a maioria dos pais não intenta causar dano aos filhos através de AHT, logo, a capacitação parental e a sensibilização parental para a problemática do AHT constitui uma área de intervenção crucial para a prevenção deste tipo de mau trato infantil. Neste sentido, transversalmente a qualquer contexto em que as crianças se insiram, nomeadamente, creches e infantários, deveriam ser realizadas sessões de esclarecimento e capacitação dos pais/cuidadores e profissionais que cuidam da criança para a temática do AHT, ensinando, por exemplo, as estratégias referidas no presente trabalho. Tendo isto em consideração, no serviço de internamento onde foi realizado estágio, foi proposta a realização de uma sessão para os pais sobre esta temática.

A identificação de sinais de mal-estar físico e psíquico e de situações de risco para a criança constituem áreas de competência do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018). Assim, a realização deste trabalho permitiu a aquisição de conhecimentos sobre este fenómeno bem como de estratégias para prevenir a sua ocorrência, possibilitando atingir os objetivos previamente definidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics. (2020). Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*, 145(4). American Academy of Pediatrics.

American Psychological Association. (2019). *Resolution on Physical Discipline of Children By Parents*. American Psychological Association. [Resolution on Physical Discipline of Children by Parents \(apa.org\)](https://www.apa.org/resolutions/physical-discipline-children)

Council of Europe. (2006). *Towards vision of parenting in the best interest of the child*. Council of Europe.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção-Geral da Saúde.

Hockenberry, M., Wilson, D.; Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed). Elsevier.

Honor, G., Quinones, S. G., Boudreaux, D., Chapman, E., Donnell, C., Kahn, D., Morris, K. A., Perks, D. H. & VanGraafeiland, B. (2020). Building a Safe and Healthy America: Eliminating Corporal Punishment via Positive Parenting. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(2), 136–144.

Joyce, T.; Gossman, W. & Huecker, M. (2022). *Pediatric Abusive Head Trauma*. StatPearls Publishing.

National Center on Shaken Baby Syndrome. (n.d.). *PURPLE crying*. [National Center on Shaken Baby Syndrome - PURPLE Crying \(dontshake.org\)](https://www.dontshake.org/)

Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, Série II, n.º 133/2018 de 2018-07-12. [1919219194.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.dre.pt/II/2018/07/12/1919219194.pdf)

Washington State Department of Children, Youth & Families (n.d.). *Tips to Prevent Shaken Baby Syndrome*. [Tips to Prevent Shaken Baby Syndrome | Washington State Department of Children, Youth, and Families](#)

**APÊNDICE V - Cuidados culturalmente sensíveis a crianças e suas famílias provenientes do Nepal**

**13º Curso de Mestrado na Área da Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Estágio com Relatório  
Serviço Urgência

**Cuidados culturalmente sensíveis a crianças e suas  
famílias provenientes do Nepal**

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho N°5250**



**Docente Orientadora:** Professora Doutora Joana  
Rodrigues



**Lisboa,  
outubro, 2022**

## ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

Atualmente, atendendo à globalização e mobilidade das populações, assiste-se à multiculturalidade das sociedades, o que subjaz inúmeros desafios à prestação de cuidados de saúde, particularmente aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Consequentemente, emerge o conceito de cuidado culturalmente sensível como estratégia para dar resposta às reais necessidades das populações migrantes, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e, por conseguinte, para a satisfação do utente e da sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Os cuidados culturalmente sensíveis implicam que os profissionais de enfermagem reconheçam a influência de fatores sociais, culturais e crenças nos comportamentos da pessoa cuidada, por forma a permitir uma individualização dos cuidados e garantir a segurança das crianças e famílias face aos cuidados prestados (Kaihlainen et al., 2019; Leininger & McFarland, 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2022). Neste sentido, os cuidados culturalmente sensíveis exigem conhecimentos sobre diversidade cultural e respeito para com as especificidades culturais de cada pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Porém, nos serviços de saúde ainda se assiste a uma “padronização das práticas de cuidados, que não contribuem para ir ao encontro das necessidades individuais dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2022, p.1). A referida padronização contraria o preconizado pelo artigo 82º Código Deontológico do Enfermeiro, que afirma que o enfermeiro deve “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (Nunes et al., 2005, p.97). Se para o enfermeiro de cuidados gerais esta temática é relevante, para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) adquire uma maior importância, visto que lhe é exigida competência no relacionamento com a criança e família baseado no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (Regulamento nº 422/2018).

Ao prestar cuidados culturalmente sensíveis, o EEESIP reconhece a individualidade da criança e família e auxilia-as no processo de tomada de decisão, o que facilita a cura e promove a integridade e a dignidade humanas (Watson, 2012).

De acordo com o relatório de 2021 do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Lisboa é o distrito em Portugal com maior número de imigrantes (Serviço Estrangeiros e Fronteiras, 2022). Estes dados estatísticos reforçam a importância da abordagem desta temática, visto que o presente estágio decorre num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP) situado num hospital do distrito de Lisboa.

O SUPP insere-se numa unidade hospitalar que dispõe de um grupo multidisciplinar dedicado à multiculturalidade e aos cuidados culturalmente sensíveis. Desta maneira, foi solicitada uma reunião com uma das enfermeiras constituintes do grupo, tendo sido possível a reflexão crítica conjunta com a mesma sobre a temática. Segundo dados partilhados pela enfermeira, em 2019, os países de origem dos utentes migrantes com mais afluência ao SUPP foram Brasil, Nepal e Bangladesh, por ordem decrescente. Segundo o SEFSTAT (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, n.d.), em 2021, cerca de 11853 nepaleses viviam na região de Lisboa, local onde residia o maior número de pessoas desta nacionalidade em Portugal, sendo que 7117 são homens e 4736 são mulheres. Adicionalmente, na sequência da discussão conjunta com a enfermeira, optou-se por se desenvolver este trabalho sobre a comunidade nepalesa atendendo ao facto de a barreira linguística ser uma realidade muito desafiante, bem como os costumes e crenças serem menos conhecidos.

## DESENVOLVIMENTO

De acordo com a United Nations Children's Fund (UNICEF, n.d.) o Nepal é o terceiro país mais pobre do continente asiático. Com uma população de cerca de 30 milhões de habitantes, cerca de 40% da população tem menos de 18 anos. Compreendendo a importância de investir na infância e adolescência de maneira a garantir o desenvolvimento da população, nas duas últimas décadas, o Nepal tem efetuado um grande investimento para promover o desenvolvimento das crianças, nomeadamente através da extensão dos cuidados de saúde primários a crianças com menos de 5 anos de idade, o que permitiu a redução da mortalidade infantil; melhoria dos cuidados de saúde a grávidas e puérperas, com conseqüente diminuição da mortalidade materno-infantil; desenvolvimento e aplicação de legislação, políticas e programas promotoras do acesso à educação; implementação de apoios económicos com o intuito de erradicar a pobreza infantil e a desnutrição (UNICEF, n.d.)

Todavia, apesar do que foi realizado até ao momento, ainda é necessário um longo caminho para combater as disparidades existentes no país, atendendo que, cerca de 2/3 das crianças nepalesas são privadas de alguma das necessidades básicas (UNICEF, n.d.). Assim, a pobreza relacionada com a falta de oportunidades de trabalho é o principal motivo para a imigração da população nepalesa, de acordo com *Integral Human Development* (n.d.).

Ao longo dos anos, a comunidade nepalesa tem vindo a aumentar significativamente em Portugal (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2022), tal como evidenciado anteriormente. Por conseguinte, torna-se premente compreender a cultura e crenças desta população, de maneira a poder adequar e individualizar os cuidados de enfermagem prestados, assegurando o respeito pela pessoa como um ser-no-mundo, espiritual, parte da natureza e autêntico (Watson, 2012).

Neste âmbito, seguidamente, serão apresentados diversos conceitos considerados fundamentais para a implementação de cuidados de enfermagem culturalmente sensível a crianças e famílias oriundas do Nepal, divididos em dois grandes grupos: a família, a criança e a educação da criança; processo de saúde-doença, religião e alimentação.

## A família, a criança e a educação da criança

O Nepal apresenta-se como uma sociedade, maioritariamente, patriarcal, onde aos homens são reconhecidos mais direitos que às mulheres, o que se traduz em casamentos combinados previamente, na proibição de as mulheres possuírem terras e na quase exclusividade da atribuição do poder de tomada de decisão ao sexo masculino (Basnet, 2022). Por este motivo, os homens estão encarregues do sustento da família e as mulheres são educadas para serem mães e esposas, incumbidas das tarefas domésticas, educação dos filhos e cuidados à família (Bhandari, 2017; Gupta, 2019). Neste sentido, as crianças do sexo feminino são, desde cedo, instruídas a cozinhar, cuidar da casa e tomar conta dos irmãos (Bhandari, 2017; Gupta, 2019). Consequentemente, as raparigas tendem a querer agradar às suas famílias, sentindo-se coagidas a obedecer aos seus pais e aos idosos da família (Basnet, 2022).

De acordo com Dangol (2015), a educação das crianças baseia-se numa cultura de coletivismo, ou seja, as crianças são integradas em grupos coesos cuja função é protegê-las, em troca de lealdade inquestionável. Deste modo, é responsabilidade de todos os membros da família contribuir para a educação da criança, motivo pelo qual é bastante frequente residirem na mesma casa diversos membros e/ou gerações da família (Dangol, 2015). Consequentemente, a conceção de família ultrapassa os laços sanguíneos, sendo a rede de apoio comunitário extremamente valorizada e protegida (Borges, 2012).

Na família, a função de cada membro é definida através de uma hierarquia, consequentemente, é esperado que cada um desempenhe a sua função, por forma a manter o equilíbrio da unidade familiar (Dangol, 2015). Os elementos mais velhos da família são considerados mais sábios, pelo que tomam todas as decisões relacionadas com as crianças, não tendo em consideração a sua opinião (Dangol, 2015). Desta forma, e de acordo com os estilos parentais definidos por Baumerind (1978), Dangol (2015) refere que os pais dos países asiáticos tendem a ser mais autoritários. Apesar destas considerações, um estudo realizado por Hossain et al. (2015), revela que, no Nepal, cerca de 83% das mães e 73% dos pais referem abraçar os filhos e expressar verbalmente o seu amor por eles todos os dias. O referido estudo conclui ainda que na perspetiva dos pais nepaleses as demonstrações de afeto permitem à criança

saber que é amada; a criança compreende melhor o que é a empatia se for educada num ambiente empático; o estabelecimento de regras e imposição de limites criam relações de confiança. Deste modo, os achados do estudo realizado por Hossain et al. (2015) não vão ao encontro do referido por Dangol (2015).

O autor anteriormente referido, destaca ainda que apesar dos pais de origem asiática tenderem a adotar um estilo parental mais autoritário, os pais nepaleses residentes em Portugal, tendem a adotar um estilo parental mais democrático. O estudo relaciona esta mudança com a influência da cultura portuguesa e, de igual forma, com a necessidade de ajuda dos pais por parte das crianças, visto que estas têm maior facilidade em aprender a língua, o que simplifica a integração na comunidade, motivo pelo qual são vistas como um recurso extremamente valioso (Dangol, 2015).

No Nepal, o nascimento de uma criança é encarado como uma bênção, uma nova oportunidade de alcançar a libertação e atingir a perfeição (Borges, 2012). Assim, aquando do nascimento, o destino da criança já está determinado, bem como as suas funções e o seu papel na sociedade (Borges, 2012). Apesar de o nascimento de uma rapariga ser bem-vindo, o de um rapaz, particularmente como primeiro filho, é o mais desejado, isto porque a rapariga é vista como um encargo financeiro contrariamente ao rapaz, que é visto como um apoio económico (Basnet, 2022; Borges, 2012). Adicionalmente, o nascimento de um filho rapaz é entendido como uma garantia de segurança para os pais quando forem idosos e da perpetuação dos rituais fúnebres, exclusivamente desempenhados por homens (Dangol, 2015).

Esta discrepância na desigualdade de direitos entre homens e mulheres condiciona a acessibilidade à educação por parte das raparigas, embora se tenha vindo a constatar um esforço considerável por parte do governo nepalês com o intuito de assegurar a igualdade de género no que diz respeito à educação das crianças, nomeadamente, através da criação de inúmeras políticas, como por exemplo, o programa de Reforma do setor da Educação 2009-2015 e a Educação para todos (Basnet, 2022; Gupta, 2019).

A escolaridade está associada a elevado estatuto socioeconómico, sendo considerada um privilégio (Basnet, 2022; Gupta, 2019), apesar de, segundo a associação Humanium (n.d.), a educação no Nepal ser gratuita e obrigatória entre os 6 e os 11 anos. Muitas crianças abandonam a escolaridade devido às

carências económicas, sendo obrigadas a trabalhar desde muito cedo para ajudarem nas despesas da família (Gupta, 2019: Humanium, n.d.; International Labour Organization, n.d.). Consequentemente, cerca de 25% das raparigas e 17% dos rapazes trabalham diariamente, muitos deles em condições de segurança deficitárias, através da venda de lixo e manufatura de peças de vestuário, estando vulneráveis a muitas doenças (Humanium, n.d.).

Contrariamente ao que acontecia anteriormente, assiste-se, atualmente, ao maior apoio por parte da família à escolaridade das raparigas, visto que a escolaridade e educação permite a garantia da sua subsistência e independência (Basnet, 2022). Todavia, as questões culturais permanecem muito enraizadas e, embora apoiem a educação, os pais são pouco permissivos quanto a possibilitarem o mesmo nível de liberdade às raparigas, que aos rapazes (Basnet, 2022).

### Processo de saúde-doença, religião e alimentação

As duas religiões com maior incidência no Nepal são o hinduísmo e o budismo, tendo o hinduísmo maior expressão (Shankar et al., 2006). Para os hindus, o ser humano transcende o corpo físico, sendo que, o principal objetivo da passagem pela terra se prende em atingir “a verdade absoluta, a perfeição da humanidade e a plenitude espiritual” (Borges, 2012). Por este motivo, aquando de uma doença, ou seja, de um desequilíbrio entre a mente, corpo e espírito (Borges, 2012), os hindus recorrem, primeiramente, à medicina Ayurveda, na medida em que consideram que o terapeuta cuidará do corpo, mas também irá melhorar o estado de saúde e potenciará a longevidade (Borges, 2012; Shankar et al., 2006). A utilização da Ayurveda é extensamente praticada no Nepal, visto ser mais económica, facilmente acessível e incentivada pela família e pela sociedade (Shankar et al., 2006).

Relativamente à religião budista esta concebe o mundo físico, incluindo o corpo humano, como resultante da perceção individual de cada um e é diretamente influenciada pela mente. Desta forma, o médico ajuda a pessoa doente a tomar consciência de si, por forma a guiá-la na procura da sua saúde (Shankar et al., 2006).

Em ambas as religiões permanece a crença de que a doença resulta do ataque de diferentes espíritos, motivando a intervenção dos curandeiros espirituais para identificarem o espírito e atuarem com o intuito de removê-lo da pessoa doente (Shankar et al., 2006). Por conseguinte, tradicionalmente, as pessoas consultam primeiro um curandeiro e só depois um médico. Não somente por considerarem a intervenção do curandeiro mais adequada, mas também porque necessitam da sua permissão para visitarem outro médico (Shankar et al., 2006).

Relativamente à utilização de objetos sagrados ou amuletos, é frequente a colocação à cabeceira de uma imagem da sua divindade preferida e um rosário para meditar ou recitar os mantras (Borges, 2012).

Devido à função de cada membro na família, e tendo em consideração a proximidade entre os diversos elementos da mesma, em caso de doença as decisões médicas devem ser partilhadas com a família, em detrimento de serem tomadas, exclusivamente, com a pessoa doente (Borges, 2012). Para a população pediátrica, apesar de serem as mulheres as cuidadoras e responsáveis pelos cuidados à criança, o homem é o interlocutor e o responsável por todas as decisões médicas, pelo que os profissionais de saúde se devem dirigir a ele (Borges, 2012). Embora o homem seja o interlocutor preferencial, Borges (2012) refere que, caso sejam pessoas de grau social mais elevado, pode já ser aceite uma comunicação mais aberta na qual a mulher possa ser responsável pelo processo de decisão.

Os hindus (de ambos os sexos) têm um grande sentido de pudor pelo que as mulheres preferem ser cuidadas por profissionais do sexo feminino, principalmente em aspetos relacionados com avaliação ginecológica e obstétrica (Borges, 2012).

No que concerne a transfusões e transplantes de órgãos, as pessoas hindus não são contra, no entanto são contra a mutilação do corpo, pois existe a convicção de que só um corpo intacto se pode oferecer às divindades nas melhores condições, motivo pelo qual não têm a prática da circuncisão (Borges, 2012). Em caso de morte, culturalmente os hindus não se opõem à realização da autópsia, apenas desejam a libertação do corpo para se proceder aos rituais fúnebres com a maior brevidade possível (Borges, 2012).

Quanto aos cuidados preventivos de saúde, num estudo realizado por Hossain et al. (2015), os autores concluíram que, apenas 11,4% dos participantes nepaleses, cuida da vacinação dos filhos respeitando a calendarização estabelecida e, cerca de 31,5%, monitoriza a saúde dos seus filhos, isto é, visita regularmente o médico durante a infância para aferir o estado de saúde dos filhos.

A grande maioria dos nepaleses é vegetariano devido à influência religiosa do hinduísmo, baseada no princípio de não matar ou magoar física, mental ou emocionalmente qualquer criatura viva. Apesar disto, alguns nepaleses, principalmente imigrados, podem ingerir peixe, carne de aves, sendo que, nunca podem ingerir carne de vaca por ser considerado um animal sagrado (Borges, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho é possível aferir que, com o aumento do número de imigrantes provenientes do Nepal para Portugal, e, particularmente, para a cidade de Lisboa, torna-se fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde para as especificidades culturais desta população. O conhecimento destas especificidades e a sua mobilização e integração nos cuidados de saúde garante a segurança e o respeito pelas pessoas cuidadas, assegurando a sua satisfação.

Ao EEESIP, é exigida a competência de reflexão crítica e identificação de oportunidades de melhoria associadas ao cuidado ao utente pediátrico e à sua família. Assim, refletindo criticamente sobre o fenómeno dos cuidados culturalmente sensíveis prestados no SUPP, é possível concluir que a grande maioria dos profissionais detém poucos conhecimentos sobre o mesmo, pelo que os cuidados prestados nem sempre têm em consideração as particularidades culturais.

Deste modo, e após reflexão crítica, propõe-se, seguidamente, algumas sugestões para que sejam prestados cuidados culturalmente sensíveis no SUPP, nomeadamente: a permissão de dois acompanhantes, ao invés de apenas um, durante a permanência no SUPP, de maneira a diminuir a barreira linguística (isto porque os homens tendem a dominar melhor o inglês ou mesmo o português devido à maior escolaridade) e, assim, garantir a continuidade dos cuidados e a segurança da criança; a criação de um espaço com privacidade destinado para a amamentação; a nomeação de um elo de ligação do SUPP às unidades de cuidados de saúde primários da área de influência do SUPP, por forma a facilitar o encaminhamento e apoio das crianças e famílias, por exemplo, através do contacto com as associações Non-Resident Nepali Association e Magar Sangh/Magar Samaj; a facilitação da prestação de cuidados por profissionais de saúde do mesmo sexo que a criança.

Adicionalmente, a sensibilização e formação da equipa de enfermagem sobre esta temática é extremamente importante para evitar o preconceito e os juízos de valor associados ao desconhecimento e garantir a humanização e

individualização dos cuidados de enfermagem, consagrados no Código Deontológico da profissão.

Para além da formação, é igualmente necessária a divulgação, junto da equipa, da existência de mediadores culturais disponíveis no centro hospitalar, no qual o SUPP se integra (mediante contacto), bem como a existência de tradutores via contacto telefónico.

Acima foram mencionadas algumas sugestões com o intuito de adequar os cuidados prestados a esta população no SUPP, no entanto, o respeito pelas especificidades culturais deve ser transversal a todos os cuidados, sejam eles hospitalares ou em contexto de ambulatório, atendendo sempre ao facto de que cada pessoa é um ser único, espiritual e cujas necessidades ultrapassam os cuidados ao corpo.

Interiorizando esta premissa, o EEESIP deve reconhecer a sua função como agente de mudança, por forma a garantir os direitos e proteger as crianças, tal como consagrado na Declaração Universal dos Direitos da Criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Basnet, N. (2022). Parental Decisions and Influence on Young Women's Education to Work Transitions and Possible Selves Futures in Nepal. *Journal of Applied Youth Studies*, 5, 135-150. <https://doi.org/10.1007/s43151-022-00074-8>

Bhandari, R. (2017). Early Childhood Education and Development in Nepal: Access, Quality and Professionalism. *Prima Educatione*. [10.17951/PE/2017.1.129](https://doi.org/10.17951/PE/2017.1.129)

Borges, P. (2012). *Cuidados de Saúde e Práticas Hindus* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa Faculdade de Teologia, Lisboa.

Dangol, A. (2015). *Parenting among Nepalese families in Lisbon and its effect on child integration* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

Gupta, A. (2019). Significance of Girl Education: Parent's Perception from Rural Madhesh of Nepal. *Journal of Management and Development Studies*, 29, 61-68.

Hossain, S.; Huq, S.; Adhikari, B. & Zai, S. (2015). Parenting skills affect child behaviours in a selected area of Nepal. *South East Asia Journal of Public Health*, 5, 44-48. [10.3329/seaiph.v5i1.24851](https://doi.org/10.3329/seaiph.v5i1.24851)

Humanium. (n.d.). *Children of Nepal. Realizing Children's Rights in Nepal*. [Children of Nepal - Humanium](#)

Integral Human Development. (n.d.). *Migration Profile – Nepal*. [2022-CP-Nepal.pdf \(migrants-refugees.va\)](#)

International Labour Organization. (n.d.). *Child Labour in Nepal*. [Child labour in Nepal \(ILO in Nepal\)](#)

Kaihlainen, A.; Hietapakka, L.; Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BioMed Central Nursing*, 18(38). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>

Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice* (3ª ed). McGraw-Hill Companies, Inc.

Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Os Enfermeiros e ...? Os cuidados culturalmente sensíveis. A multiculturalidade e os desafios para a prestação de cuidados de saúde. *Açoriano Oriental*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, Série II, n.º 133/2018 de 2018-07-12. [1919219194.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/1919219194.pdf)

Shankar, P.; Paudel, R.; Giri, B.; Shankar, R. (2006). Healing Traditions in Nepal. *The online journal for the American Association of Integrative Medicine*.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2022). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (n.d.). *SEFSTAT: Estrangeiros residentes em Lisboa*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

United Nations Children's Fund. (n.d.). *Children in Nepal*. [Children in Nepal | UNICEF Nepal](https://www.unicef.org/nepal)

Watson, J. (2012). *Human Caring Science. A Theory of Nursing* (2nd ed). Jones & Bartlett Learning.

**APÊNDICE VI- Reflexão com enfermeira perita do Núcleo Hospitalar de  
Apoio à Criança e Jovem em Risco**

**13º Curso de Mestrado na Área da Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Estágio com Relatório

**Reflexão com enfermeira perita do Núcleo Hospitalar  
de Apoio à Criança e Jovem em Risco**

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho N°5250**



**Docente Orientadora:** Professora Doutora Joana  
Rodrigues



**Lisboa,  
outubro, 2022**

## ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

O presente trabalho pretende dar resposta aos objetivos delineados para o estágio do Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP), bem como sintetizar a reflexão realizada em conjunto com uma enfermeira com mais de 30 anos de experiência a cuidar do utente pediátrico e da sua família, que integra o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) de um hospital central na zona de Lisboa, desde 2014.

Após os maus tratos a crianças serem considerados um problema de saúde pública, iniciou-se a criação de mecanismos institucionais qualificados capazes de dar resposta a nível da sua prevenção, diagnóstico, intervenção, notificação e acompanhamento (Despacho n.º 31292/2008, 2008).

Os profissionais de saúde, devido às funções que desempenham, à sua proximidade às crianças, jovens e suas famílias e ao seu Código Deontológico, adquirem um papel fundamental na deteção precoce de fatores de risco, sinais de alarme e devida notificação e encaminhamento de crianças em risco ou perigo (Nunes et al., 2005; Despacho n.º 31292/2008, 2008).

Por este motivo, ao abrigo do Despacho n.º 31292/2008 (2008), surgem os NHACJR como estratégia para assegurar os direitos das crianças que constam na Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 2019), ratificados pela Constituição da República Portuguesa (Constituição da República Portuguesa, 2005). Por forma a dar resposta às necessidades das crianças e jovens em risco, o NHACJR exerce as seguintes funções: contribuir para a sensibilização dos profissionais para a problemática; difundir informação legal sobre o assunto; formar os profissionais; coletar e tratar a casuística, prestar consultoria aos restantes profissionais e mobilizar os recursos necessários para o acompanhamento dos casos notificados (Despacho n.º 31292/2008, 2008).

Em consonância com o preconizado pelo Despacho n.º 31292/2008 (2008), o NHACJR, que aqui se enfoca, é constituído por duas enfermeiras, duas médicas pediatras, duas assistentes sociais e uma psicóloga.

Deste modo, esta entrevista foi construída, tendo por base a reflexão despoletada, a partir das dificuldades e lacunas identificadas no contexto do SUPP e perspetiva-se que se constitua como ponte de partida para uma análise

reflexiva sobre: a importância da sensibilização dos profissionais de saúde para este problema de saúde pública; a pertinência da intervenção do NHACJR; o impacto direto na garantia dos direitos das crianças, bem como na promoção do seu saudável crescimento e desenvolvimento.

## **PLANEAMENTO**

A enfermeira foi contactada previamente e foi aferida a sua disponibilidade para a realização deste momento de reflexão.

Como ponto de partida para a reflexão foi construído um guião orientador, onde constam as questões abertas e fechadas, abaixo enumeradas. O guião utilizado foi previamente discutido com a Enfermeira e com a Professora orientadora e serviu como estruturador da mesma.

### **Guião:**

- Qual a proveniência das sinalizações feitas junto do NHACJR? Quem realiza as notificações? Como é realizada a sinalização/notificação? É preenchido algum formulário?
- Qual o processo de atuação do NHACJR desde que a situação é notificada/sinalizada? Que dificuldades sente (enquanto enfermeira)? O que sente ser facilitador do processo?
- No seu entendimento, e tendo como pano de fundo a escassez de recursos e aumento das situações, qual o papel do NHACJR?
- Como se processa a articulação com outras entidades (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Unidades de Saúde)? Em que situações sucede? Quem realiza a articulação?
- Qual o tipo de mau trato mais frequentemente notificado no NHACJR? Qual a sua interpretação deste facto?
- Que crianças considera mais vulnerável (questões relacionadas com etnia, religião, doença crónica, prematuridade, faixa etária...)? Porque considera que isso acontece?
- Quais as situações em que considera mais difíceis de intervir/gerir? Porquê?

- Sendo possível identificar as crianças e famílias mais vulneráveis, o que considera que pode/deve ser feito para intervir preventivamente?
- Em média, quantas notificações recebem por mês?
- Qual o grupo profissional que tem mais referências realizadas ao NHACJR? Qual a sua interpretação/Porque considera que isso acontece? Que estratégias considera que poderiam ser adotadas para melhorar a notificação e intervenção?
- Qual o serviço que mais referencia? Porque considera que isso acontece?
- Como podem os enfermeiros ter uma intervenção mais ativa na prevenção, diagnóstico, intervenção e notificação? Nomeadamente, dos enfermeiros que exercem na instituição (e especificamente no SUPP).
- As enfermeiras do NHACJR são Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP)? Em que medida pode o EEESIP ser uma mais-valia para o NHACJR?
- Quais as dificuldades/barreiras que os profissionais de saúde (especialmente enfermeiros) relatam (ou que a Enfermeira percebe) relativamente à prevenção, diagnóstico, intervenção e notificação dos maus tratos infantis?
- Da sua experiência, quais as principais necessidades dos enfermeiros face a esta temática?
- Especificamente, em que áreas considera ser relevante que os profissionais/enfermeiros tenham mais formação?

## **EXECUÇÃO**

A entrevista reflexiva ocorreu no dia 19 de outubro de 2022, pelas 9:30 horas, tendo tido uma duração aproximada de 1 hora. Previamente à mesma foram apresentados à enfermeira especialista, os seus objetivos e foi garantida a confidencialidade dos dados fornecidos, bem como a identidade da enfermeira, sendo que os resultados da presente entrevista serão utilizados para fins exclusivamente académicos, como ponto de partida para uma reflexão sobre esta temática.

## **SÍNTESE DA REFLEXÃO**

A análise reflexiva foi organizada em três categorias: 1) processo de notificação e intervenção do NHACJR e a sua organização; 2) caracterização dos casos notificados ao NHACJR; 3) profissionais de saúde e o NHACJR.

### **Processo de notificação e intervenção do NHACJR e a sua organização**

Dados fornecidos pela enfermeira revelam que cerca de 80% das notificações que chegam ao NHACJR são realizadas pelo SUPP. No entanto, os serviços de internamento, bem como as consultas externas, têm igualmente um papel ativo nesta sinalização de crianças em risco. A enfermeira justifica estes dados com o facto de o SUPP ser uma porta permanentemente aberta de crianças que necessitam de cuidados de saúde e por se tratar de um hospital central especializado no cuidado ao utente pediátrico, que é centro de referência para áreas como a pedopsiquiatria.

As notificações realizadas devem sinalizar uma suspeita fundamentada ou um caso de mau trato explícito, através da documentação pormenorizada dos dados que se consegue obter através dos quatro sentidos (audição, visão, tato e olfato) durante a interação com a criança e a sua família. Deve sempre notificar-se quando exista uma suspeita de que aquela criança possa estar em risco e, com isto, não se pretende penalizar a família com a retirada do poder parental, mas sim garantir o superior interesse da criança, assegurando a sua proteção e zelando pela garantia dos seus direitos. Por este motivo, os NHACJR estão integrados numa rede que engloba os cuidados de saúde primários, CPCJ, escolas, tribunais, entre outras instituições que visam fortalecer as famílias e capacitá-las para melhor desempenharem o seu papel parental. O NHACJR funciona como uma triagem das situações notificadas e encaminhamento atempado para as entidades mais competentes.

Para a notificação existe um documento próprio no sistema informático clínico utilizado no hospital que deve ser devidamente preenchido e assinado pelo(s) profissional(ais) de saúde envolvidos (estão excluídos os Assistentes Operacionais por não serem considerados profissionais de saúde) e colocado

num envelope selado, sem qualquer identificação externa da criança, que será enviado para o NHACJR, todos os dias úteis, por correio interno.

Uma vez por semana, em reunião, todas as notificações são analisadas pela equipa multidisciplinar, é avaliada a situação e atribuída uma prioridade ao processo. Mediante a urgência da necessidade de intervenção, são ativados os recursos necessários e a situação é encaminhada para a entidade mais competente, que seguirá todo o processo. Sempre que seja necessária uma intervenção imediata é ativado o serviço social do hospital, bem como a coordenadora do NHACJR, e são tomadas as devidas diligências. Nestas situações, pode ser necessário ativar o artigo 91º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, 1999), que determina a retirada temporária de competências parentais. Porém, tal como referido anteriormente, estas são situações excecionais.

Apesar do NHACJR poder encaminhar os processos para outras entidades competentes, existe no hospital uma consulta realizada pelas enfermeiras do Núcleo cujo propósito consiste em acompanhar, de forma mais próxima, algumas situações de mau trato a criança. As situações com indicação para serem seguidas nesta consulta têm de cumprir critérios específicos.

Como dificuldades à intervenção desta equipa, a enfermeira refere a impotência dos recursos da comunidade que possam ser mobilizados, principalmente a nível de saúde mental, visto que tendencialmente existe uma sobrelotação destas unidades, o que condiciona a intervenção e o acompanhamento efetivo das crianças e famílias. Refere também que situações relacionadas com os processos de divórcio são, muitas vezes, complexas devido à alienação parental e às acusações de mau trato por parte dos progenitores reforçando a necessidade de intervenção urgente nesta área.

Os seguintes elementos são apontados como facilitadores: o bom funcionamento da equipa multidisciplinar e os contributos que cada classe profissional traz para a análise das situações; as horas fornecidas pelo hospital para que a equipa possa reunir e a existência de um gabinete próprio para o grupo, o que evidencia o interesse e preocupação do hospital para com a temática e o trabalho desenvolvido por este órgão.

Tal como enunciado no Despacho n.º 31292/2008 (2008), a enfermeira salienta o papel preponderante do NHACJR na sensibilização e capacitação dos

profissionais (de referir que os Assistentes Operacionais são também incluídos nas formações obrigatórias dos maus tratos), mas também das famílias. Porém, nem sempre se conseguem alterar os comportamentos pretendidos das famílias, sendo relevante, neste contexto, que a criança seja capacitada e dotada de ferramentas para gerir algumas situações.

Apesar do esforço do NHACJR em sensibilizar os profissionais e as famílias, em situações específicas, como as ingestões medicamentosas voluntárias recorrentes, assiste-se a uma desvalorização e banalização destes comportamentos que comprometem a segurança das crianças e que, por vezes, traduzem a incapacidade dos pais, para se opor de forma adequada aos mesmos e em manter um ambiente físico e emocional protetor. Em situações como a descrita anteriormente, a enfermeira é perentória referindo que, no seu entendimento: *“É para sinalizar!”*.

Assim, uma vez mais se ressalva a importância de trabalhar em equipa numa altura em que os recursos se apresentam como escassos e o número de casos notificados tem vindo a aumentar, visto que só, assim, é possível agir ao nível da prevenção, deteção, intervenção, notificação e encaminhamento.

### **Caracterização dos casos notificados ao NHACJR**

Em 2021, o NHACJR deste hospital abriu 289 novos casos (uma média de 24,8 novos casos por mês) e, contrariamente ao que seria expectável, o tipo de mau trato mais frequentemente notificado é o abuso emocional, tendo-se verificado 118 casos. A justificação já foi apresentada anteriormente: o hospital é o centro de referência para a especialidade de pedopsiquiatria. Ainda sobre casuística, foram abertos 73 novos casos de abuso sexual, sendo que houve um aumento significativo de casos na faixa etária dos 3 aos 5 anos. Quando questionada, a enfermeira refere que muitas destas situações de suspeita ou confirmação de abuso sexual ocorrem em contexto de divórcio dos pais – salientando, novamente, a importância de intervenção nesta área.

A negligência ativa ou passiva, que totaliza 48 novos casos abertos no ano de 2021, é frequentemente notificada pelos enfermeiros dos serviços de internamento relacionando-se com o déficit e, inerente, necessidade de desenvolvimento de competências parentais.

Devido aos dados estatísticos expostos anteriormente, a enfermeira considera os adolescentes como a faixa etária mais vulnerável, no que concerne os maus tratos, isto porque se predispõem a muitos comportamentos de risco derivado do seu crescimento e desenvolvimento pelo seu desejo de liberdade, de autonomia e de afirmação juntos dos pais e dos pares. No entanto, os adolescentes são também influenciáveis pelo grupo de pares e ambicionam a sua aceitação no grupo, o que os leva a tomarem decisões pouco ponderadas.

A enfermeira refere, também, um aspeto muito interessante: os adolescentes, com os quais contacta e que atentam contra a sua própria vida evidenciam lacunas no relacionamento com os pais/familiares/cuidadores. Assim, esta perita sugere que devem ser adotadas estratégias preventivas dos maus tratos infantis desde a gravidez, tais como a promoção do vínculo, das competências parentais e das estratégias educacionais.

Para esta enfermeira, as situações mais difíceis de intervir estão diretamente relacionadas com aspetos culturais e contexto social em que as crianças e famílias se inserem.

### **Profissionais de saúde e o NHACJR**

De acordo com dados fornecidos pela enfermeira, o grupo profissional que mais notifica para o NHACJR varia consoante o serviço em que se presta funções. No caso do SUPP, o grupo profissional que mais referencia são os médicos, contrariamente ao que se verifica nos serviços de internamento, em que são os enfermeiros. Quando questionada, a enfermeira considera que no SUPP são os médicos quem mais referencia por uma questão de facilidade, contudo, as notificações resultam da observação multidisciplinar.

Relativamente aos serviços de internamento, devido à grande proximidade e acompanhamento dos enfermeiros às crianças e suas famílias, são estes profissionais quem mais notificam.

Na perspetiva da enfermeira, para os enfermeiros, nomeadamente os do SUPP, serem mais ativos ao nível da prevenção, diagnóstico, intervenção e notificação, é relevante que adquiram formação na área dos maus tratos, de modo a estarem aptos a reconhecer sinais de alerta e possuírem conhecimentos científicos que suportem as suas decisões e observações, conhecerem as

normas e procedimentos institucionais, mas acima de tudo têm de se “*inquietar*” com esta temática.

Por forma a capacitar os enfermeiros, anualmente, é realizada uma formação de sensibilização de presença obrigatória ministrada pelos elementos do NHACJR a todos os serviços e classes profissionais. Contudo, estas sensibilizações demonstram ser insuficientes e deve investir-se na formação dos profissionais para que estes se sintam mais capacitados para intervir e, deste modo, não tenham receio de notificar. Contudo, mais do que identificar uma área de formação, é necessário adaptar a formação à categoria profissional e à realidade do seu contexto profissional. Para isso, é então prioritário sensibilizar os profissionais para que estes reflitam sobre as suas necessidades formativas nesta temática para posteriormente ser dada uma resposta mais efetiva.

As enfermeiras do NHACJR são ambas EEESIP e para a enfermeira este é um fator fundamental. Na visão desta enfermeira, os EEESIP são os profissionais da classe de enfermagem mais qualificados e competentes para integrarem estas unidades, uma vez que possuem um conhecimento científico aprofundado sobre crescimento e desenvolvimento infantil (e por isto, conseguem detetar alterações ao expetável), utilizam técnicas de comunicação adequadas à faixa etária e ao estágio de desenvolvimento e integram, negociam e gerem os cuidados em parceria com as famílias. Por conseguinte, apenas os EEESIP conseguem prestar consultoria na área dos maus tratos infantis atendendo às várias dimensões da criança e da sua família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Constituição da República Portuguesa. (1976). Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. [Constituição da República Portuguesa | DRE](#).

Despacho n.º 31292/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República, Série II, Nº236. [4920749231.pdf \(dre.pt\)](#).

Lei n.º 147/99 (1999). Diário da República n.º 204/1999, Série I-A de 1999-09-01, páginas 6115 – 6132. [Lei n.º 147/99 | DRE](#).

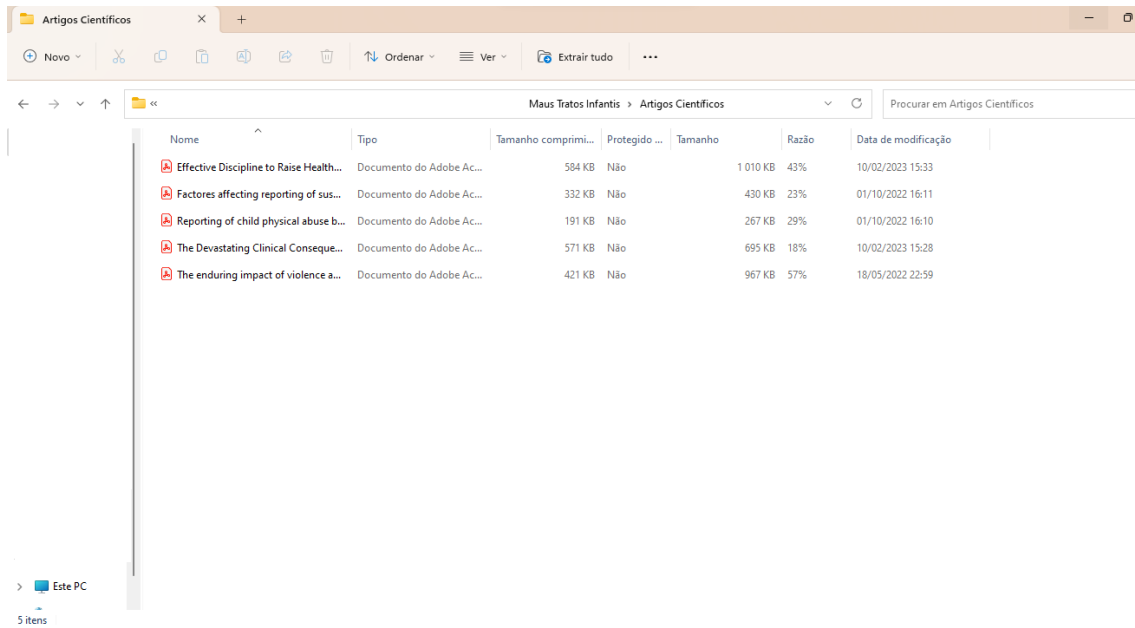
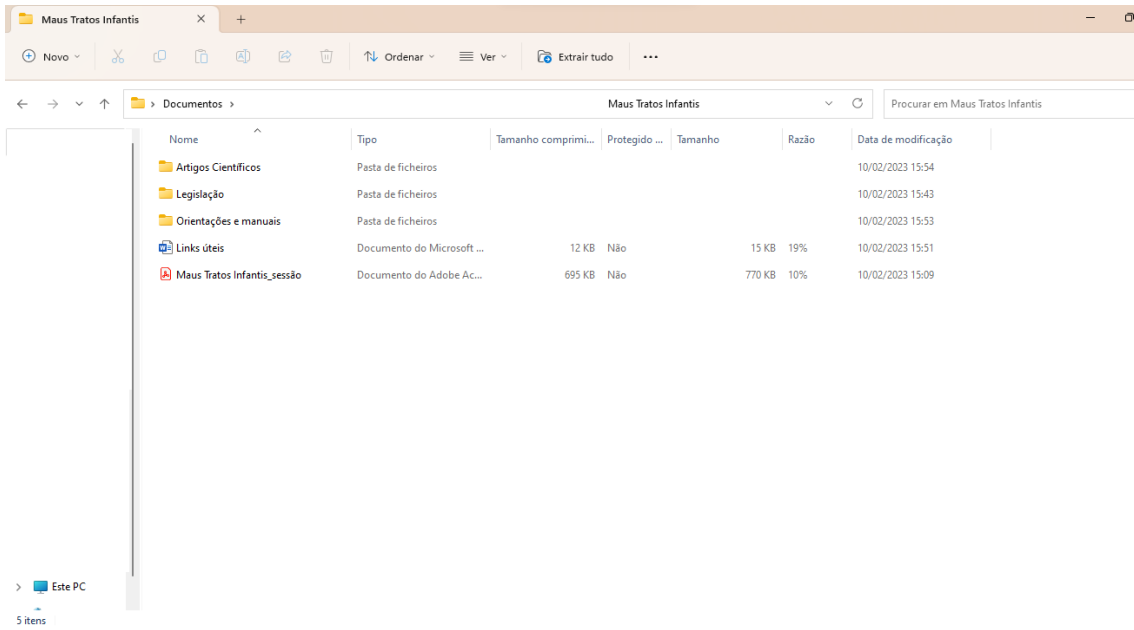
Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica n.º 04/2020 - Função do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no núcleo de apoio à criança e ao jovem em risco. Ordem dos Enfermeiros.

United Nations Children's Fund. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. United Nations Children's Fund [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

f

**APÊNDICE VII - Dossier Temático sobre Maus Tratos Infantis**



Legislação

Novo - Ordenar - Extrair tudo

Maus Tratos Infantis > Legislação

Nome	Tipo	Tamanho comprimido	Protegido ...	Tamanho	Razão	Data de modificação
Decreto-Lei n.º 281.2009	Documento do Adobe Ac...	175 KB	Não	181 KB	4%	10/02/2023 15:40
Despacho n 31292.2008	Documento do Adobe Ac...	926 KB	Não	942 KB	2%	10/02/2023 15:38
Despacho n.º 6378.2013	Documento do Adobe Ac...	207 KB	Não	213 KB	4%	10/02/2023 15:39
Despacho Nº117.2007 Ministério d...	Documento do Adobe Ac...	236 KB	Não	257 KB	9%	10/02/2023 15:43
Estratégia_Nacional_Direitos-Crian...	Documento do Adobe Ac...	1 445 KB	Não	1 809 KB	21%	10/02/2023 15:23
Lei n.º 105.2009	Documento do Adobe Ac...	197 KB	Não	205 KB	4%	10/02/2023 15:39
Lei n.º 113.2009	Documento do Adobe Ac...	177 KB	Não	183 KB	4%	10/02/2023 15:40

Este PC

7 itens

Orientações e manuais

Novo - Ordenar - Extrair tudo

Maus Tratos Infantis > Orientações e manuais

Nome	Tipo	Tamanho comprimido	Protegido ...	Tamanho	Razão	Data de modificação
INSPIRE Handbook	Documento do Adobe Ac...	2 825 KB	Não	8 079 KB	66%	08/05/2022 09:36
Manua_APAV_Crianças e Jovens e...	Documento do Adobe Ac...	14 331 KB	Não	16 354 KB	13%	08/05/2022 10:09
Maus Tratos em crianças e jovens ...	Documento do Adobe Ac...	1 337 KB	Não	1 469 KB	10%	08/05/2022 10:08
Prohibiting-all-corporal-punishme...	Documento do Adobe Ac...	9 853 KB	Não	9 989 KB	2%	08/05/2022 12:00
Relatório Anual da Atividade das C...	Documento do Adobe Ac...	1 930 KB	Não	2 339 KB	18%	10/02/2023 15:34

Este PC

5 itens

**APÊNDICE VIII – Plano da sessão de sensibilização da equipa de enfermagem: *Maus Tratos Infantis***

**13º Curso de Mestrado na Área da Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Estágio com Relatório

**Plano da sessão de sensibilização da equipa de  
enfermagem: *Maus Tratos Infantis***

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho N°5250**

—

**Docente Orientadora:** Professora Doutora Joana  
Rodrigues

—

**Lisboa,  
fevereiro, 2023**

## ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO

A sessão de sensibilização intitulada, *Maus Tratos Infantis*, foi realizada no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório para os enfermeiros de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) nos subúrbios da região de Lisboa. A sessão ocorreu no dia 1 de fevereiro de 2023, pelas 14 horas e teve a duração de 20 minutos.

De acordo com a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022), em 2021, deram entrada na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, cerca de 71632 processos de promoção e proteção, sendo que, se verificou o aumento de 3619 casos, face ao ano anterior.

Os maus tratos infantis traduzem-se numa violação dos direitos das crianças, acarretando inúmeras consequências nefastas para o seu saudável crescimento e desenvolvimento (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2011; Direção-Geral da Saúde, 2011; United Nations Children's Fund, 2019). Assim, torna-se fundamental a existência de profissionais de saúde competentes na deteção, intervenção e sinalização de possíveis situações de maus tratos infantis, por forma a garantir a segurança e proteção das crianças (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Particularmente para os cuidados de saúde primários, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, preconiza para as consultas de vigilância de saúde infantil a

Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde

(Direção-Geral da Saúde, 2013, p.7).

Face ao exposto, e identificando as necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente ao fenómeno em estudo, foi realizada a sessão

de sensibilização almejando-se fomentar a reflexão e a consciencialização, e desse modo, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **Objetivos da sessão**

1. Sensibilizar a equipa de enfermagem para o fenómeno dos maus tratos infantis;
2. Fomentar a reflexão da equipa de enfermagem;
3. Consciencializar a equipa de enfermagem para a extrema relevância da sua intervenção ao nível da prevenção, deteção, intervenção e sinalização de situações de maus tratos infantis;
4. Demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem promotores da capacitação parental e de promoção e proteção dos direitos das crianças.

### **Estruturação da sessão de formação**

1. Apresentação da sessão, da formadora e dos objetivos da sessão de sensibilização (APÊNDICE I);
2. Avaliação dos conhecimentos prévios à sessão de formação através do preenchimento de um questionário com enfoque nos maus tratos infantis (APÊNDICE II);
3. Exposição de notícias nacionais sobre a temática dos maus tratos infantis e dados epidemiológicos;
4. Clarificação dos conceitos centrais associados aos maus tratos infantis, nomeadamente, situação de risco, situação de perigo, fatores protetores, fatores de risco e fatores de agravamento;
5. Explicação sobre as diferentes tipologias de maus tratos associados à criança e qual o seu impacto no crescimento e desenvolvimento da vítima;
6. Explicação de sinais e sintomas de alarme relativos a cada tipologia de mau trato;
7. Reflexão conjunta sobre o cuidado de enfermagem ao nível da prevenção, deteção e sinalização dos maus tratos infantis, nomeadamente através da capacitação parental;

8. Avaliação dos conhecimentos após a sessão de formação através do preenchimento do mesmo questionário, anteriormente fornecido, sobre os maus tratos infantis (APÊNDICE III);
9. Avaliação da sessão através de um questionário de satisfação (APÊNDICE IV);
10. Encerramento da sessão.

### **Avaliação da sessão de sensibilização**

Para avaliar esta sessão recorreu-se ao modelo de avaliação da formação proposto por Kirkpatrick (2016) visto este ser reconhecido mundialmente como um dos modelos mais efetivos de avaliação de uma sessão formativa, quer esta seja formal ou informal. Este modelo consiste na avaliação da formação analisando quatro níveis: satisfação/reação, aprendizagem, comportamento e resultados (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016). Nesta sessão foram avaliados os níveis 1 (satisfação/reação dos formandos) através de um questionário de avaliação da satisfação relativamente à sessão formativa (APÊNDICE IV) e 2 (aprendizagem dos formandos) através do fornecimento de um questionário igual em dois momentos – antes e depois da sessão formativa, com o intuito de validar as aprendizagens associadas a esta sessão (APÊNDICES II e III, respetivamente).

Na sessão participaram as cinco enfermeiras da USF, bem como uma estudante do terceiro ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. No que concerne à avaliação da satisfação da sessão de sensibilização, relativamente aos objetivos da sessão as seis participantes consideraram estar muito satisfeitas com o tema, considerando-o pertinente no contexto do seu exercício profissional. Relativamente ao funcionamento da sessão, consideraram estar satisfeitas com as instalações, a duração da formação, bem como os métodos e dispositivos utilizados na dinamização da sessão. Quanto à avaliação da formadora, foi consensual, entre todas as participantes, que a mesma dominava o assunto e o abordou com clareza e criatividade tendo proporcionado momentos de reflexão importantes para toda a equipa, motivo pelo qual este item foi cotado com cinco (muito satisfeitas). Por fim, as participantes consideraram que as expectativas face à formação foram satisfeitas, que a sessão as ajudou a refletir

sobre a sua atuação perante uma situação de maus tratos infantis e que após a sessão se sentem mais despertas para o fenómeno. No campo das sugestões ou comentários não constaram registos.

Para sintetizar as aprendizagens resultantes desta sessão de formação, foram elaborados dois gráficos, abaixo apresentados.

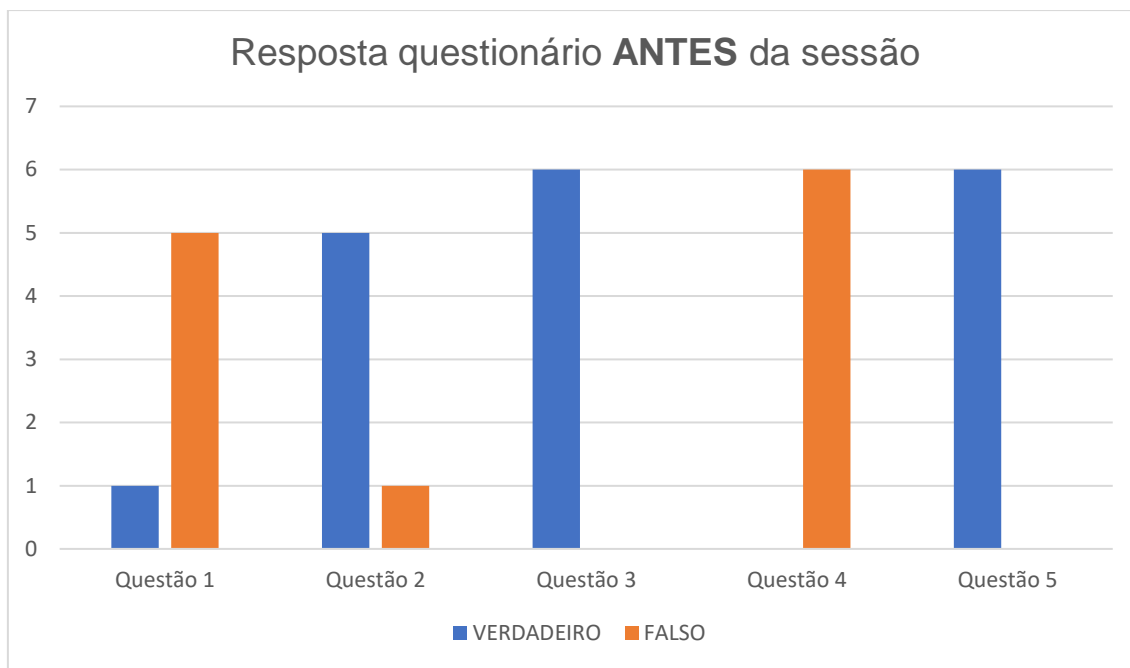


Gráfico 1 – Respostas do questionário antes da sessão

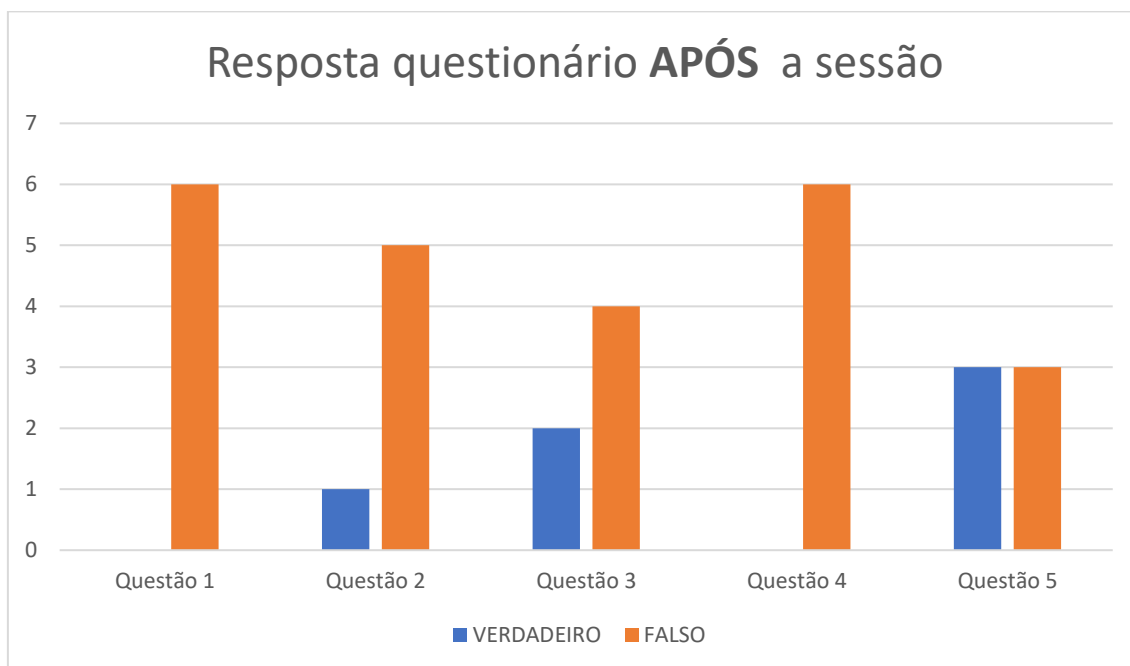


Gráfico 2 – Respostas do questionário após a sessão

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipa de enfermagem em cuidados de saúde primários assume um papel preponderante na promoção dos direitos e proteção das crianças. Devido à proximidade existente entre a equipa de enfermagem e as crianças e família é fomentado o estabelecimento da relação terapêutica assente, no respeito e na confiança. Deste modo, a continuidade de cuidados permite a identificação das necessidades dos pais, bem como a intervenção a nível da capacitação parental, a fim de garantir o bem-estar e desenvolvimento da díade.

Concomitantemente, é fundamental que os enfermeiros estejam dotados de conhecimentos e habilidades, de modo a detetarem precocemente, notificarem e intervirem em situações de risco ou mau trato infantil, promovendo a garantia dos direitos das crianças. Neste sentido, a realização desta sessão contribuiu não só para a aquisição de conhecimentos dos formandos, evidenciada pelo questionário de avaliação, mas principalmente, suscitou a reflexão crítica conjunta sobre a pertinência de intervenção, da qual surgiram sugestões de atuação e foram dadas a conhecer alguns projetos implementados no Agrupamento de Centros de Saúde.

As proficiências do EEESIP não se esgotam nos cuidados diretos à criança e família. Assim, a identificação de oportunidades de melhoria e implementação de atividades que visam melhorar a qualidade dos cuidados e assegurar os direitos das crianças, como por exemplo a realização desta sessão, denotam o desenvolvimento de competências especializadas (Regulamento nº. 422/2018; Regulamento nº.140/2019).

Acredita-se que devido ao flagelo que os maus tratos infantis representam para a criança, a sensibilização sobre o fenómeno, bem como a pertinência da intervenção do enfermeiro, deveria ser realizada precocemente, nomeadamente, no âmbito da formação de base dos novos enfermeiros. Por conseguinte, a participação da estudante de licenciatura, nesta sessão, foi também muito positiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção-Geral da Saúde.

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

Kirkpatrick, J. & Kirkpatrick, W. (2016). *Kirkpatrick's Four Levels of Training Evaluation*. Association for Talent Development.

Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, Série II, n.º 133/2018 de 2018-07-12. [1919219194.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II, n.º 26/2019 de 2019-02-06. [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

United Nations Children's Fund. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. United Nations Children's Fund. [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Diapositivos da sessão de sensibilização da  
equipa de enfermagem intitulada *Maus Tratos  
Infantis***

13º Curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

# Maus Tratos Infantis

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Discente:** Ana Pastorinho  
**Docente Orientadora:** Joana Rodrigues



fevereiro, 2023

## Índice

✓	Maus Tratos Infantis
✓	Tipologia de Maus Tratos Infantis
✓	Sinais e Sintomas de Alarme
✓	Intervenção de Enfermagem
✓	Considerações Finais
✓	Referências Bibliográficas

# Quinze crianças são agredidas ou vítimas de abusos pelos pais todos os dias

MAUS TRATOS

PJ detém mulher

🚩 Esmaga ossos da filha bebé de um mês "para ela parar de chorar"

filho de 13 anos com do carro porque não queria ser infetada



19:30 | 11/09

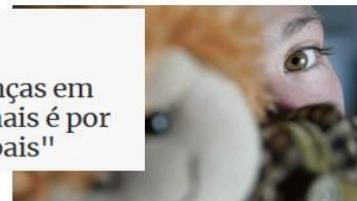
🚩 Menino encontrado a comer plátano depois de a mãe o abandonar sem comida ou água durante três dias

Natalia foi detida pela polícia por maus-tratos infantis. Tinha o menino a beber com amigos.

EXCLUSIVO

JUIZ JOSÉ BARROSO

"Maioria de crianças em perigo nos tribunais é por negligência dos pais"



EXCLUSIVO

## PJ investiga suspeita de abandono a bebé em estado crítico

3 Fontes: Crianças Em Risco – DN; Mais Sobre: Maus Tratos Infantis - Correio da Manhã (cmjornal.pt); Maus Tratos – IN



### 1. Maus Tratos Infantis

Cerca de **300 milhões** de crianças, com idade entre **2-4 anos** sofrem **regularmente** castigos corporais e/ou violência psicológica por parte dos seus pais e cuidadores.

(World Health Organization, 2022)



Em 2021, deram entrada na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens **71 632** processos de promoção e proteção, **mais 3 619** que no ano anterior.

(Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2022)



# 1. Maus Tratos Infantis

“qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem (...) que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”

(DGS, 2011, p.7)



Imagens Google

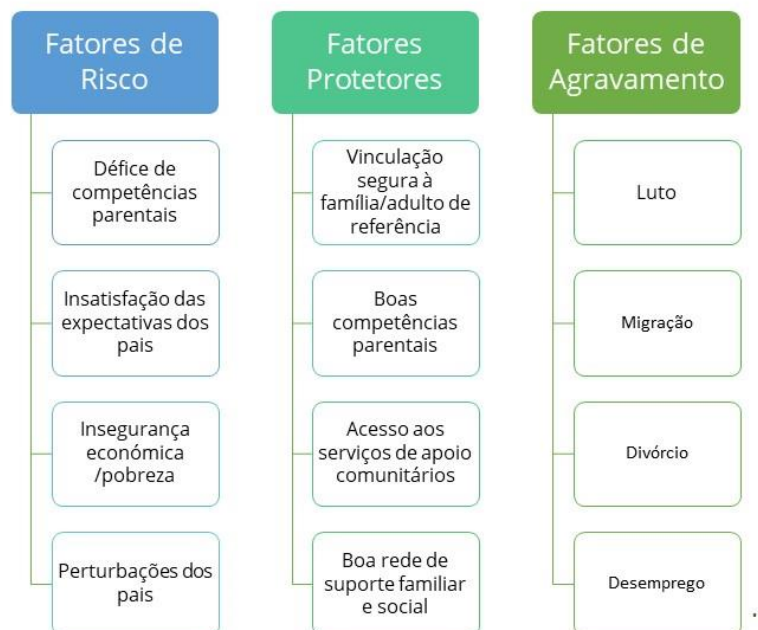
Vulnerabilidade da criança poder sofrer de maus tratos



Quando se objetiva uma situação que era previamente de risco

(APAV, 2011; DGS, 2011)

# 1. Maus Tratos Infantis



(APAV, 2011; DGS, 2011)

## 2. Tipologia de Maus Tratos Infantis



Imagens Google



Imagens Google

**SÍNDROME MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**



Imagens Google



Imagens Google



Imagens Google



Isolamento social, comportamentos aditivos e de risco, depressão, ansiedade, ideação suicida → **TRAUMA**

Imagens Google

7 (APAV, 2011; DGS, 2011; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014; Sege & Siegel, 2018; Lippard & Nemeroff, 2020; Owaidah et al., 2022)



## 3. Sinais e Sintomas de Alarme

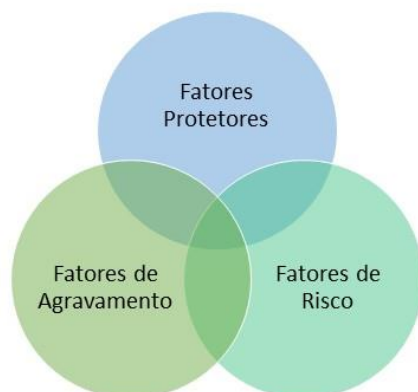
	Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras Síndrome da Criança Abanada Lesões provocadas que deixam marca(s) História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão
	Comportamento agressivo Alterações do controlo dos esfínteres Perturbações do comportamento alimentar e desenvolvimento Choro incontrolável no primeiro ano de vida
	Procura frequente de cuidados de saúde Incompatibilidade do quadro clínico e anamnese <b>MUITO DÍFICIL DE DIAGNOSTICAR</b>
	Incumprimento do PNV Carência de Higiene Vestuário inadequado à estação do ano Acidentes por falta de supervisão
	Laceração do hímen DST Lassidão anormal do esfíncter anal/fissuras anais Leucorreia

(APAV, 2011; DGS, 2011)



## 4. Intervenção de Enfermagem

### Qual a intervenção?



NACJR

Projeto Estamos Presentes

Acompanhamento de situações de Mutilação Genital Feminina

Consultas vigilância Saúde Infantil

(APAV, 2011; DGS, 2011)

9

## 5. Considerações Finais

Devido à proximidade com as crianças e famílias, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para intervir ao nível da prevenção, diagnóstico, intervenção e notificação de situações de risco ou perigo para as crianças.

Atendendo ao impacto no crescimento e desenvolvimento infantil, é fundamental que o enfermeiro possua competências para intervir nos diferentes níveis de atuação e assim, reduzir as suas implicações negativas.

A capacitação dos pais para a aquisição de competências parentais assume-se como uma intervenção fulcral no cuidado de enfermagem à criança em perigo/risco de maus tratos.

[Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco \(dgs.pt\)](http://dgs.pt)

10

## 6. Referências Bibliográficas

APAV. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Lippard, E. & Nemeroff, C. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1(1), 20-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010020

Owaidah, S.; Alharaz, R.; Aljubran, S.; Almuhanza, Z.; Menezes, R. (2022). Factors affecting reporting of suspected child maltreatment in Saudi Arabia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 89, 1-6. doi.org/10.1016/j.jflm.2022.10237

SAMSHA. (2014). SAMSHA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach.

Sege, R. D., Siegel, B. S., Council on Child Abuse and Neglect, & Committee on Psychological aspects of child and family health. (2018). Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*, 142(6), 1-10. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2018-3112>

WHO. (2022). *Child Maltreatment*. [Child maltreatment\(who.int\)](https://www.who.int/childmaltreatment)

**APÊNDICE II – Questionário prévio de avaliação da aprendizagem da sessão de sensibilização da equipa de enfermagem**

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

## Maus Tratos Infantis

**Formadora:** Ana Pastorinho (Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Data:** 01/02/2023

**Hora:** 14h | **Duração:** 20min

Esta sessão será avaliada de acordo com o Modelo de Kirkpatrick (2016) o que pressupõe a realização de avaliação da satisfação dos formandos face à mesma, mas também uma avaliação da aprendizagem resultante desta sessão.

Deste modo, e por forma a avaliar o nível de aprendizagem adquirido com a realização desta sessão, agradecia a resposta às questões abaixo explanadas **antes** e depois da apresentação. As respostas serão anónimas.

Para responder às questões, coloque uma cruz (X) no quadrado que considera ser mais apropriado, sendo que **V**= Verdadeiro e **F**= Falso.

Questão	V	F
1. Os maus tratos não são frequentes em crianças.		
2. Os maus tratos dividem-se em 4 grupos.		
3. Os maus tratos mais frequentes são o abuso físico e o abuso emocional/psicológico.		
4. A existência de perturbações no desenvolvimento não é um sinal de alarme para os maus tratos infantis.		
5. A intervenção do enfermeiro face aos maus tratos infantis prende-se essencialmente pela notificação ao NACJR do ACES.		

**APÊNDICE III – Questionário posterior de avaliação da  
aprendizagem da sessão de sensibilização  
da equipa de enfermagem**

# **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM**

## **Maus Tratos Infantis**

**Formadora:** Ana Pastorinho (Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Data:** 01/02/2023

**Hora:** 14h | **Duração:** 20min

Esta sessão será avaliada de acordo com o Modelo de Kirkpatrick (2016) o que pressupõe a realização de avaliação da satisfação dos formandos face à mesma, mas também uma avaliação da aprendizagem resultante desta sessão.

Deste modo, e por forma a avaliar o nível de aprendizagem adquirido com a realização desta sessão, agradecia a resposta às questões abaixo explanadas **após** e depois da apresentação. As respostas serão anónimas.

Para responder às questões, coloque uma cruz (X) no quadrado que considera ser mais apropriado, sendo que **V= Verdadeiro** e **F= Falso**.

<b>Questão</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
1. Os maus tratos não são frequentes em crianças.		
2. Os maus tratos dividem-se em 4 grupos.		
3. Os maus tratos mais frequentes são o abuso físico e o abuso emocional/psicológico.		
4. A existência de perturbações no desenvolvimento não é um sinal de alarme para os maus tratos infantis.		
5. A intervenção do enfermeiro face aos maus tratos infantis prende-se essencialmente pela notificação ao NACJR do ACES.		

**APÊNDICE IV - Questionário de Avaliação da Satisfação da  
Sessão de Sensibilização da Equipa de  
Enfermagem**

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

## Maus Tratos Infantis

**Formadora:** Ana Pastorinho (Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Data:** 10/12/2022

**Hora:** 14h | **Duração:** 20min

A sua opinião sobre esta sessão é de extrema importância para que se possa proceder a uma apreciação crítica da mesma e, assim, melhorar a forma como foi pensada, organizada e apresentada.

Deste modo, peço-lhe que coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponda à sua opinião sobre a sessão. A sessão será avaliada numa escala de **1 a 5**, sendo que:

**1=** Insatisfeito; **2=** Pouco satisfeito; **3=** Indiferente; **4=** Satisfeito; **5=** Muito satisfeito.

<b>5. Objetivos   Conteúdos Programáticos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.1. Os objetivos da sessão foram apresentados					
5.2. Os conteúdos abordados na sessão foram ao encontro dos objetivos apresentados					
5.3. O tema abordado é útil para a minha intervenção enquanto enfermeira					
5.4. A sessão foi pertinente face ao contexto onde desempenho funções					
<b>6. Funcionamento da Ação de Formação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.1. As instalações eram adequadas					
6.2. O tempo de formação foi adequado					
6.3. Os métodos utilizados (expositivo e reflexivo) foram adequados					
6.4. Os slides eram claros e apelativos					

<b>7. Formadora</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.1 Demonstrou ter domínio sobre o assunto					
3.2 Teve capacidade para apresentar os conteúdos de forma clara, concisa e criativa					
3.3 Conseguiu criar momentos importantes de reflexão e de aprendizagem sobre o tema					
<b>8. Sessão</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1 As minhas expectativas face à sessão foram satisfeitas					
4.2 Esta sessão ajudou-me a refletir sobre a minha forma de atuação perante uma situação de maus tratos infantis					
4.3 Após esta sessão, sinto-me mais desperto(a) para a temática dos maus tratos infantis					

Neste espaço, pode deixar comentários ou sugestões que considere importantes para futuras formações sobre esta temática:

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**APÊNDICE IX - Vídeo comemorativo Dia Mundial da Prematuridade**

17 Novembro – Dia Mundial da Prematuridade



ESEL  
Escola Superior  
de Saúde  
de Évora

00:00:03

00:03:01

Dia Mundial Prematuridade



## **APÊNDICE X - Cartões para os Pais**



**APÊNDICE XI- Avaliação das necessidades do Serviço de Urgência Pediátrica  
Polivalente no âmbito dos maus tratos infantis através da  
avaliação do Manual de Acreditação de CHKS**

**13º Curso de Mestrado na Área da Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Estágio com Relatório

**Avaliação das necessidades do Serviço Urgência  
Pediátrica Polivalente no âmbito dos maus tratos  
infantis através da avaliação do Manual de  
Acreditação de CHKS**

**Ana Isabel dos Santos Pastorinho N°5250**



**Docente Orientadora:** Professora Doutora Joana  
Rodrigues



**Lisboa,  
outubro, 2022**

## ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

Em discussão do plano de atividades a realizar durante o estágio com a enfermeira orientadora do Serviço Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP) e a enfermeira chefe do mesmo serviço, conclui-se que seria pertinente proceder-se ao levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros relativamente aos maus tratos infantis e à intervenção da equipa de enfermagem ao nível da prevenção, diagnóstico, intervenção e notificação de crianças em risco ou perigo. Optou-se por esta atividade visto ser uma área de intervenção em que se identificam inúmeras lacunas de conhecimento/atuação, na perspetiva da enfermeira chefe e da enfermeira orientadora.

Inicialmente, pensou-se em avaliar estas necessidades formativas através da utilização de um questionário. Porém, foi referido que este recurso não demonstra ser eficaz devido à, atual, baixa adesão dos enfermeiros. No entanto, e tendo em consideração a necessidade expressa do serviço em avaliar as necessidades relativas ao fenómeno em apreço, foi sugerido por parte da enfermeira orientadora aferir se constam no manual do programa de acreditação, pelo qual o hospital se encontra a ser auditado, critérios de avaliação no âmbito dos maus tratos a crianças, e, posteriormente, avaliar o grau de conformidade desses mesmos critérios.

Para esta atividade ser exequível, solicitou-se autorização formal, via e-mail, à enfermeira chefe do serviço para se consultar o manual de acreditação, normas, procedimentos, instruções de trabalhos e outros documentos institucionais emitidos sobre a temática, bem como a confrontação dos critérios definidos, com os documentos do hospital.

Atualmente, assiste-se a uma crescente preocupação por parte das entidades prestadoras de serviços de saúde e de entidades como a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros e o Conselho Nacional da Qualidade em implementar sistemas de melhoria da qualidade dos serviços prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Neste âmbito, a referir que em 2013 é criado o Departamento de Qualidade na Saúde cuja missão consiste em “promover e disseminar, nas instituições prestadoras dos cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade” (Despacho n.º 15883/2013, 2013, p. 35188).

Para um hospital ou centro hospitalar, possuir acreditação denota a elevada qualidade de cuidados de saúde prestados aos seus doentes através da definição e implementação de uma estrutura de normas consistente (*Caspe Healthcare*

*Knowledge Systems* (CHKS), 2020). Deste modo, e apesar de não serem avaliadas as necessidades formativas, tal como pensado inicialmente, ao aferir se o SUPP/hospital responde aos critérios definidos por forma a garantir a acreditação, avalia-se a qualidade dos cuidados prestados. Caso exista conformidade nos critérios definidos garante-se que os profissionais do serviço questionam “o que está a ser feito, como está a ser feito e como poderão ser alcançados melhores resultados, de forma mais eficiente e efetiva” (CHKS, 2020, p. 7). Caso não se verifique a conformidade dos mesmos, através dos critérios delineados é possível compreender onde é necessário intervir/investir (necessidades do serviço), por forma a atingir o nível de conformidade ambicionado. Por forma a nortear os profissionais a garantir a conformidade do critério estão enunciadas no manual algumas orientações.

No SUPP, o processo de acreditação está ao cargo da CHKS - uma empresa do Reino Unido e uma das principais fornecedoras de serviços de melhoria da qualidade através da criação de programas de acreditação internacional (CHKS, 2022).

## DESENVOLVIMENTO

O processo de acreditação através do CHKS passa pela definição de normas que abrangem diversas áreas, nomeadamente: Liderança e gestão; Risco e Segurança; Cuidados centrados no doente; Instalações e serviços locais; Serviços de apoio e reabilitação. Inserido na área do **Risco e Segurança** e no âmbito da Gestão do risco clínico e segurança do doente, encontram-se as normas sobre **Proteção de crianças e jovens em risco**.

Uma vez que é possível garantir que a temática dos maus tratos a crianças consta deste manual, seguem-se os critérios de avaliação definidos de acordo com o mesmo:

- 10.55 Há um diretor designado que é responsável pela proteção das crianças e jovens. A sua função e responsabilidades estão claramente documentadas na sua descrição de funções.

Orientações: A gestão operacional de tais deveres pode ser delegada a elementos designados da equipa de enfermagem e da equipa médica, as o diretor deve ser responsável pela aprovação de todas as políticas e procedimentos relativos a questões de proteção de menores e deve garantir que a organização cumpre todas as obrigações legais. A proteção de crianças e de indivíduos vulneráveis deverá estar incluída nos termos de referência par a comissão de risco e segurança equivalente na organização.

- 10.56 Há um líder profissional designado no serviço com responsabilidade documentada para a proteção de crianças e jovens.
- 10.57 Há uma política com procedimentos de apoio que visa proteger todas as crianças e jovens.

Orientações: A política e os procedimentos deverão incluir os detalhes dos membros do pessoal clínicos escolhidos para serem responsáveis pela proteção de crianças e jovens, bem como as medidas a tomar quando surgem preocupações relativamente ao bem-estar de uma criança ou jovem, parcerias com outras agências e mecanismos de comunicação. A organização tem a obrigação de proteger todas as crianças e jovens ao seu cuidado e não apenas aquelas que possam estar vulneráveis.

- 10.58 Existe um procedimento para a gestão de crianças e jovens vulneráveis ou em risco, que está em conformidade com a política da organização sobre a proteção de crianças e jovens em risco.

Orientações: As crianças e jovens vulneráveis ou em risco são identificadas como sendo um número de fatores de risco que podem pôr em perigo o seu bem-estar e saúde emocional, e aumentar o seu risco de exposição à violência, abuso físico, exploração ou até morte. A política deverá incluir o modo como o acesso aos registos clínicos de crianças vulneráveis é mantido confidencial, incluindo o acesso através do Registo de Saúde Eletrónico. As políticas e os procedimentos são escritos em conformidade com as políticas e procedimentos da comissão de proteção local ou equivalente nacional.

- 10.59 Existe uma política atual e procedimentos de apoio para a identificação e resposta a abusos.

Orientações: Os procedimentos deverão especificar como gerir alegações/acusações e com que prazo, a responsabilidade do responsável clínico pela proteção de menores, a função das políticas e de todas as outras agências relevantes e informações sobre conferências de proteção de menores e planos de proteção de menores. Deverá ser igualmente especificado a forma de lidar com o abuso por membros do pessoal ou outros profissionais, abuso de crianças por crianças, abuso por um familiar/cuidador e abuso por estranhos. A política e os procedimentos são escritos em conformidade com as políticas e procedimentos da comissão de proteção local.

- 10.60 Existe um sistema de partilha de informações com os serviços sociais e autoridades de saúde acerca de preocupações individuais com a segurança de crianças e jovens em risco.

Orientações: O procedimento deverá incluir o feedback acerca do resultado à organização que expôs a preocupação. Deverá também incluir detalhes das disposições mútuas com outros parceiros.

Existem sistemas em vigor para garantir que, quando existem suspeitas de danos deliberados, quaisquer admissões prévias noutros hospitais são identificadas e que são obtidas informações sobre as mesmas.

O médico responsável pelo caso deve rever estas informações ao tomar decisões sobre os cuidados e gestão futuros da criança ou jovem.

- 10.61 As alegações de abuso de crianças ou jovens decorrentes de eventos que ocorreram na organização são encaminhadas para uma autoridade externa devidamente qualificada, para investigação, reporte e tomada de ações apropriadas.

Orientações: Uma revisão independente pode ser solicitada à comissão de proteção local, se necessário.

- 10.62 As responsabilidades do clínico responsável incluem a autorização de alta de crianças ou jovens em relação às quais existem preocupações de proteção de menores.

Orientações: Tal garante que nenhuma criança ou jovem em relação ao qual haja preocupações de proteção receberá alta da organização sem um plano de acompanhamento documentado. O plano de acompanhamento poderá incluir uma ligação a agências externas.

- 10.63 Todas as crianças ou jovens em relação às quais haja preocupações de proteção recebem alta do serviço com um plano de acompanhamento documentado e com um calendário de implementação definido.
- 10.64 A equipa de gestão de topo analisa um relatório anual sobre a proteção de crianças e jovens.

Orientações: Este relatório poderá ser incluído noutro relatório, por exemplo, o relatório anual sobre a governação clínica, e deverá incluir um resumo das questões de proteção que surgiram, a formação do pessoal que foi ministrada e o registo de participação nas comissões locais de proteção.

(CHKS, 2020, p. 118-121)

Confrontando os critérios anteriormente enumerados com as normas, procedimentos, instruções de trabalho e outros documentos relevantes na temática emanados pelo SUPP e pelo hospital, apresentam-se, na tabela abaixo, os níveis de conformidade e a sua evidência. Adicionalmente, e de forma informal, recorreu-se à observação participante dos cuidados prestados pelos enfermeiros do SUPP, por forma a recolher informação sobre os seus comportamentos/intervenções em momentos considerados oportunos relativos a situações de perigo/risco para as

crianças. Foi utilizada a observação participante visto que um dos tópicos para atribuir não conformidade a um critério prende-se com a não concordância do que é observado com as orientações fornecidas (CHKS, 2020).

Os níveis de conformidade estão previamente definidos:

- **Total** – o critério está implementado; existe evidência demonstrativa disso; existem práticas escritas, observáveis e estabelecidas; todo o pessoal está consciencializado;
- **Parcial** – o critério não é totalmente cumprido; no entanto, está a ser feito trabalho para alterar isso; existe evidência demonstrativa de que a questão está a ser abordada: foram identificados recursos, há planos implementados, etc;
- **Não conformidade** – não foi considerado; não está a ser realizado trabalho no sentido da implementação; poderá haver vontade de progredir, mas não há ações de apoio ou planos de progressão; o observado fica muito aquém das orientações; documentos provisórios; sistemas inseguros de práticas;
- **Não aplicável** – o departamento/serviço não disponibiliza o serviço; os critérios estão para além do controlo do departamento/serviço.

(CHKS, 2020, p. 13).

A avaliação dos níveis de conformidade foi devidamente efetuada e documentada, contudo, tratando-se de dados sensíveis e cuja divulgação poderia comprometer a confidencialidade dos mesmos, não se procedeu à sua redação e apresentação neste Relatório. Todavia, a apresentação e discussão dos níveis de conformidade foi entregue à enfermeira chefe com a sugestão de inúmeras estratégias de melhoria, referidas adiante.

## CONCLUSÕES

A realização deste trabalho demonstrou ser de extrema pertinência, quer para o SUPP, como para a aquisição de competências de enfermeira especialista/EEESIP.

Relativamente ao SUPP, através da confrontação dos critérios estabelecidos por peritos que atestam a qualidade dos cuidados de saúde prestados, na área da Proteção de Crianças e Jovens, que constam no manual de acreditação, face às normas, procedimentos e comportamentos/intervenções dos enfermeiros que puderam ser observadas, no âmbito desta temática, foi possível identificar duas grandes necessidades: necessidades formativas e de sensibilização e necessidades estruturais.

No que concerne às necessidades **formativas e de sensibilização** foi possível constatar que apesar de existirem procedimentos disponíveis para consulta de todos os profissionais e, apesar das formações de sensibilização do NHACJR, a grande maioria dos enfermeiros não se encontra familiarizado com a documentação disponível e não se encontra desperto para esta problemática. Tal constatação compromete a identificação precoce de situações de maus tratos o que influenciará negativamente o crescimento e desenvolvimento saudável daquela criança. Neste sentido, foi apresentada como estratégia de melhoria a divulgação junto da equipa de enfermagem das normas e procedimentos da instituição face ao fenómeno em apreço.

Adicionalmente, outra das soluções propostas passa pela nomeação de um elemento do SUPP que demonstre interesse e conhecimentos nesta temática e que se comprometa a dinamizá-la no serviço através da sensibilização dos colegas (formal e informal), da criação de instruções de trabalho, do fornecimento de consultadoria, da capacitação dos colegas para a prevenção, diagnóstico, intervenção e notificação de maus tratos a crianças (formal e informalmente). Este elemento seria o elo de ligação com o NHACJR com o qual se estabeleceria uma parceria. Ao nomear este elemento do SUPP o critério 10.56 do programa de acreditação seria atingido.

Quanto às **necessidades estruturais**, o SUPP é um serviço extensamente influenciado pelo modelo biomédico, em que o foco principal consiste em diagnosticar e tratar a causa da perturbação da homeostase (Pearson & Vaughan, 1992; Reed & Watson, 1994; Mazzota, 2016). Por conseguinte, os profissionais de saúde que aí prestam cuidados priorizam, tendencialmente, intervenções e diagnósticos médicos descurando, por vezes, o cuidado de enfermagem, conduzindo a uma equipa de enfermagem direcionada para a execução de tarefas e, conseqüentemente, para a

rotinização dos cuidados, desvalorizando a personalização dos mesmos (Mazzota, 2016).

Desta forma, os maus tratos a crianças acabam, muitas vezes, por mobilizar a equipa, somente, quando existem alterações físicas extremamente evidentes ou a criança consiga verbalizar a situação, o que é corroborado pela produção científica (Carson & Tucson, 2018; Khanjari et al., 2021).

Acresce que é dever do enfermeiro “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Nunes et al., 2005, p. 141). Assim, emerge como relevante a necessidade da realização de reflexão crítica dos cuidados prestados, por forma a promover a melhoria contínua dos mesmos.

Ao EEESIP, acresce, igualmente, a responsabilidade de ser um profissional altamente diferenciado na prestação de cuidados à criança e à sua família que evidenciem excelência, segurança e competência contribuindo para a satisfação da criança e suas famílias “procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192).

Relativamente ao desenvolvimento profissional enquanto EEESIP, esta atividade permitiu desenvolver competências de enfermeira especialista, na medida em que possibilitou demonstrar a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e avaliar a qualidade das práticas clínicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Como acima referido, este trabalho foi entregue à enfermeira chefe do SUPP, para ser alvo de análise crítica pela equipa de enfermagem, de modo a aferir a exequibilidade das sugestões propostas de maneira a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carson, S. & Tucson, AZ. (2018). Implementation of a comprehensive program to improve child physical abuse screening and detection in the emergency department. *Journal Emergency of Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.003>

Caspe Healthcare Knowledge Systems. (2020). *Programa de Acreditação para Organizações de Saúde*. Caspe Healthcare Knowledge Systems

Caspe Healthcare Knowledge Systems. (2022). *The CHKS Story*. [The CHKS story. The CHKS Story.](#)

Despacho nº 15883/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: II Série, nº236/2013 de 2013-12-5. [Despacho 15883.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Khanjari, S.; Salahi, E.; Zarei, K. & Ranjbar, F. (2021). Identification and Reporting of Child Abuse: The effect of an educational programme on the attitude, knowledge and behaviours of a sample of Iranian nurses. *Child Abuse Review*, 30, 473-484. [10.1002/car](#)


Mazzotta, P. (2016). Biomedical approaches to care and their influence on point of care nurses: a scoping review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(8). <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n8p93>.

Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros.



Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, Série II, n.º 133/2018 de 2018-07-12. [1919219194.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II, n.º 26/2019 de 2019-02-06. [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

**APÊNDICE XII - Diapositivos da Apresentação da Comunicação oral: *Barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis: protocolo de Scoping Review***



**NURSING  
TRENDS**  
*Research for Better Health*  
**1ª Conferência Internacional do CIDNUR**  
1st CIDNUR International Conference

 **7 de outubro de 2022**  
7th October 2022  **Lisboa 2022**  
Lisbon 2022





# **Barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis:**

## Protocolo de *Scoping Review*

***Barriers to preventing and combating child abuse:***

*A Scoping Review Protocol*

Joana Guarda-Rodrigues; Odete Lemos e Sousa; **Ana Pastorinho**; Susana Santos; Sílvia Luz; Maria Pires



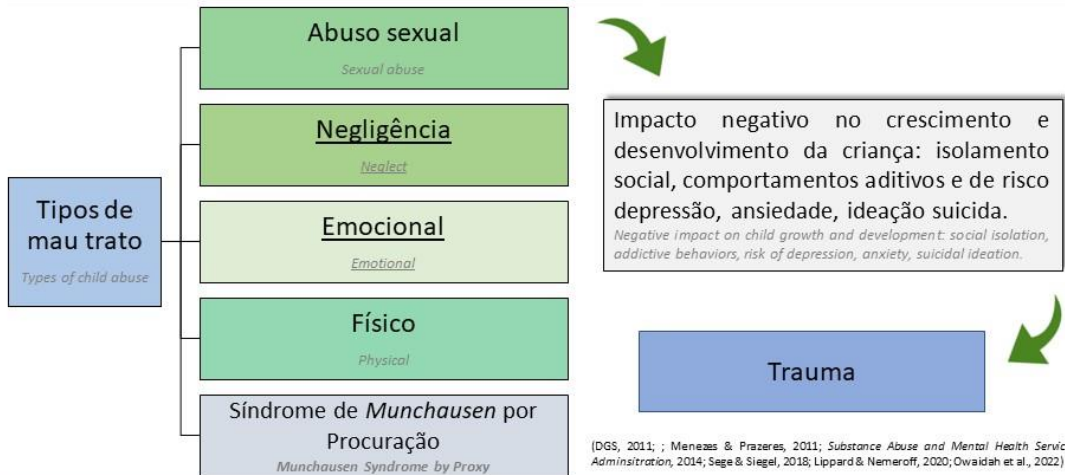
## ÍNDICE INDEX

- ✓ Introdução *Introduction*
- ✓ Método de Revisão *Review Method*
- ✓ Resultados Preliminares *Preliminary Results*
- ✓ Considerações Finais *Conclusion*
- ✓ Referências Bibliográficas *References*

# MAUS TRATOS INFANTIS CHILD ABUSE

“Qualquer ação ou omissão não acidental perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem (...) que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”.

*Any non-accidental action or omission perpetrated by parents, caregivers or others (...) that threatens the safety, dignity and biopsychosocial and affective development of the victim.*  
(Associação de Apoio à Vítima, 2011, p.12; DGS, 2011, p.7)



1



# MAUS TRATOS INFANTIS CHILD ABUSE

Em 2019, cerca de **1 bilhão de crianças** com idades entre os 2 e os 17 anos, experienciou algum tipo de violência.

*In 2019, it is estimated that up to 1 billion children aged 2–17 years have experienced some kind of violence.*

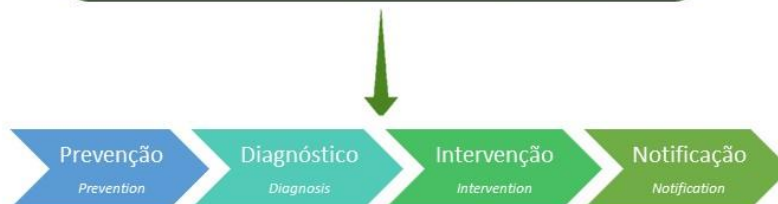
(World Health Organization, 2020)



Em 2021, deram entrada na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens **71 632** processos de promoção e proteção, **mais 3 619** que no ano anterior.

*In 2021, 71 632 cases of promotion and protection were filed with the Commission for the Protection of Children and Youth, 3 619 more than in the previous year.*

(Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2022)



2



# OBJETIVO

## OBJECTIVE

Mapear as barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos a crianças, vivenciadas pelos profissionais de saúde

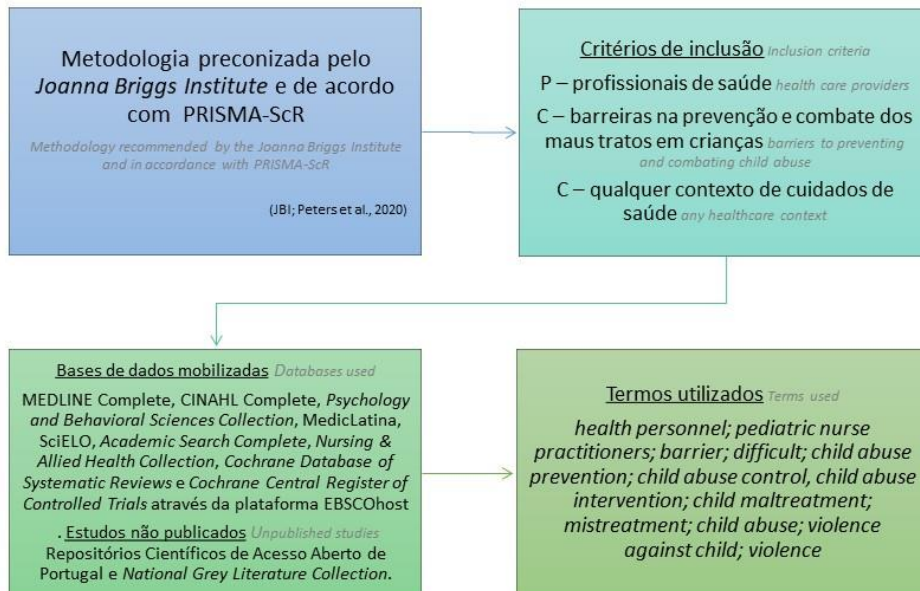
*The purpose of this scoping review is to map the barriers experienced by health care providers to preventing and combating child abuse*

3



# MÉTODO DE REVISÃO

## REVIEW METHOD



4



# RESULTADOS PRELIMINARES

## PRELIMINARY RESULTS



**Profissionais** *Professional barriers*

- Tempo *Time*;
- Conhecimento *Knowledge*;
- Receio de notificar erradamente *Fear of wrongly notifying.*

**Pessoais** *Personal barriers*

- Receio de retaliação *Fear of retaliation.*

**Legais** *Legal barriers*

- Receio da quebra da confidencialidade do processo *Fear of breach of confidentiality*;
- Receio de processos disciplinares *Fear of disciplinary proceedings.*

**Culturais** *Cultural barriers*

- Punição física aceite como estratégia educativa *Physical punishment accepted as an educational strategy*;
- Especificidades culturais *Cultural specifics.*

(Owaidah et al., 2022; Roy et al., 2021; Santos-Oliveira et al. 2020)

5



# CONSIDERAÇÕES FINAIS E

## CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM

### FINAL CONSIDERATIONS

Devido à sua posição privilegiada, os profissionais de saúde assumem uma função preponderante na prevenção, deteção, intervenção e notificação de possíveis situações de maus tratos infantis.

*Due to their privileged position, health care providers play a leading role in the prevention, detection, intervention and notification of possible situations of child abuse.*

Os profissionais de saúde aparentam demonstrar dificuldades em atuar ao nível das diferentes fases do processo, apesar da evidência científica disponível.

*Health care providers seem to demonstrate difficulties in acting at the different stages of the process, despite the available scientific evidence.*

O diagnóstico e a notificação são as fases do processo em que parecem existir mais barreiras documentadas.

*Diagnosis and notification are the stages of the process where there seem to be the most documented barriers.*

6



# CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM

## FINAL CONSIDERATIONS

A formação dos profissionais de saúde é fundamental para aumentar o seu conhecimento, a sua competência e, conseqüentemente, a sua confiança face a esta temática por forma a garantir a segurança das crianças e a promoção dos seus direitos.

*The training of health care providers is essential to increase their knowledge, competence and, consequently, their confidence in this subject in order to guarantee the safety of children and the promotion of their rights.*

Este protocolo constitui um ponto de partida para análise e sistematização da evidência existente com enfoque nas barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis identificadas pelos profissionais de saúde.

*This protocol constitutes a starting point for the analysis and systematization of the existing evidence, focusing on the barriers to preventing and combating child abuse identified by health care providers.*

Almeja-se que a *scoping review* contribua para a construção de um programa formativo para profissionais de saúde e como suporte à análise das práticas clínicas e aperfeiçoamento da qualificação e intervenção dos profissionais, na promoção dos direitos da criança, nomeadamente, no apoio às famílias e à parentalidade e no combate aos maus tratos infantis.

*It is hoped that the scoping review will contribute to the construction of a training program for health care providers and to support the analysis of clinical practices and improve the qualification and intervention of professionals, in the promotion of children's rights, namely, in supporting families and parenting and combating child abuse.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### REFERENCES

- ✓ APAV. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- ✓ Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>
- ✓ Lippard, E. & Nemeroff, C. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1(1), 20-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010020
- ✓ Menezes, B. & Prazeres, V. (Coord.). (2011). *Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção Geral da Saúde.
- ✓ Owaidah, S.; Alharaz, R.; Aljubran, S.; Almuhanha, Z.; Menezes, R. (2022). Factors affecting reporting of suspected child maltreatment in Saudi Arabia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 89, 1-6. doi.org/10.1016/j.jflm.2022.102371
- ✓ Peters M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JB I reviewer's manual (Chap. 11)*. The Joanna Briggs Institute. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERENCES

- ✓ Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews: Checklist and explanation. *Annals Of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- ✓ Roy, J.; Williamson, E.; Pitt, K.; Stanley, N.; Man, S.; Feder, G.; Szilassy, E. (2021). 'It felt like there was always someone there for us': Supporting children affected by domestic violence and abuse who are identified by general practice. *Health and Social Care in Community*, 00, 1-10. DOI: 10.1111/hsc.13385
- ✓ SAMSHA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach.
- ✓ Sege, R. D., Siegel, B. S., Council on Child Abuse and Neglect, & Committee on Psychological aspects of child and family health. (2018). Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*, 142(6), 1-10. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2018-3112>
- ✓ Silva-Oliveira, F.; Ferreira, R.; Alencar, G.; Ferreira, E.; Zarzar, P. (2020). Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104571. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104571>
- ✓ WHO. (2020). *Violence against children*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO.

THANK YOU FOR YOUR ATTENTION.

**APÊNDICE XIII - Diapositivos da apresentação do Webinar *Apoio à Família e à Parentalidade em contexto hospitalar: o cuidado de enfermagem na promoção dos direitos e proteção das crianças***

# A FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- Projeto InfFUCI - CIDNUR -

## Apoio à Família e à Parentalidade em contexto hospitalar: o cuidado de enfermagem na promoção dos direitos e proteção das crianças

09

JANEIRO 2023

Ana Isabel Pastorinho

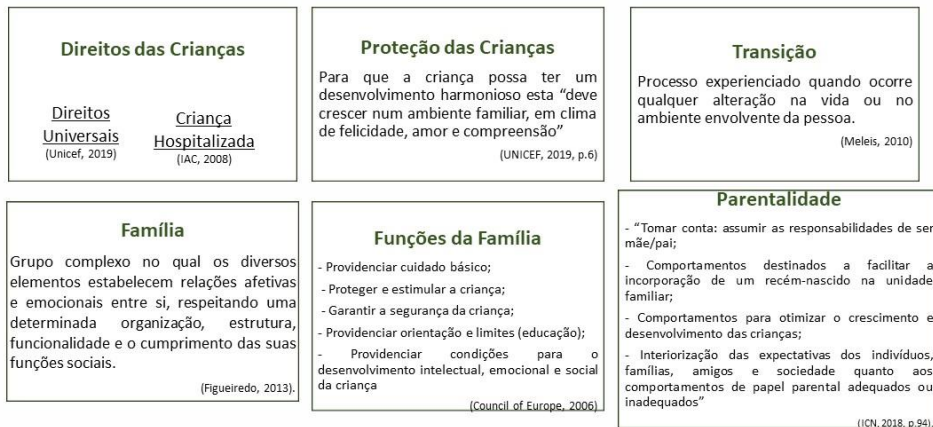
aisp@campus.esel.pt



## Índice

- ✓ Enquadramento teórico
- ✓ Cuidado de enfermagem na Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
- ✓ Cuidado de enfermagem no Serviço de Internamento de Pediatria
- ✓ Cuidado de enfermagem no Serviço de Urgência
- ✓ Considerações Finais
- ✓ Referências Bibliográficas

## Enquadramento Teórico



3

A FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM - Projeto InFUCI - CIDMUR -

## Enquadramento Teórico



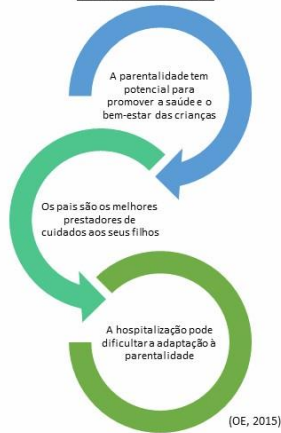
**A incapacidade parental de regulação emocional ou de mobilização de estratégias de coping efetivas estão associadas ao aumento do tempo de internamento da criança, por diminuição do seu envolvimento nos cuidados, o que pode condicionar a recuperação da criança e comprometer o seu desenvolvimento** (Zdun-Ryzewska et al., 2021).

4

A FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM - Projeto InFUCI - CIDMUR -

## Enquadramento Teórico

### PRESSUPOSTOS



**Teoria do Cuidado Humano**  
Jean Watson (Watson, 2018)

**Parceria de Cuidados** (Casey, 1995)

**Cuidados Centrados na Família** (Kuo et al., 2011)

**Cuidados antecipatórios** (Brazelton & Sparrow, 2003)

**Promoção do vínculo entre pais/filhos** (OE, 2015)

**Especificidades culturais da família** (Bornstein, 2012)

**Garantia dos direitos das crianças** (Nunes et al., 2005)

**Prevenção, diagnóstico e intervenção de maus tratos infantis** (DGS, 2011)

5

A FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM - Projeto InFUCI - CIDMUR -

## O cuidado de enfermagem na Unidade Cuidados Intensivo Neonatais

**Olá Família,**  
Sejam bem-vindos  
Ao reino encantado  
Onde de forma assustadora  
Chegou a Prematuridade.

Conto-vos a história  
Do bebé guerreiro  
Que com muito amor e habilidade  
Superou a Prematuridade!

Este bebé,  
Tão pequenino e indefeso  
Provou a toda a gente  
O que é ser um valente!

Apesar de o caminho ser difícil  
O bebé fez muitos amigos  
Que nunca o deixaram sozinho  
E lhe deram muito carinho.

Juntos,  
Partiram numa grande aventura  
Em que as suas grandes armas  
Eram o amor e a bravura.

Todos os dias  
Ele lutava para crescer  
Para dos tubos e máquinas  
Se poder desfazer.

Tinha uma máscara  
Que o ajudava a respirar.  
Parecia um mergulhador  
Quando explora o mar.

Quando comia  
Era muito trabalhoso  
Por esse motivo  
Não usava o biberão.

As suas grandes batalhas  
Foram numa incubadora  
Que por causa de magia  
Ativava o modo protetora.

O seu maior sonho  
Era abraçar os seus pais  
E do seu colinho  
Não sair nunca mais.

Os dias passaram  
E o bebé cresceu  
Agora está pronto  
Para fazer o mundo seu.

Os papás estavam ansiosos  
Para o levarem para o seu lar  
E após tanto medo  
Este sonho puderam concretizar.

6

A FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM - Projeto InFUCI - CIDMUR -

# O cuidado de enfermagem no Internamento Pediatria

**O QUE FAZER DURANTE A BIRRA**

- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.

**IDEIAS-CHAVE PARA OS PAIS**

Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.

**AS BIRRAS**

**O QUE SÃO PORQUE ACONTECEM?**

As birras surgem porque as emoções não são controladas pelo cérebro.

**COMO E ONDE SE PODEM MANIFESTAR?**

- Atirar ou jogar o objeto.
- Chorar ou gritar.
- Bater e/ou dar socos ou pontapés.
- Serter o cabelo ou a roupa.

**COMO PREVENIR QUE ACONTEÇAM?**

- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.
- Manter a calma. Não se deixar levar pelo comportamento da criança.

# O cuidado de enfermagem no Serviço de Urgência



## Considerações Finais

Aos enfermeiros é requerida a prestação de cuidados de enfermagem promotores da parentalidade e intervenção em matéria de maus tratos infantis, uma vez que estes se encontram numa posição privilegiada no apoio para a promoção dos direitos e proteção das crianças, que contempla, quer a identificação e combate à violência e aos maus tratos infantis, como também a sua prevenção, através do apoio às famílias e à parentalidade.

A implementação de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados no apoio às famílias e à parentalidade e no combate aos maus tratos é fundamental para a garantia da segurança das crianças.

A formação dos enfermeiros nestas áreas de intervenção permite aumentar o seu conhecimento, a sua competência e, consequentemente, a sua confiança no apoio à parentalidade por forma a garantir a promoção dos direitos das crianças.

## Referências Bibliográficas

Almace, J. P. B., & Beer, J. de. (2017). Patient- and family-centred care practices of emergency nurses in emergency departments in the Durban area, KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care*, 33(2), 59-66.

<https://doi.org/10.7196/SAJC>

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints Model of Development.

Bornstein, M. (2012). Cultural Approaches to Parenting. *Parenting Science and Practice*, 12(2), 212-221. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.683379>

Carey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Council of Europe. (2006). TOWARDS VISION OF PARENTING IN THE BEST INTEREST OF THE CHILD.

Diogo, P., Vilain, J., Cruz, D., Portuguese, V., & Rodrigues, I. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional The Fears of Children in Pediatric Emergency Context: Nurse as Emotional Manager. *Pensar em Enfermagem*, 20(2), 26-47.

Direção Geral de Saúde. (2011). Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direção Geral da Saúde.

Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Hallstrom, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 140-148. doi:10.1053/j.pdn.2002.123020

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed.)*. Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada (4ª Edição)*. Lisboa: IAC. [http://www.iaic.org.pt/pt/edicao/2/amostracao\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2008.pdf](http://www.iaic.org.pt/pt/edicao/2/amostracao_carta_crianca_hospitalizada_2008.pdf)

International Council of Nurses. (2018). *CFE Versão Portuguesa 2018: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2011). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 289-305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>

Melillo, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Nunes, J., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro - Dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - adaptação à parentalidade durante a hospitalização*, N.º 8, 1. Ordem dos Enfermeiros.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020. (2020). *Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024*. Diário da República, 1.ª série, no 245 de 18 de dezembro de 2020.

Sage, R. D., Singel, B. S., Council on Child Abuse and Neglect, & Committee on Psychological aspects of child and family health. (2018). Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*, 142(6), 1-10. <https://doi.org/10.1542/PIDS.2018-3112>

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Unicef. Retrieved from <https://www.unicef.org/pt/publicacoes/convencoes-protocolos>

Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science - The philosophy and Praxis of Nursing*. The University Press of Colorado.

GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO

## **APÊNDICE XIV - História Infantil**



## Nota Introdutória

Por volta das 18 semanas de gravidez, o vosso bebé já consegue distinguir sons dentro da barriga, como por exemplo o coração da mãe a bater. Um pouquinho mais tarde, entre as 27 e as 30 semanas de gravidez o vosso bebé já consegue ouvir sons fora da barriga, como por exemplo a vossa voz!

Ouvir a vossa voz é extremamente importante para que o cérebro do vosso bebé se desenvolva de forma saudável! Por isto, é importante que conversem de forma doce e baixinho, que cantem ou que contem histórias enquanto estiverem a dar maminhos ao vosso bebé! Ele fica feliz e vocês também!

Bem-vindos à vossa primeira história enquanto família!  
Divirtam-se e aproveitem!



Olá família,  
Sejam bem-vindos  
Ao reino encantado  
Onde de forma assustadora  
Chegou a Prematuridade.

Conto-vos a história  
Do bebé guerreiro  
Que com muito amor e habilidade  
Superou a Prematuridade!

Este bebé,  
Tão pequenino e indefeso  
Provou a toda a gente  
O que é ser um valente!

Apesar de o caminho ser difícil  
O bebé fez muitos amigos  
Que nunca o deixaram sozinho  
E lhe deram muito carinho.

Juntos,  
Partiram numa grande aventura  
Em que as suas grandes armas  
Eram o amor e a bravura.

Todos os dias  
Ele lutava para crescer  
Para dos tubos e máquinas  
Se poder desfazer.



Tinha uma máscara  
Que o ajudava a respirar.  
Parecia um mergulhador  
Quando explora o mar.

Quando comia  
Era muito trapalhão  
Por esse motivo  
Não usava o biberão.

As suas grandes batalhas  
Foram numa incubadora  
Que por causa de magia  
Ativava o modo protetora.



O seu maior sonho  
Era abraçar os seus pais  
E do seu colinho  
Não sair nunca mais.

Os dias passaram  
E o bebé cresceu  
Agora está pronto  
Para fazer o mundo seu.

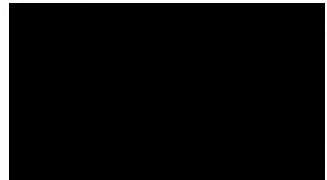
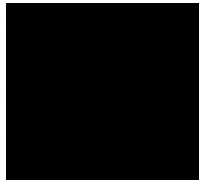
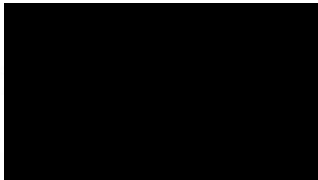
Os papás estavam ansiosos  
Para o levarem para o seu lar  
E após tanto medo  
Este sonho puderam concretizar.






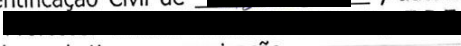
Fim

**ANEXOS**

**ANEXO I - Autorizações dos pais para a divulgação dos seus testemunhos no vídeo comemorativo do Dia Mundial da Prematuridade**



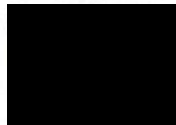
**Autorização de cedência de imagem / testemunho**

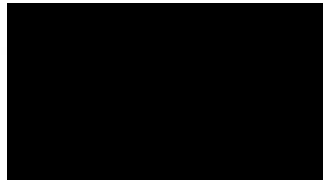
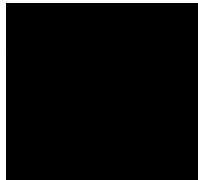
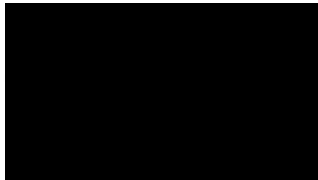
Eu, , portador do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão com o nº , emitido pelos Serviços de Identificação Civil de , autorizo ceder a minha imagem ao Hospital  para efeitos de publicação em peças de marketing e comunicação.

(Data)



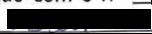

14 de Novembro de 2022

(Assinatura)





**Autorização de cedência de imagem / <sup>testemunho</sup>**

Eu, , portador do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão com o nº , emitido pelos Serviços de Identificação Civil de , autorizo ceder a minha imagem ao Hospital  para efeitos de publicação em peças de marketing e comunicação.

(Data)



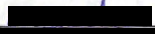

14/11/2022

(Assinatura)





**Autorização de cedência de imagem / *testemunho***

Eu, , portador do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão com o nº , emitido pelos Serviços de Identificação Civil de , autorizo ceder a minha imagem ao Hospital  para efeitos de publicação em peças de marketing e comunicação.

(Data) *14/11/2022*

(Assinatura)



**ANEXO II - Certificado Participação no 1º Encontro Internacional *Cuidado Humano na Enfermagem do Século XXI: Formação, Investigação e Prática Clínica***



# #1 ENCONTRO INTERNACIONAL

"Cuidado Humano na Enfermagem do século XXI:  
Formação, Investigação e Prática Clínica"

Certifica-se que:

## Ana Isabel dos Santos Pastorinho

esteve presente no #1 Encontro Internacional "*Cuidado Humano na Enfermagem do século XXI: Formação, Investigação e Prática Clínica*", um evento organizado pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, em modalidade online, nos dias 14 e 15 de novembro de 2022, com uma duração total de 13 horas.

Com o apoio de:



Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano  
Representante do Watson Caring Science Institute Latino-Iberoamérica em Portugal

**ANEXO III - Certificado de Participação na Formação em Serviço: *Doenças do Movimento***

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

Declara-se que

Ana Isabel dos Santos Passourinho

portador/a do BI/CC nº [REDACTED],

frequentou a Formação em Serviço

\* Boas-vindas do Monumento \*

que se realizou em 05 / 01 / 2022,

com uma carga horária de 1 horas.

O SERVIÇO

[REDACTED]

**ANEXO IV - Certificado de Participação na Formação em Serviço: *Estilos Parentais e Funções Executivas em Crianças com Epilepsia e em Crianças Nascidas Prematuramente***

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

Declara-se que

Mra Isabel dos Santos Pastorinho

portador/a do BI/CC nº [REDACTED]

frequentou a Formação em Serviço

"Estilos de Trabalho e Funções Executivas em Unidades com Etilidade e em Unidades nascerdas pumatualmente"

que se realizou em 10 / 01 / 2023

com uma carga horária de 1 horas: 30'

O SERVIÇO

[REDACTED]

**ANEXO V - Certificado Comunicação Oral *1ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022***

# Certificado

A Comissão Organizadora da **1ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022**, certifica que a comunicação livre *Barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis: protocolo de scoping review da autoria de Joana Guarda-Rodrigues; Odete Lemos e Sousa; Ana Pastorinho; Susana Santos; Sílvia Luz; Maria Pires* foi apresentada e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 07 de outubro de 2022.

Lisboa, 12 de outubro de 2022



A Coordenadora do CIDNUR  
Andreia Jorge Silva da Costa



**ANEXO VI – Publicação na *Revista Pensar Enfermagem* intitulada *Barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis: protocolo de scoping review***

## Barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis: protocolo de *scoping review*

Joana Guarda-Rodrigues<sup>1</sup>  
joana.r.rodrigues@esel.pt

Odete Lemos e Sousa<sup>2</sup>  
olemos@esel.pt

Ana Pastorinho<sup>3</sup>  
aip@campus.esel.pt

Susana Santos<sup>4</sup>  
susana.santos@gmail.com

Silvia Luz<sup>5</sup>  
sluz@esel.pt

Maria Pires<sup>6</sup>  
mcpires@uaatlantica.pt

<sup>1</sup>Professor adjunto, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

<sup>2</sup>Professor adjunto, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

<sup>3</sup>Enfermeira generalista, Urgência Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital Dona Estefânia.

<sup>4</sup>Enfermeira generalista, Urgência Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital Dona Estefânia.

<sup>5</sup>Enfermeira Especialista, Cirurgia Pediátrica e Unidade de Queimados, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital D. Estefânia.

<sup>6</sup>Professor adjunto, Escola Superior de Saúde Atlântica.

**Autor de correspondência:**  
Joana Guarda-Rodrigues  
E-mail: joana.r.rodrigues@esel.pt

### Resumo

#### Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2019, cerca de 1 bilhão de crianças com idades entre os 2 e os 17 anos, experienciou algum tipo de violência. No contexto nacional, em 2021, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens identificou um aumento significativo do número de crianças com situações de perigo ou vítimas de maus tratos, mais 3619 que no ano anterior.

Aos profissionais de saúde é requerida qualificação e intervenção em matéria de maus tratos infantis, uma vez que estes se encontram numa posição privilegiada para a promoção dos direitos e proteção das crianças, que contempla, quer a identificação e combate à violência e aos maus tratos infantis, como também a sua prevenção, através do apoio às famílias e à parentalidade.

#### Objetivo

Mapear as barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos a crianças, vivenciadas pelos profissionais de saúde. Desta forma, pretende-se dar resposta à questão de revisão: quais as barreiras identificadas pelos profissionais de saúde na prevenção e combate aos maus tratos infantis?

#### Método

Seguir-se-á a metodologia de *scoping review* proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Assim, serão definidos os critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto (PCC). Relativamente à estratégia de pesquisa e identificação dos estudos, serão utilizadas as seguintes bases de dados eletrónicas: *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *MedicLatina*, *SCOPUS*, *Web of Science*. A pesquisa de estudos não publicados e literatura cinzenta, será realizada nos *Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal*, *Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*, *OpenGrey* e *National Grey Literature Collection*. A pesquisa realizar-se-á em três etapas.

Os resultados da pesquisa serão exportados para o gestor de referências *Mendeley Desktop*, através do qual serão identificados e removidos os registos duplicados. Para facilitar o arquivamento, a organização e a seleção dos artigos, recorrer-se-á à plataforma *Rayyan QcRI*. A elegibilidade dos documentos será realizada pela análise do título e/ou resumo. Este processo será desenvolvido por, pelo menos, dois revisores independentes, recorrendo-se a um outro revisor para clarificar divergências. Os documentos que cumpram os critérios de elegibilidade passam para a fase seguinte, a leitura integral. Os resultados obtidos após a triagem serão apresentados de acordo com as recomendações do *PRISMA-ScR*. A extração e síntese dos dados, nomeadamente, da identificação da tipologia de mau trato e das barreiras existentes, será realizada com recurso a instrumentos desenvolvidos pelos revisores.

#### Resultados e Discussão

O mapeamento e discussão das barreiras identificadas pelos profissionais de saúde na prevenção e no combate dos maus tratos infantis, constituirá uma ferramenta informativa



de suporte à investigação e à tomada de decisão de estratégias de intervenção.

### Conclusões e Implicações

Este protocolo constitui um ponto de partida para análise e sistematização das evidências existentes com enfoque nas barreiras à prevenção e ao combate dos maus tratos infantis identificadas pelos profissionais de saúde. Almeja-se que a scoping review contribua para a construção de um programa formativo para profissionais de saúde e como suporte à análise das práticas clínicas e aperfeiçoamento da qualificação e intervenção dos profissionais, na promoção dos direitos da criança, nomeadamente, no apoio às famílias e à parentalidade e no combate aos maus tratos infantis.

### Palavras-Chave

Maus-Tratos Infantis; Violência Infantil; Profissionais De Saúde; Enfermagem Pediátrica; Revisão.

### Referências

1. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.cnpdp-cj.gov.pt/relatorio-atividades>
2. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
3. Roy J, Williamson E, Pitt K, Stanley N, Man M, Feder G, et al. "It felt like there was always someone there for us": Supporting children affected by domestic violence and abuse who are identified by general practice. Health Soc Care Community [Internet]. 2022 Jan;30(1):165–74. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.shib&db=c-cm&AN=153993779&lang=pt-pt&site=chost-live>
4. World Health Organization. Violence against children. [Internet]. 2020. [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

**ANEXO VII - Certificado de Participação como preletora no Webinar: *A família na Transição Saúde-Doença Intervenção de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa***

# CERTIFICADO

---

Certifica-se que Ana Isabel Pastorinho foi preletora da Conferência Apoio À Família e à Parentalidade em Contexto Hospitalar: O Cuidado de Enfermagem na Promoção Dos Direitos E Proteção Das Crianças, na mesa "Intervenção com a Família da Criança e Jovem" do 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR "A Família na Transição Saúde-Doença: Intervenção de Enfermagem", que se realizou no dia 9 de janeiro de 2023.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento