INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Crianças e Jovens em Risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos Maus Tratos

Daniela Filipa Monte Abreu

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Crianças e Jovens em Risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos Maus Tratos

Daniela Filipa Monte Abreu

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Crianças e Jovens em Risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos Maus Tratos

Daniela Filipa Monte Abreu

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Arguente: Professora Doutora Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Professora Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Orientador: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Data: 14 de julho de 2020

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos”

Eleanor Roosevelt

Agradecimentos

À minha Irmã e aos meus Pais por todo o apoio que me deram e pela compreensão nos momentos em que lhes faltei.

Ao Rui, por caminhar sempre ao meu lado.

À Professora Ana Ramos pela sua disponibilidade, competência e apoio ao longo deste percurso.

Às Enfermeiras Orientadoras que me acolheram nos locais estágio e me transmitiram o seu conhecimento e experiências profissionais.

Aos meus colegas do SUP, pelo privilégio que é pertencer a esta Equipa e com vocês ser todos os dias feliz naquilo que faço.

Às colegas Ana Rocha, Adriana, Ana Valeriano e Patrícia por termos embarcado juntas nesta aventura.

Às Crianças e Famílias a quem presto cuidados diariamente, por me permitirem ser tão feliz e realizada na minha vida profissional e pela motivação em todos os dias em ser mais competente e melhor profissional.

A todos, muito Obrigada!

RESUMO

Título: Crianças e Jovens em Risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos Maus Tratos

Os maus tratos a crianças e jovens constituem um problema de saúde pública a nível nacional com repercussões físicas e psicológicas a curto e a longo prazo, pelo que se torna fulcral sensibilizar e capacitar os enfermeiros para atuarem como entidades de primeira linha na deteção precoce, sinalização e prevenção dos maus tratos.

Ao longo do presente relatório de estágio será explicitado o percurso efetuado no sentido da aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as Competências de Mestre através do planeamento e execução de atividades nos diferentes contextos de estágio.

O referido projeto de estágio acerca dos maus tratos a crianças e jovens tem como objetivo principal contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização e acompanhou o nosso percurso ao longo da realização dos Estágios I e Final. Conferiu-nos a possibilidade de desenvolver conhecimentos e competências acerca da temática dos maus tratos, sensibilizar as equipas de enfermagem para a problemática em questão, otimizar estratégias de capacitação para intervir para a prevenção, deteção e sinalização dos maus tratos e identificar os conhecimentos e a atuação dos Enfermeiros da amostra acerca das questões da prevenção e sinalização dos maus tratos através da elaboração de um estudo original quantitativo descritivo exploratório.
Palavras-Chave: Enfermeiro; Crianças e Jovens; Maus tratos.

ABSTRACT

Title: Children and Youth at Risk: the role of nurse in detecting, signaling and preventing abuse

Abuse of children and young people is a public health problem at national level with physical and psychological repercussions in the short and long term, so it is crucial to raise awareness and enable nurses to act as first-rate entities in early detection, signaling and prevention of abuse.

Throughout this internship report, the path taken towards the acquisition of Common and Specific Skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and the Master Skills will be explained through the planning and execution of activities in the different internship contexts.

The internship project, about children and young abuse has the main objective of contributing to the safety of the child, within the scope of the prevention of abuse and its correct signaling, and accompanied our journey throughout the realization of Stages I and Final . It gave us the possibility to develop knowledge and skills about the subject of abuse, raise the awareness of nursing teams about the issue under review, optimize training strategies to act for the prevention, detection and signaling of abuse and identify knowledge and performance of Nurses in the sample about the issues of prevention and signaling cases of abuse through the elaboration of an original quantitative descriptive exploratory study.

Key words: Nurse; Children and Youth; Abuse

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamento de centros de saúde

ARS Alentejo- Administração regional do Alentejo

ARSLVT- Administração regional de Lisboa e Vale do Tejo

CEJ- Centro de estudos judiciários

CIPE- Classificação internacional para a prática de enfermagem

CNPDPCJ- Comissão nacional de promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens

CNPCJR- Comissão nacional de proteção de crianças e jovens em risco

CPCJ- Comissão de proteção de crianças e jovens

CPP- Código Penal Português

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HESE, E.P.E.- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

INE- Instituto Nacional de Estatística

MCAF- Modelo de Calgary de avaliação e interação da família

MCTES- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

MS- Ministério da Saúde

NHACJR- Núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSIJ- Programa nacional de saúde infantil e juvenil

PNV- Programa nacional de Vacinação

REPE- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro

RN- Recém-nascido

SNS- Serviço Nacional de saúde

SUB- Serviço de urgência básica

UCC- Unidade de cuidados na comunidade

UCIN- Unidade de cuidados intensivos neonatais

UCSP- Unidade de cuidados de saúde personalizados

UICD- Unidade de internamento de curta duração

URAP- Unidade de recursos assistenciais partilhados

USF- Unidade de saúde familiar

USP- Unidade de saúde pública

UUP- Unidade de urgência pediátrica

Índice

INTRODUÇÃO 12

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL 14

1.1.Segurança e Qualidade de Vida 14

1.2.Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey 16

1.3.Maus Tratos em Crianças e Jovens: perspetiva histórica e legal 19

1.4.Maus Tratos em Crianças e Jovens: clarificação de conceitos 21

1.5.Atuação do Enfermeiro Especialista na prevenção dos maus tratos a crianças e jovens 29

2.“CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETEÇÃO, SINALIZAÇÃO E PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS- DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO 33

2.1. Enquadramento do Projeto: dos Cuidados de saúde Primários aos Cuidados Hospitalares 34

2.1.1. Unidade de Saúde Familiar 35

2.1.2 Serviço de Urgência Pediátrica 37

2.1.3 Serviço de Internamento de Pediatria 38

2.1.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais 39

2.2. Diagnóstico de Situação 40

2.3. Definição dos Objetivos do Projeto 55

2.4. Planeamento do Projeto 56

2.5.Implementação do Projeto 59

2.6.Avaliação e Discussão dos Resultados Obtidos 63

3.O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA 66

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 67

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 76

3.3. Desenvolvimento de Competências para aquisição do grau de Mestre 84

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 91

ANEXOS 99

Anexo 1.Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- USF 100

Anexo 2.Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- UUP 102

Anexo 3.Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- Internamento de Pediatria e UCIN 104

Anexo 4.Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- Comissão de Ética do IPP 106

Anexo 5.Certificado de participação- “Sistemas de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)” 108

Anexo 6.Certificado Suporte Avançado de Vida Pediátrico 110

APÊNDICES 112

Apêndice A.Diagrama Nola Pender adaptado à temática dos Maus tratos 113

Apêndice B.Questionário aplicado às Equipas de Enfermagem 115

Apêndice C.Sessões de Formação USF, UUP e Internamento de Pediatria 125

Apêndice D.Norma de Enfermagem realizada no âmbito do Estágio no Internamento de Pediatria 165

Apêndice E.Guia para os Pais realizado no âmbito do Estágio na USF 192

Apêndice F.*Checklist* realizada no âmbito do Estágio da UCIN 199

Apêndice G.Resumo do artigo realizado no âmbito do Estágio Final 201

Apêndice H.Planos de Sessão das formações na USF, UUP e Internamento de Pediatria 203

Apêndice I.Questionário de avaliação das Sessões de Formação 210

Apêndice J.Resultados das avaliações das Sessões de Formação 212

Índice de Figuras

Figura 1. Distribuição da resposta dos Enfermeiros em relação à capacidade para detetar maus tratos de acordo com as diferentes tipologias 46
Figura 2. Resposta dos enfermeiros aos sinais e sintomas de uma criança/ jovem potencial vítima de maus tratos..... 47
Figura 3. Distribuição da resposta dos Enfermeiros em relação aos fatores de risco de maus tratos……48
Figura 4. Distribuição da resposta dos Enfermeiros sobre o contacto com criança/jovem potencial vítima de maus tratos. 48
Figura 5. Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre sinalização de situações de maus tratos..... 49
Figura 6. Tipo de encaminhamento da sinalização das situações de maus tratos. 49
Figura 7. Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre a capacidade de identificar e detetar de forma precoce situações de maus tratos..... 50
Figura 8. Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre o seu conhecimento do Guia Prático de abordagem, diagnóstico e prevenção dos maus tratos a crianças e jovens da DGS, 2011..... 50
Figura 9. Distribuição da resposta dos enfermeiros sobre a existência de normas de atuação sobre os maus tratos no serviço onde prestam cuidados 51
Figura 10. Distribuição da resposta dos enfermeiros sobre a necessidade de formação sobre a temática 52
Figura 11. Distribuição das necessidades de formação por temas 52

INTRODUÇÃO

Anualmente, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) recebem cerca de 39 mil comunicações de perigo. Nos últimos 10 anos o número de comunicações cresceu cerca de 25%, o que demonstra a preocupação crescente da sociedade com o bem-estar das crianças/jovens. Em relação à prevalência, as principais situações são a negligência (31,2%), casos de violência doméstica (22,7%), comportamentos de perigo na infância e juventude (17,5%) e situações que colocam em causa o direito à educação (16,1%) (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPCJ], 2019).

Os profissionais de saúde, no exercício das suas funções contactam diretamente e de forma regular com crianças e jovens e devem, por isso, ser entendidos como entidades privilegiadas na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos (APAV, 2011).

A diferença entre o que é normal, aceitável e legal é uma questão complexa e, muitas vezes, relativa, aos olhos dos profissionais de saúde e de entidades de apoio social. Isto contribui para a não sinalização de casos às autoridades. A evidência demonstra que, em caso de dúvida é importante que se proceda à investigação e que, caso seja identificada a necessidade de intervir, fazê-lo, em vez de deixar o caso evoluir, levando ao risco de conduzir a danos mais graves e irreparáveis. No entanto, surgem muitas dificuldades na identificação e diagnóstico dos casos de maus-tratos em crianças e jovens. A compreensão do que se considera ou não um abuso face a uma situação específica, é uma tarefa complexa e exige uma intervenção a nível multidisciplinar por forma a incidir de forma correta no diagnóstico efetuado (Magalhães, 2010).

O presente relatório de estágio surge no contexto do Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e traduz o percurso formativo traçado ao longo das Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final. Tem como objetivos narrar o processo de conceção e posterior aplicação do projeto de intervenção, realizar uma análise crítica do percurso efetuado ao longo das unidades curriculares e refletir sobre a aquisição e consolidação de Competências Comuns e Especificas de Enfermeiro Especialista e de Competências de Mestre. Os estágios curriculares decorreram no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, numa Urgência Pediátrica, num Internamento de Pediatria e numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, respetivamente. O projeto desenvolvido encontra-se integrado na

linha de investigação 'Segurança e Qualidade de vida' e está subordinado à temática das Crianças e Jovens em risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos. Tem como objetivo geral contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização e teve lugar em todos os locais de estágio descritos, acompanhando o nosso percurso ao longo da realização dos Estágios I e Final.

O presente relatório encontra-se organizado em três capítulos estruturais. O primeiro capítulo, diz respeito ao enquadramento concetual, onde explicitamos, em primeiro lugar, a linha de investigação e os referenciais teóricos elegidos, em seguida foi executada uma contextualização da temática dos maus tratos a crianças e jovens e dada notabilidade ao papel do Enfermeiro Especialista na prevenção dos maus tratos a crianças e jovens. No segundo capítulo, realizamos uma descrição do projeto de intervenção desenvolvido ao longo deste percurso, formalizando ordenadamente as etapas do projeto de intervenção e contextualizando-as ao longo dos estágios. No terceiro capítulo, realizar-se-á uma análise reflexiva das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e das competências conferentes do grau de Mestre.

O documento foi redigido segundo a Norma de Referenciação Bibliográfica da APA (*American Psychological Association)* 6ª edição e lavrado conforme o novo acordo ortográfico, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Todo o processo de desenvolvimento académico tem por base fontes de conhecimento teóricas. Neste sentido, o primeiro capítulo do presente relatório refere-se ao enquadramento concetual acerca da temática dos maus tratos a crianças e jovens e está dividido nos seguintes subtemas: A segurança a qualidade de vida como a linha de investigação elegida e que abarca a temática dos maus tratos a crianças e jovens; A teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender e o Modelo de Parceria de Anne Casey como os referenciais teóricos que suportam o projeto a desenvolver; Os maus tratos a crianças e jovens e a definição do papel e intervenção do enfermeiro na prevenção dos maus tratos.

1.1.Segurança e Qualidade de Vida

Em primeiro lugar, importa definir alguns conceitos como: “doente”, sendo este a pessoa, ser holístico e em constante interação com o meio envolvente, que durante o seu ciclo vital procurou cuidados de saúde e que necessita de sentir-se seguro nessa prática. Por consequência, a segurança pode definir-se como a redução dos riscos desnecessários, o erro refere-se à falha na execução de uma ação planeada e o acidente diz respeito à ocorrência de um evento indesejável que afeta o que foi inicialmente planeado (Rosa, 2014).

> “A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Ministério da Saúde [MS], 2015, p. 13551).

Assim, define-se como qualidade em saúde a prestação de cuidados acessíveis e de forma equitativa, através de cuidados eficientes com base nos recursos disponíveis. Desta forma, a qualidade está ligada à segurança na medida em que esta garante a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, à semelhança da Estratégia 2009-2014, tem como missão potenciar a qualidade e segurança na prestação de cuidados de modo a garantir o cumprimento dos direitos dos cidadãos portugueses no que concerne à saúde, definindo como prioridades a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão às normas de orientação clínica em vigor, o reforço da segurança dos

doentes, a monitorização permanente da segurança e qualidade, o reconhecimento da qualidade nas unidades de saúde e a informação e transparência na relação com o cidadão, levadas a cabo através de ações específicas para cada matéria (MS, 2015).

A qualidade em saúde está intimamente ligada à segurança, sem segurança não existe qualidade e a cultura de segurança é uma área em que é sempre necessário investir (Fragata, 2010). A cultura de segurança de uma organização resulta de valores individuais e das equipas, de competências e padrões que definem o seu compromisso com a segurança dos doentes de uma determinada instituição de saúde (*World Health Organization* [WHO], 2005).

A qualidade de vida em saúde engloba aspetos físicos, sociais, psicológicos e funcionais do bem-estar de qualquer indivíduo, é um conceito multidimensional e subjetivo que permite compreender o impacto de doenças, os grupos vulneráveis existentes, os resultados das intervenções efetivadas e permite priorizar os recursos em matéria de saúde (Agathão, Reichenheim, & Moraes, 2018).

A população em idade pediátrica constitui uma população mais vulnerável pela sua especificidade e pela incapacidade de eles próprios questionarem os cuidados que lhes estão a ser prestados. As falhas de segurança podem originar várias implicações que, em primeiro lugar, atingem os utilizadores dos cuidados de saúde. Em seguida, surgem as consequências diretas para as instituições e para os profissionais que nelas trabalham com consequentes repercussões na economia da saúde (Pedrosa, 2015).

A qualidade de vida diz respeito à perceção que a própria pessoa tem sobre a sua posição na sociedade, de acordo com as suas crenças, valores, cultura, expetativas e objetivos. A qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes é um indicador que permite aferir as necessidades assistenciais e avaliar resultados na população pediátrica (Abreu, Marques, Martins, Fernandes & Gomes, 2016).

A base do conceito de qualidade em saúde pressupõe que os cuidados prestados que adequem às necessidades e expectativas dos utentes. Segundo Martins (2019), este conceito inclui várias dimensões como a efetividade (grau em que determinada intervenção produzirá os efeitos desejados), a eficiência (grau de atingimento dos objetivos com minimização do uso de recursos), o acesso (inexistência de barreiras de qualquer natureza), a segurança (ausência de dano real ou potencial), equidade (prestação de cuidados sem discriminação), adequação (cuidados prestados em conformidade com as necessidades identificadas), oportunidade (receber os cuidados

dentro do tempo clinicamente aceitável para cada situação), cuidados centrados no doente (o cliente como o elemento principal), continuidade (prestação de cuidados sem interrupções temporais e entre diferentes níveis) e o respeito (compreensão pelos direitos e identidade dos doentes).

Os Enfermeiros são a classe profissional idealmente capaz de garantir a qualidade e segurança nos cuidados, na medida em que, no estabelecimento da relação terapêutica, auxiliam o doente a lidar com os seus problemas de saúde e suportam a sua necessidade de segurança. Por outro lado, uma vez que são a classe profissional mais numerosa e que tem maior contacto com os doentes e suas famílias devido ao cumprimento das suas competências profissionais, detêm um determinante papel na cultura de segurança do doente e na qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados (Rosa, 2014).

Assim, devido à relação profissional de proximidade que os enfermeiros detêm com as crianças, jovens e respetivas famílias no exercício direto da prestação de cuidados e no estabelecimento de uma relação terapêutica, é nos possível avaliar e conhecer as crianças/jovens e famílias, a suas relações e interações familiares e detetar precocemente situações que possam significar desvios do padrão da normalidade, nomeadamente situações de maus tratos ou suspeita destes.

1.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

O uso de teorias e modelos no domínio da promoção da saúde permite compreender os determinantes de saúde, responder às necessidades e contribuir para o incremento do conhecimento, o que permitirá contribuir para a promoção da saúde e prevenção das doenças (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi desenvolvido na década de 80 por Nola J. Pender, professora emérita na Escola de Enfermagem da Universidade do Michigan. Trata-se de um modelo de enfermagem que integra e procura compreender os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis através de interação entre 3 vertentes: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento desejável (Victor et al., 2005).

Relativamente aos conceitos deste modelo, o termo saúde pode ser definido como a melhoria do bem-estar, o desenvolvimento das capacidades e não apenas como a ausência de doença. Este conceito deverá ser entendido no âmbito individual, familiar e comunitário. Por outro lado, surge o conceito ambiente, que resulta das interações entre a pessoa e o seu acesso aos cuidados de saúde. A pessoa é definida como o indivíduo que toma decisões, resolve a problemas e tem potencial para mudar os seus comportamentos de saúde. Por fim, o conceito de Enfermagem está intimamente ligado às intervenções de enfermagem que favorecem a mudança de comportamentos que levem à promoção da saúde (Victor et al., 2005).

O Modelo de Promoção da Saúde está representado graficamente através de um diagrama que engloba 3 grandes componentes posteriormente subdivididos em variáveis. A primeira vertente diz respeito às características e experiências individuais, que englobam os comportamentos anteriores e os comportamentos e ser mudados, bem como os fatores pessoais (que podem de ordem biológica, psicológica ou sociocultural). Em seguida, o componente 2 refere-se aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento a alterar e engloba as seguintes variáveis: identifica benefícios (representações mentais positivas); identifica barreiras (perceções negativas e dificuldades); identifica autoeficácia (julgamento das suas capacidades pessoais); sentimentos em relação ao comportamento (reação emocional); influências interpessoais (influência das outras pessoas no seu comportamento) e influência situacional (o ambiente pode facilitar ou dificultar a mudança de comportamento). Por fim, o componente 3 refere-se ao resultado do comportamento e abrange questões como o compromisso com o plano de ação (ações que garantam a manutenção da mudança de comportamento), exigências imediatas e preferências pessoais (as pessoais têm mais dificuldade em alterar comportamentos no imediato e as suas preferências influenciam estas mudanças) e o comportamento de promoção da saúde (Victor et al., 2005). Neste sentido, com base no Modelo de Promoção da Saúde desta autora foi operacionalizado o diagrama de atuação de acordo com a temática em estudo **(Apêndice A).**

Por outro lado, elegemos também o modelo de Parceira de Cuidados de Anne Casey como referencial teórico que tem influência e complementaridade na temática estudada. Em primeiro lugar, na prestação de cuidados pediátricos este modelo surge como modelo orientador da prática, uma vez que os cuidados devem ser orientados para a criança e família, sendo os seus pais os melhores prestadores de cuidados e

sendo valorizados a suas experiências e conhecimento no cuidado dos filhos. Neste sentido, o enfermeiro deve educar, orientar, instruir e apoiar a família no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença. O modelo de parceria de cuidados preconiza que não exista qualquer limite à participação dos pais na prestação de cuidados à criança e que a base deste modelo é a negociação de papeis com vista à prestação de cuidados holísticos à criança e tornar os pais seus parceiros efetivos no processo de cuidar (Casey, 1993).

Este modelo engloba 5 conceitos principais: criança, família, enfermeiro, saúde e ambiente. A criança é vista como o indivíduo dependente que necessita de outros para que as suas necessidades sejam satisfeitas. A Família, na pessoa dos pais ou cuidadores, tem a responsabilidade de prestar cuidados à criança. O enfermeiro é o profissional de saúde que assume um conjunto de responsabilidades de competências promotoras do crescimento e desenvolvimento saudáveis através de prestação de cuidados especializados com vista ao bem-estar e à saúde da criança. O ambiente refere-se ao contexto em que a criança e família se inserem (Casey, 1993).

É responsabilidade do Enfermeiro entender a vontade e capacidade dos pais para participarem e se envolverem na prestação de cuidados à criança, tendo sempre uma atitude de respeito, flexibilidade e assumindo uma conduta individualizada a cada situação. Por outro lado, deve apoiar e instruir os pais no sentido de os capacitar para ultrapassar e lidar com as dificuldades que possam surgir. O intuito deste modelo é o *empowerment* da família, através da promoção da sua participação ativa. Este modelo evidencia a distinção entre cuidados familiares e cuidados de Enfermagem. No entanto, tratam-se de conceitos flexíveis, sendo que em alguns casos os Enfermeiros poderão prestar cuidados familiares e noutros, os pais, com a devida orientação e supervisão, poderão prestar cuidados de enfermagem (Casey, 1993).

Segundo Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2014), a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) visa a obtenção uma relação de confiança e responsabilidade com a criança e a sua família, através da criação de uma relação terapêutica e uma comunicação aberta para estabelecimento de objetivos e identificação de necessidades, por forma a planear intervenções que respondam aos problemas de saúde identificados. Devem demonstrar cuidado, compaixão, empatia e defesa da família. Devem apoiar a família na prestação do seu papel parental, nas tomadas de decisão e reconhecer as necessidades dos membros familiares em relação aos cuidados à criança. Neste sentido, surge o conceito de

capacitação como a aptidão parental para adquirir as competências de modo a atender às necessidades da criança/jovem.

O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é o referencial teórico no qual assentará este relatório na medida em que suporta e justifica a temática dos maus tratos a crianças e jovens e a intervenção do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos mesmos, contribuindo para a segurança, qualidade de vida e promoção da saúde da criança e jovem. Por outro lado, o modelo de Parceira de Cuidados de Anne Casey é o modelo de cuidados de eleição na área pediátrica, uma vez que o enfermeiro, nomeadamente o EEESIP, assume como competências a promoção da parentalidade e a assistência da criança, jovem e família na maximização da sua saúde através do estabelecimento de uma parceria de cuidados.

1.3. Maus Tratos em Crianças e Jovens: perspetiva histórica e legal

Numa perspetiva história, a partir da década de 70 começou-se a estudar os fenómenos relacionados com os maus-tratos infantis e com as repercussões para o desenvolvimento ao nível emocional, cognitivo e comportamental da criança. Foi a partir do século XVIII e início do século XIX que criança passou a ser valorizada no sentido de sobreviver para se tornar num adulto produtivo e passou a ter direitos, sobretudo económicos e políticos. No século XIX a criança torna-se objetivo de investimento a todos os níveis, passa a estar no centro da família, é visto como um ser frágil com necessidade de proteção, amor e exige cuidados específicos. O seu lugar de socialização passa a ser escola. Desde o ano 2000 surgiram várias alterações ao nível do comportamento da sociedade, nomeadamente o surgimento de várias instituições públicas e privadas de defesa dos direitos das crianças e apoio à criança e família (Barroso, 2015).

> "A criança só começou a ser representada como devendo ser protegida há cerca de cem anos. A palavra Pediatria só surgiu em 1872 e, até então, os médicos não tratavam crianças por considerarem ser essa uma tarefa de mulheres, de mães e amas" (Barroso, 2015, p.19).

Eram frequentes os casos de infanticídio, crianças exploradas pelo trabalho, o abandono e a violência física. Foi a partir do ano de 1965 que Kempe utilizou pela primeira vez o conceito de "criança abusada" como referência às crianças vítimas de

abusos na sua forma física ou emocional, às crianças abandonadas, vítimas de negligência ou de abuso sexual (Magalhães,2010).

A construção social da infância como o "bem-estar infantil" é recente e está associada à construção do conceito de família moderna onde são estabelecidas relações afetivas e vínculo entre pais e filhos (Magalhães, 2010). No entanto, embora a família seja definida como uma instituição acolhedora e na qual as crianças se sentem protegidas e recebem amor, a verdade é que tal nem sempre é realidade e os maus-tratos afetam crianças de todos os grupos sociais. De facto, as crianças devem nascer e crescer num seio familiar promotor do desenvolvimento e crescimento saudável e harmonioso, capaz de proteção e compreensão. No entanto, muitas deparam-se com o medo, com a hostilidade ou são submetidas a qualquer tipo de violência. O nascimento de um filho implica uma reestruturação no seio familiar e a implementação de fronteiras que definam a relação conjugal e o papel parental. Estas alterações podem resultar em crescimento e enriquecimento a nível familiar ou, pelo contrário, daí emergir uma disfunção da dinâmica familiar e colocar em risco as relações entre pais e filhos (Barroso, 2015).

Em Portugal a temática do abuso de crianças como um problema de cariz social começou a ser debatida a partir dos anos 80. Em 1986 a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) reúne sobre o tema da criança abusada, em conformidade com as Regras e Convenções Internacionais sobre os direitos das crianças. Em 1991 foram criadas as Comissões de Proteção de Menores, com autonomia própria e em parceria com as comunidades a nível local (Magalhães, 2010).

Desde 1998 (ao abrigo do Decreto-Lei 98/98 de 18 de abril) a instalação, acompanhamento e avaliação das comissões de proteção são da competência da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR). A nível constitucional, ao abrigo dos artigos 67º, 69º e 70º, as crianças e jovens em risco têm o direito de ser protegidas por parte do Estado e da sociedade por forma a cumprir com os seus direitos consagrados na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (Magalhães, 2010).

A nível legislativo, existe a Lei nº147/99 (com início apenas a 1 de janeiro de 2001) sobre a Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, alterada posteriormente na Lei nº31/2003 de 22 de agosto com alterações no Código Civil Português; a Lei nº185/93 de 22 maio que aprova da Organização Tutelar de Menores e o novo Regime Jurídico

da Adoção. Estas alterações a nível legislativo emergem da necessidade de novas formas de proteção das crianças e jovens em risco nas últimas décadas (Magalhães, 2010).

Os comportamentos disseminados e culturalmente aceites de agressão de crianças e jovens com o intuito de educar e corrigir são transmitidos de geração em geração e uma criança abusada tende a ser um adulto que virá a infligir abusos (Magalhães, 2010).

Segundo Magalhães (2010), existem quatro níveis de vitimização e a sua compreensão é de extrema importância para quem intervém com as vítimas de maus tratos. O primeiro nível ocorre quando o indivíduo experimenta um dano e sofrimento causado pelo outro; O segundo nível diz respeito à compreensão desse dano/sofrimento como injusto e imerecido; O terceiro nível ocorre quando o indivíduo que considera vítima tenta encontrar alguém que reconheça essa vitimização; Por fim, no quarto nível, as que encontram o referido estatuto tornam-se, de facto, vítimas e recebem vários tipos de apoio. É de referir que no primeiro nível, os indivíduos, apesar de agredidos, não se consideram vítimas por interpretarem os comportamentos como normais (devido as questões culturais, nomeadamente tradições e normas). No segundo nível, os indivíduos assumem de forma pública que são vítimas e deparam-se com sentimentos de medo, sofrimento e vergonha. A vulnerabilidade da vítima leva ao silêncio, ao receio de estigmatização e exclusão social entre os pares. O medo relaciona-se com a condição vulnerável da vítima, sobretudo quando se trata de uma criança, por se tratar de um ser dependente a todos os níveis, que não acredita nos sistemas de apoio disponíveis e à qual o sentimento de perda é inerente (Magalhães, 2010).

Neste sentido, o nosso projeto de estágio visa a contribuir para a segurança destas crianças e jovens, através da capacitação dos enfermeiros para detetar, sinalizar e prevenir os maus tratos. Assim, em primeiro lugar, é fundamental adquirir conhecimentos e competências acerca da temática em estudo.

1.4. Maus Tratos em Crianças e Jovens: clarificação de conceitos

"Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não acidental, perpetuada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima" (Direção-Geral da Saúde, 2011,p.7). No que diz respeito à classificação quanto à tipologia podem ser:

negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e o Síndrome de Munchausen por Procuração.

A negligência refere-se à "incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados" (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7). São exemplos de negligência a carência de higiene, o vestuário inadequado à estação do ano e a existência de lesões que possam ter advindo da exposição a condições climatéricas adversas, inexistência de rotinas, acidentes repetidos por falta de supervisão adequada, incumprimento no plano nacional de vacinação e de seguimento no programa de saúde infantil e juvenil, criança com doença crónica sem cuidados adequados e intoxicações e acidentes de repetição (Direção-Geral da Saúde, 2011).

O mau trato físico diz respeito a "qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico" (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 8). Alguns sinais que podem ser indicativos de maus tratos físicos são as equimoses, escoriações, queimaduras, cortes em locais que revelem ser de difícil localização para serem traumatismos devido a acidentes (como a face, as orelhas, boca, pescoço, genitais e nádegas), síndrome da criança abanada/ sacudida *(Shaken baby syndrome)*, sequelas que indiquem traumatismo antigo, fraturas das costelas, demora/ausência de procura de cuidados médicos, história inadequada ou que não possa explicar a lesão existente, perturbações do desenvolvimento e alterações graves a nível nutricional (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Por outro lado, os maus tratos do foro emocional ou psicológico dizem respeito à criança/jovem que não tem acesso ao afeto, à segurança, a um ambiente adequado para crescer e desenvolver-se de forma saudável. Pode englobar vários comportamentos, desde a rejeição da criança/jovem, à sua depreciação permanente, défice de afeto e amor ou cuidar de forma precária. Alguns sinais e sintomas descritos na literatura são episódios repetidos de urgência devido a problemas reiterados como cefaleias, mialgias, dores abdominais sem causa ou explicação aparente; Criança/jovem com comportamentos agressivos ou autolesivos, com dificuldade estabelecer relações entre os pares ou ideação suicida, ansiedade, perturbações no controlo do esfíncteres (enurese e encoprese) e sinais de desconforto e choro incontrolável no primeiro ano de vida (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Tal como foi referido anteriormente, uma outra forma de maus tratos são os casos de abuso sexual a crianças e jovens. O abuso sexual ocorre quando existe qualquer "atividade cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha" (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 9). Baseia-se numa relação de poder e em função da sua idade e de desenvolvimento, a criança "não tem capacidade para perceber que é vítima; não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido" (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 9). O abuso sexual pode ocorrer de variadas formas, desde obrigar a criança a presenciar conversas e espetáculos obscenos ou manipulação de órgãos sexuais até à prática de coito. O abuso sexual é de difícil diagnóstico uma vez que, por norma, não existem indícios físicos. No entanto, são sinais indicativos que poderá ter existido abuso sexual quando existem lesões genitais externas, presença de sémen no corpo da criança/jovem, lassidão do esfíncter anal, prurido/dor/ edema nos genitais, laceração do hímen, petéquias ou lacerações na mucosa oral, diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez (Direção-Geral da Saúde, 2011).

O Síndrome de *Munchausen* por procuração trata-se da necessidade de criar evidencias da existência de uma doença e induzir os profissionais de saúde a admitir esta falsa realidade. Por vezes as crianças são submetidas a exames de diagnóstico exaustivos e invasivos e têm internamentos frequentes. São exemplos a administração de drogas e medicamentos que comprometam o estado de saúde da criança, colocar sangue ou outros contaminantes às amostras de urina e levar a criança ao estado de apneia temporária por sufocação e recorrer aos serviços de urgência nestes contextos (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Qualquer criança pode ser vítima de maus tratos e, portanto, qualquer criança que apresente sinais ou sintomas poderá ser uma possível vítima. Podem existir mais do que um tipo de abuso em simultâneo e a qualquer tipo de abuso acresce sempre sintomas de abuso emocional. Os sinais e sintomas variam dependendo do tipo e grau de abuso e podem surgir em simultâneo ou de forma isolada, subitamente ou de forma progressiva. Por vezes não existem sinais ou sintomas evidentes e a vítima demonstra ter uma relação saudável com o abusador. Em outras situações podem existir estes determinados sinais e sintomas sugestivos de abuso sem que o mesmo, de facto, ocorra (Magalhães, 2010). As crianças/jovens podem apresentar sinais de ordem física ou psicológica que constituem sinais de alerta para os diversos tipos de maus tratos e

podem inclusive ser observados na relação entre pais/cuidadores – crianças/jovens (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

No ano de 2002 ocorreram 31 000 mortes por homicídio de crianças com idade inferior a quinze anos em todo o mundo. A crianças até aos 4 anos de idade são o grupo etário mais vulnerável e representam o dobro relativamente às crianças entre os 5 e os 14 anos de idade. Estima-se se que desde o ano 2000, 5,7 milhões de crianças foram obrigadas a cumprir trabalhos forçados, 1,8 milhões estiveram envolvidas em casos de prostituição e pornografia e 1,2 milhões de crianças foram vítimas de tráfico humano. A prevalência de abuso de menores é mais elevada em países com maiores desigualdades socioeconómicas. O abuso físico parece ser mais facilmente identificado quando comparado com a negligência e com o abuso psicológico e emocional (OMS, 2006, citado por Magalhães, 2010). Os estudos epidemiológicos revelam que género feminino é o mais vulnerável quando falamos de abuso sexual e quanto ao abuso na sua forma física, existe maior prevalência no género masculino (Magalhães, 2010). Relativamente aos números nacionais, em 1985 foi publicado o primeiro estudo do Centro de Estudos Judiciários (CEJ) que revelou que existiam 30000 novos casos de maus tratos por ano, sendo que desses 23000 corresponderem a casos de negligência, 6000 a casos de maus tratos físicos e 1000 vítimas de abuso sexual (Amaro, 1986, citado por Magalhães, 2010).

Segundo Magalhães (2010), os números correspondem a estimativas que não acomodam a real extensão da problemática e provêm dos hospitais, dos órgãos da polícia criminal, das CPCJR e dos serviços médico-legais.

Acerca desta temática, é importante salientar a diferenciação entre o risco e o perigo. O risco diz respeito ao estado de vulnerabilidade da criança e jovem para sofrer de maus tratos. Por outro lado, o perigo, refere-se à objetivação deste risco (Direção-Geral da Saúde, 2011). Assim, os fatores de risco relativos a características individuais do abusador são a idade inferior a 20 anos, sexo masculino, estatuto socioeconómico baixo, baixo nível educacional e falta de conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento da criança. São ainda características importantes quanto à sua história familiar a existência de carências afetivas, de histórias de abusos, de institucionalizações e antecedentes de comportamentos desviantes. A paternalidade tardia ou precoce, excesso de atividade profissional, atitude intolerante, impulsiva e desadequada, limitações intelectuais severas e perturbações de saúde a nível físico ou

mental são fatores de risco que delineiam o perfil do abusador (Alves, 2007, citado por Magalhães, 2010).

Os sinais de alerta dizem respeito à probabilidade acrescida de ocorrer maus tratos e, por isso, existe a necessidade de uma vigilância e investigação detalhada. Não correspondem por si só a uma situação de diagnóstico de maus tratos mas indicam que existe a necessidade de intervir para proteger a criança/jovem (Direção-Geral da Saúde, 2011).

No reverso da medalha surgem os fatores de proteção como variáveis biopsicossociais que diminuem o impacto dos fatores de risco. O desenvolvimento adequado, bom desempenho escolar, temperamento fácil, vinculação segura com a família, suporte familiar adequado e segurança a nível económico são exemplos de fatores de proteção (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Relativamente ao perfil da vítima abusada, destaca-se a vulnerabilidade em termos de idade e dependência, prematuridade, deficiência física ou intelectual, portadores de doenças crónicas, crianças/jovens com distúrbios alimentares ou do sono, hiperatividade, apatia e personalidade e temperamento difíceis (Magalhães, 2010).

No que diz respeito ao contexto familiar, os fatores que são preditivos de situações de maus tratos são famílias compostas por pais adolescentes, filhos não planeados, pouca diferença de idades entre os irmãos e muitos filhos, famílias monoparentais, mães com vários companheiros e que não são os pais biológicos das crianças, famílias reconstituídas, relações familiares e conjugais disfuncionais, famílias com problemas de ordem socioeconómica e habitacional. No que refere à interação entre pais e filhos, são fatores de risco relações em que os papeis não estão bem definidos, em que o estilo parental seja o autoritário e punitivo, quando existe carência de vínculo afetivo, má comunicação e défice nas expectativas dos pais em relação aos seus filhos (Magalhães, 2010).

O contexto sociocultural tem um papel preponderante na medida em que situações como a insatisfação no emprego, situações laborais precárias, atividade laboral da mulher no exterior do lar, bem como o desemprego, são fatores de risco dos pais para exercerem maus tratos às crianças e jovens. A emigração, isolamento social, nomadismo e estigmatização sociocultural também contribuem para os fatores de risco (Magalhães, 2010).

Um estudo desenvolvido com 300 crianças entre os 0 e os 16 anos de idade que foram observadas num hospital público de Lisboa confirma os fatores de risco atrás descritos. Este concluiu que os maus tratos afetam as crianças provenientes de todos os estratos sociais, no entanto, os resultados demonstram que existe uma maior prevalência de maus tratos em meios socialmente desfavorecidos. Por outro lado, são as famílias "menos suspeitas" e em conformidade com as regras e padrões da sociedade que são autoras de abusos psicológicos. As famílias mais desfavorecidas são mais provavelmente denunciadas por estarem mais expostas às críticas da sociedade (Barroso, 2015).

Segundo o estudo mencionado anteriormente, a violência psicológica foi o segundo tipo de violência com valores mais elevados na amostra em questão e são famílias nucleares ou monoparentais maternas que vivem em apartamentos, com nível de instrução superior por parte dos pais, com profissões socialmente reconhecidas como superiores e bem remuneradas e na maior parte dos casos ocorre com o filho primogénito, geralmente do sexo masculino e algumas vezes com pais em processo de separação (Barroso, 2015).

Este estudo relevou que, no que diz respeito ao abuso físico, salientam-se as famílias nucleares com três a cinco elementos, com nível de escolaridade até ao 9º ano, com profissões como domésticas, empregados dos serviços de comércio, hotelaria ou operários industriais e, normalmente, com problemas de disfuncionais do agressor (alcoolismo, por exemplo). A vítima tende a ter entre seis a nove anos de idade ou menor que três anos e muitas vezes o agressor, normalmente o pai, tenta ser justificar as suas ações com as características comportamentais da criança (Barroso, 2015).

Quanto ao abuso sexual, o estudo de Barroso (2015) destaca que este ocorre associado a famílias nucleares, com pais com habilitações literárias ao nível do ensino secundário e esta realidade afeta maioritariamente as raparigas com idades entre os três e os cinco anos e os dez e doze anos de idade. A primeira fase refere-se à idade em que a criança é ainda incapaz de compreender que é vítima e a segunda fase diz respeito ao início da puberdade, com as alterações corporais que lhe estão inerentes.

As situações de negligência obtidas na amostra deste estudo surgem em contextos familiares mais desfavorecidos, maioritariamente em famílias monoparentais maternas, com história de gravidez não planeada e/ou precoce, existem baixos níveis de instrução, comportamentos aditivos e profissões menos qualificadas. As vítimas são normalmente

do género masculino, até aos cinco anos de idade e normalmente é o filho do meio numa fratria numerosa (Barroso, 2015).

O trauma psicológico diz respeito à incapacidade de ser detentor de recursos psicológicos para assimilar, reagir e adaptar-se a determinado evento. Os indicadores psicológicos de abuso físico podem revelar-se através de comportamentos agressivos ou desadequados, dificuldades em integrar-se socialmente e com os pares, comportamentos delinquentes, baixa autoestima, imagem negativa de si mesmo e internalização de problemas que poderão levar a depressão e stress pós-traumático (Magalhães, 2010).

Os indicadores psicológicos de abuso sexual intrafamiliar são a rotura dos papeis familiares, o medo, angústia, ansiedade, depressão, alterações comportamentais, desenvolvimento de uma sexualização traumática (procura excessiva e inadequada de contacto físico, masturbação compulsiva ou, pelo contrário, medo do toque e do contacto físico), baixo rendimento escolar, comportamentos autolesivos, ideação suicida e perturbações psicossomáticas. Por outro lado, existem fatores que agravam os danos psicológicos na sequência de abuso sexual, são eles: a severidade e duração do abuso, a precocidade do início do abuso, a relação próxima entre a vítima e o abusador, ausência de outras estruturas de suporte e ausência de outras figuras de vinculação (Magalhães, 2010). De um modo geral, os indicadores psicológicos que as crianças/jovens submetidas a maus tratos apresentam podem manifestar-se de várias formas, desde a tristeza persistente, baixa autoestima, mau desempenho escolar, atraso do desenvolvimento e são mais propensas a estados depressivos, comportamentos autodestrutivos e quadros psicopatológicos durante a adolescência (Magalhães, 2010).

Os indicadores físicos deverão ser tidos em conta no contexto em questão. É necessário investigar quando existem dúvidas ou incoerências quanto ao processo de produção de determinadas lesões. São exemplos: as lesões em diferentes estádios de evolução, em diferentes localizações do corpo, lesões figuradas ou moduladas, em locais pouco comuns para traumatismos de natureza acidental (lábios, orelhas, pescoço, língua, dentes, equimoses periorbitárias), lesões com determinadas características (queimaduras circulares com bordos bem definidos que podem ser causadas por cigarros). Deverão ser tidos em conta outros diagnósticos diferenciais que possam explicar as lesões, tais como: causa acidental, patologia de base, lesões causadas por práticas medicinais tradicionais (ventosas ou *cupping*, por exemplo),

malformações congénitas, condições morfológicas, simulações ou lesões autoinfligidas. É importante caracterizar as lesões quanto ao tipo, localização, número, forma, dimensões, gravidade, evolução, adequação entre a explicação fornecida e a lesão apresentada (Magalhães, 2010).

O profissional que contacta com uma possível situação de maus tratos pode suspeitar porque a vítima faz um relato ou pela observação de sinais e sintomas que sejam sugestivos de abuso, associando-os à existência dos fatores de rico já referidos anteriormente. Todos os profissionais que contactam com crianças e jovens devem estar sensibilizados e dotados de conhecimentos para sinalizar estes casos (Magalhães, 2010).

Os maus tratos a crianças e jovens não têm apenas consequências a curto prazo, mas sim consequências a longo prazo que afetam o desenvolvimento global da criança/jovem com impacto na família e comunidade. Não se tratam apenas de consequências individuais, afetam e têm impacto na sociedade em geral. As crianças que sofreram maus tratos hoje serão futuramente adultos, com potenciais problemas de adaptação na adolescência e vida adulta (Coutinho, Seabra-Santos & Gaspar, 2012).

De enfatizar que “os crimes de “violência doméstica” e de “maus tratos”, os “crimes contra a liberdade sexual que vitimem menores de 18 anos” e “crimes contra a autodeterminação sexual” (com exceção do crime do artigo 173º) assumem natureza pública” (Magalhães, 2010, p. 142). Desta forma, a lei Portuguesa obriga à sinalização dos crimes contra menores de idade (artigo 242º Código Penal Português) pelas entidades policiais ou funcionários equiparados ao Ministério Público para que o caso seja devidamente averiguado. Por outro lado, obriga ainda a população em geral a comunicar os casos de suspeita de maus tratos a crianças e jovens às entidades policiais, comissões de Proteção ou às autoridades judiciárias (artigo 66º da Lei nº147/99 de 1 de setembro) (Magalhães, 2010).

A intervenção nos maus tratos a crianças e jovens tem como objetivos concretos os de proteger estas crianças, jovens e famílias, intervir nos fatores de risco para diminuir o perigo e a recorrência destes casos, procurando, por outro lado, a incrementação dos fatores de proteção. Esta intervenção encontra-se formalmente estruturada em pirâmide em três níveis distintos. No primeiro nível estão a entidades com competência em matéria de infância e juventude (educação, saúde, segurança social, autarquias, polícias, organizações não governamentais, entre outros); o segundo nível deve atuar

quando não seja possível às entidades de primeira linha atuar e refere-se às CPCJ; por fim, o terceiro nível refere-se à intervenção a nível judicial. Assim, os Serviços de Saúde têm um importante papel e legitimidade na intervenção e proteção das crianças e jovens. As CPCJ e os tribunais apenas deverão intervir quando não for possível às entidades de primeiro nível agir para remover o perigo (Direção-Geral da Saúde, 2011).

1.5. Atuação do Enfermeiro Especialista na prevenção dos maus tratos a crianças e jovens

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e médicos, no exercício das suas funções contactam diretamente e de forma regular com crianças e jovens e devem, por isso, ser entendidos como entidades privilegiadas na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos (APAV, 2011).

Os Profissionais de saúde têm responsabilidade e competências para atuar na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e de prevenir, detetar, sinalizar e cuidar de crianças/jovens que sejam vítimas de maus tratos. O enfermeiro que desempenha funções na área Pediátrica tem um conhecimento e aproximação privilegiados sobre cada criança/jovem e o seu contexto familiar e social, tendo, desta forma, a capacidade para detetar precocemente situações de risco e de perigo, para sinalizar, intervir e cuidar das crianças e jovens em risco. São considerados as entidades de primeira linha, com legitimidade legal e deontológica para atuar no sentido de garantir a proteção da infância e da juventude, atuar na promoção dos direitos da criança e na sua proteção em relação ao perigo. No entanto, os enfermeiros deparam-se frequentemente com obstáculos no processo de identificação de situações de maus tratos, tais como: preocupação com a capacidade de resolução do problema identificado, receio de perder a confiança da família em questão, desconforto por suspeitar ou culpar erradamente os pais/cuidadores, violação do direito de confidencialidade, dúvidas sobre o benefício da abertura do processo de proteção da criança ou receio pela sua segurança pessoal. No entanto, a ação de proteção de cada criança/jovem deve manter-se e seguir o devido curso, de modo a evitar que ocorram mais danos (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Quanto à proteção das crianças e jovens em risco, existem fragilidades no sistema Português, tanto por falta de respostas e recursos institucionais diferenciadas (para crianças com comportamentos delinquentes, para adolescentes, crianças e jovens com

doenças crónicas e portadores de doenças específicas, com necessidades educativas especiais, entre outros) como a deficiente formação dos profissionais. A formação a este nível é insuficiente nas questões da sinalização, da prevenção, do diagnóstico e da intervenção e proteção destas crianças e jovens (Magalhães, 2010). Segundo Saraiva, Rosas, Valente & Viana (2012), o silêncio dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde contribui para a incidência de novos casos e realça a importância da formação contínua sobre o tema, nomeadamente acerca da atuação dos enfermeiros. De facto, tratando-se de uma problemática debatida nos últimos anos, é ainda uma área emergente e com necessidade de intervenção no sentido da melhoria contínua.

> Assim, é importante "sensibilizar os enfermeiros para as mudanças que ocorrem na sociedade e consequentes exigências do papel do enfermeiro na avaliação do risco de maus-tratos em crianças e jovens. Cabe aos enfermeiros vigiar mais de perto estes sinais, detetá-los precocemente e encaminhá-los, também tão precocemente quanto possível, pois quanto mais precoce for a deteção e o encaminhamento mais eficaz será a ação e melhores serão os resultados para a criança e jovem, com implicações na melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde" (Silva, Afonso & Silva, 2014, p.73).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente ao nível das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade prevê que o Enfermeiro Especialista desenvolva práticas de qualidade que visem a melhoria continua (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Ao nível das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve basear "a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (OE, 2019, p. 4745).

Relativamente às competências do EEESIP acerca dos maus tratos a crianças e jovens, é de salientar que: dentro da competência major que prevê que a maximização da saúde, surge competência E2. que afirma que o EEESIP "diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem". Por sua vez, a competência E1.2.4. "Identifica as situações de risco para a criança/jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)". A competência E1.2.5. prevê que o enfermeiro EEESIP sensibilize "pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção". A competência E1.2.6. reitera que o EEESIP

assista a “criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018 p. 19193). Desta forma, o EEESIP tem responsabilidade e competências para atuar na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e de prevenir, detetar, sinalizar e cuidar de crianças que sejam vítimas de maus tratos. e entende-se, assim, a prevenção dos maus tratos como uma matéria que se encaixa no domínio das competências autónomas do enfermeiro e do EEESIP.

Relativamente à prevenção dos maus tratos, podem identificar-se três níveis: a prevenção primária (destinada à população em geral), a secundária (destina-se a grupos de risco para a ocorrência de maus tratos devido a um conjunto de características específicas que foram abordadas na alínea anterior) e a terciária (prestação de cuidados a crianças/jovens e famílias vítimas de maus tratos para diminuir os efeitos existentes e promover a reabilitação e reinserção social). Estes três níveis de prevenção devem ser trabalhados de forma sistemática e integrada através de uma rede multidisciplinar, num esforço conjunto entre o governo e as entidades de saúde competentes (Carvalho, 2018).

A literatura indica que a família tem um papel fulcral na prevenção dos maus tratos, nomeadamente através da adoção de estratégias que visam o apoio parental, promovendo a parentalidade positiva (Coutinho et al., 2012). Assim, será importante esclarecer alguns conceitos acerca da prevenção primária como uma forma de intervenção na prevenção dos maus tratos que atua na promoção das competências parentais, promoção da parentalidade positiva, da vinculação e da parceria de cuidados com vista à promoção da saúde da criança e jovem.

A parentalidade pode ser definida como um conjunto de ações desempenhadas pelas “figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro na família e, fora dela, na comunidade” (Cruz, 2005, p. 19). O papel parental refere-se ao papel social das mães e pais com base nas normas sociais vigentes e este implica responsabilidades de educação e formação da criança. A aprendizagem do papel parental desenvolve-se através do processo de socialização e os objetivos da parentalidade são a promoção da sobrevivência física e a saúde da criança por forma a que esta cresça e se desenvolva até ser um adulto independente. A função familiar diz respeito à qualidade das interações e relações entre os membros familiares. O conhecimento desses fatores fornece aos enfermeiros orientação na sua atuação, por forma a dar resposta a eventos stressantes e providenciar suporte de forma

individualizada de modo a apoiar os membros da família a obter os recursos necessários (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2014). A parentalidade positiva pode definir-se como o "desenvolvimento de relações positivas entre pais e crianças através das quais se visa optimizar todo o potencial de crescimento (…) reforçando as responsabilidades parentais" (Cruz & Carvalho, 2011, p. 40).

Desta forma, de acordo com a Organização Mundial de Saíde [OMS] (2015) a solução passa por proporcionar um ambiente seguro e estável às crianças e jovens através de programas e políticas de qualidade que melhorem a qualidade dos cuidados pediátricos e ofereçam estratégias de prevenção dos maus tratos que englobem a educação parental e a visitação domiciliária como estratégias promotoras das capacidades parentais.

As intervenções de Enfermagem ao nível da prevenção como ao nível da atuação nas situações em que há ocorrência de maus tratos, são possíveis dada a sua proximidade com sistema de saúde e com capacidade para atuar tanto em contexto hospitalar como em contexto comunitário. Assim, as intervenções de enfermagem no âmbito dos maus tratos passam por detetar e recolher informações sobre os sinais e sintomas, fatores de risco e de proteção, proteger a criança e defender os seus direitos e articular-se com as devidas entidades como os Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) ou as CPCJ. Neste sentido, através do conhecimento que adquirimos sobre o tema, o nosso projeto visa contribuir para a formação e capacitação dos enfermeiros com os quais contactámos durante o percurso trilhado.

2. "CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETEÇÃO, SINALIZAÇÃO E PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS- DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da realização dos Estágio I e Estágio Final com objetivo de adquirir e desenvolver as competências de Mestre e as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, propusemos desenvolver um projeto de intervenção no âmbito das crianças e jovens em risco, nomeadamente acerca do papel do enfermeiro da deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos.

O referido projeto de intervenção enquadra-se na linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida" e seguiu a metodologia de projeto. Por outro lado, procura dar resposta aos objetivos gerais do Curso de Mestrado, que reiteram que deverão ser desenvolvidas competências e conhecimentos que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através de uma prática especializada, baseada na evidência científica e assente nos sistemas de referências éticos e deontológicos que regem a profissão, contribuindo para o desenvolvimento e reconhecimento da mesma enquanto disciplina.

Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), a metodologia de projeto procura solucionar um problema real e com isso adquirir conhecimentos e capacidades enriquecedores baseados no conhecimento teórico sobre uma temática. É uma metodologia de trabalho da área da investigação que procura solucionar problemas em contexto real. "O trabalho de projeto é uma metodologia, isto é, um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto" (Ferrito et al., 2010, p. 4). Trata-se de um conceito flexível que permite a resolução de problemas previamente identificados e consiste numa tentativa de intervenção. Possui como a característica a intencionalidade, isto é, tem um objetivo que dá sentido às atividades realizadas. Pressupõe autonomia e iniciativa, sendo que os autores são responsáveis pelas fases do trabalho e respetivas escolhas no decorrer do mesmo. O Projeto foca-se num problema real, implica complexidade na sua realização e podem surgir dúvidas durante este processo. É composto por várias fases e prolonga-se num período de tempo, desde a objetivação do problemas até apresentação dos resultados (Ferrito et al., 2010).

Segundo Fortin, 2009, a metodologia de investigação implica um processo racional e meios técnicos que permitam realizá-la. As três funções da investigação são a descrição, a explicação e a predição e cada uma delas acarreta processos de aquisição de conhecimentos específicos.

A metodologia de projeto, de acordo com Ferrito et al. (2010) é constituída por cinco etapas, sendo elas: diagnóstico de situação, planificação, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados. Desta forma, o presente capítulo foi elaborado de modo a respeitar as fases atrás descritas. Em primeiro lugar será elaborada uma análise dos contextos em que ocorreram os estágios e a população-alvo elegida de modo a efetivar o diagnóstico de situação; em seguida, a fase de planeamento, na qual serão desenhados os objetivos gerais e específicos deste projeto; seguir-se-á a fase de execução com o esclarecimento das atividades e estratégias realizadas no âmbito dos estágios clínicos e, no final, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos no decorrer deste projeto e feita a avaliação do mesmo.

2.1. Enquadramento do Projeto: dos Cuidados de saúde Primários aos Cuidados Hospitalares

O enquadramento do contexto em que o projeto se realizou pretende caracterizar o ambiente e a realidade das instituições em questão, nomeadamente as suas características e necessidades, de modo a planear estratégias e atividades adequadas a estas realidades, de forma a que possam ser úteis, relevantes e com aplicabilidade. A organização deste curso de Mestrado em Enfermagem divide os locais de estágio em dois momentos: o Estágio I e o Estágio Final, este último composto por três locais de estágio distintos, o que nos permitiu aplicar este projeto de intervenção em contexto comunitário, isto é, em cuidados de saúde primários e em ambiente hospitalar, na prestação de cuidados diferenciados.

Cronologicamente, entre os dias 20 de maio e 28 de junho de 2019 decorreu o Estágio I que teve lugar numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente ao ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Alentejo Central. O Estágio Final, dividido em três etapas, ocorreu entre os dias 17 de setembro de 2019 e 17 de janeiro de 2020. O módulo A decorreu nas primeiras 4 semanas numa Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O módulo B, com durabilidade de 8 semanas, teve lugar no internamento de Pediatria de

um hospital da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS Alentejo). Por fim, o módulo C decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um hospital da ARS Alentejo.

2.1.1. Unidade de Saúde Familiar

A USF em questão pertence ao ACES do Alentejo Central. Os ACES são serviços públicos com autoridade administrativa constituídos por várias unidades funcionais que prestam cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica e estão divididos nas seguintes unidades funcionais: USF, Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidade de cuidados na comunidade (UCC), Unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP) e outras unidades propostas pela respetiva ARS e aceites pelo Ministério da Saúde (MS) (Ministério da Saúde [MS], 2008). As USF são unidades de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares constituídas por equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo) e são organizadas em modelos A, B e C. A população abrangida por cada USF corresponde ao total de utentes inscritos nas listas dos médicos que fazem parte da equipa e não deve ser inferior a 4000 e nem superior a 18 000 (Ministério da Saúde [MS], 2007).

Esta USF abrange a área geográfica de um dos Conselhos concernentes ao Distrito de Évora. Segundo a Pordata (2020), este Conselho contava com 35 608 habitantes no ano de 2018 e uma taxa bruta de natalidade de 6,2%, tendo nascido 210 crianças no mesmo ano. A percentagem de jovens com menos de 15 anos no ano de 2018 foi de 11,1%. O edifício no qual se sita a USF é também composta por outra USF, uma UCC e um Serviço de Urgência Básica (SUB). A área de funcionamento da USF possui uma sala de vacinação, sala de tratamentos, gabinete da consulta de diabetes e hipertensão arterial, gabinete da saúde infantil e pediatria, gabinete de planeamento familiar, balcão de atendimento administrativo e vários gabinetes de consulta médica. Conta ainda com uma sala de espera para crianças, uma sala de espera para a população em geral e o cantinho da amamentação.

A equipa multidisciplinar conta com 5 médicos, 5 enfermeiros e 5 administrativos e o método de trabalho utilizado é o de enfermeiro, médico e administrativo de família em que cada equipa presta cuidados e responde às necessidades de saúde dos utentes da sua lista de inscritos. Dos 5 enfermeiros que constituem a equipa, uma das enfermeiras

acumula funções de direção e chefia, sendo a enfermeira Gestora e especialista na área de saúde materna e obstetrícia. Das restantes quatro enfermeiras, uma enfermeira é EEESIP, outra enfermeira é especialista de enfermagem médico-cirúrgica e as duas enfermeiras restantes são enfermeiras de cuidados gerais. Todos os registos informáticos são realizados pelos vários profissionais no programa de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) que utiliza a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Relativamente à nossa área de intervenção, as consultas de vigilância saúde infantil e juvenil ocorrem em conjunto com a enfermeira e médica de família, em gabinete próprio e de acordo as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). A vigilância de Saúde Infantil e Juvenil visa a obtenção de ganhos em saúde nesta população específica através da avaliação do crescimento e desenvolvimento; da promoção de comportamentos potenciadores de saúde; da deteção e encaminhamento precoce de situações que possam afetar a qualidade de vida das crianças e jovens; da prevenção, identificação e abordagem das doenças comuns de cada faixa etária; da sinalização e apoio continuado às crianças com doenças crónicas e portadoras de deficiência e respetivas famílias; da promoção do desenvolvimento pessoal e autodeterminação e do apoio e estimulação do exercício parental adequado. De uma forma geral, o PNSIJ prevê que as consultas sejam realizadas em determinadas idades-chave que correspondem a importantes etapas aos vários níveis de desenvolvimento, de socialização, alimentação e escolaridade. São valorizados os cuidados antecipatórios com o intuito de promover a saúde e prevenir as situações de doença e a deteção precoce e respetivo encaminhamento de situações de potencial risco com repercussões ao nível da saúde da criança (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As consultas de saúde infantil e juvenil têm como objetivos gerais avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, promover os comportamentos potenciadores de saúde, promover o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), a saúde oral, prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, a prevenção de acidentes e intoxicações, a prevenção dos maus tratos, prevenção dos riscos da exposição solar inadequada e promover o aleitamento materno. Por outro lado, prevê que sejam detetadas e encaminhadas situações de risco ou de desvio do padrão da normalidade de uma forma precoce por forma a evitar situações que afetem negativamente a qualidade de vida da criança e jovem. A par disto, pretende abordar e identificar as doenças comuns das várias idades e proporcionar cuidados adequados e

de qualidade às crianças com doença crónica. Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus-tratos de qualquer etiologia, promover o desenvolvimento pessoal e autodeterminação das crianças e jovens e estimular, educar e orientar as competências e responsabilidade parental. Em todas as consultas deverão ser avaliadas as preocupações dos pais, as intercorrências desde a consulta anterior, se frequenta infantário ou não, hábitos alimentares, evolução das curvas de crescimento, cumprimento do calendário vacinal e deve ser avaliada a dinâmica familiar e a rede de suporte familiar (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No que diz respeito à vacinação, embora exista um horário pré-estabelecido para funcionamento da sala de vacinação (às segundas, quintas e sextas-feiras durante o período da tarde e nas terças-feiras no período da manhã), as enfermeiras na USF vacinam as crianças e jovens nesses períodos e também durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, uma vez que as consultas estão agendadas para as mesmas idades-chaves que as das imunizações do PNV. Segundo Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2014) p. 525, dos "avanços mais marcantes em pediatria foi o declínio das doenças infeciosas durante o século XX, devido ao uso generalizado da imunização para doenças que se podem evitar. Esta tendência continuou para o século XXI com o desenvolvimento de novas vacinas".

> "Em Portugal o PNV é uma história de sucesso para a qual muito têm contribuído os enfermeiros ao longo das suas cinco décadas de aplicação no país. São os enfermeiros que gerem o PNV sendo muito do sucesso deste programa devido ao esforço e empenho destes profissionais na sua aplicação sistemática, consistente e coerente ao longo do tempo" (Frade, Frade, Henriques, Silva, & Gonçalves, 2017, p. 10).

2.1.2 Serviço de Urgência Pediátrica

O Centro Hospitalar em questão pertence à ARSLVT, situado na capital do distrito, abrange uma área com 116.044 habitantes no ano de 2018, com uma percentagem de 15,6% de jovens e no qual nasceram 1.079 crianças no ano de 2018 (Pordata, 2020).

O Centro hospitalar tem como missão a promoção da saúde através da prestação de cuidados especializados que visam a qualidade, a eficiência e a eficácia. Em particular, a UUP tem como objetivo primordial garantir a prestação de cuidados

imediatos em situações de urgência/emergência de forma permanente, 24 horas por dia, todos os dias do ano, a crianças e jovens até aos 18 anos menos um dia (Centro Hospitalar de Setúbal, 2020).

O espaço físico da UUP é composto por sala de espera, sala de triagem, sala de reanimação, sala de aerossóis, gabinetes médicos, sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia e Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) com capacidade para 5 camas, sendo uma delas de isolamento.

O sistema informático de triagem foi desenvolvido internamente pela própria unidade com base em critérios específicos e pré-estabelecidos. Estão preconizadas três prioridades: emergente (pulseira vermelha), urgente (pulseira amarela) e pouco urgente (pulseira azul). Os enfermeiros de triagem atribuem a prioridade com base na queixa descrita e na observação da criança/ jovem, avaliando a gravidade da situação clínica. Procedem, também, o encaminhamento para as diversas especialidades como a cirurgia (as crianças são observadas na sala de pequena cirurgia da UUP), ortopedia, oftalmologia, entre outros. Os registos informáticos da equipa multidisciplinar que presta cuidados em contexto de urgência são realizados no programa *Alert*

A equipa de enfermagem é composta por 25 enfermeiros, entre os quais o Enfermeiro Chefe e a Enfermeira Responsável. Dos enfermeiros que formam a equipa, um elemento é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, outro elemento é especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ,7 são EEESIP e os restantes são enfermeiros de cuidados gerais. O método de trabalho é em equipa e dividido por equipas fixas que são constituídas por quatro elementos. A cada elemento é distribuído um posto de trabalho. O chefe de equipa, elemento EEESIP, presta cuidados nos vários postos e gere as necessidades e tomadas de decisão em cada turno.

2.1.3 Serviço de Internamento de Pediatria

O internamento de Pediatria pertence a um hospital de referência do território alentejano e está integrado na ARS Alentejo. A missão deste hospital é prestar cuidados diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico. Tem como objetivos a obtenção de ganhos em saúde, garantir a prestação de cuidados humanizados e que garantam o cumprimento e respeito pelos direitos dos utentes, melhorar o acesso aos serviços e melhorar a

qualidade dos cuidados prestados (Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. [HESE, E.P.E., 2018).

O hospital em questão situa-se num município com 52.664 habitantes (2018), no entanto tem uma área de influência direta que abrange 156.207 habitantes do provenientes do Alentejo Central e uma influência indireta de 321.903 habitantes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral, o que no total corresponde a uma área de influência de 478.110 habitantes. No ano de 2017 ocorreram 73.241 episódios de urgência, sendo que destes, 27,9% correspondem a episódios de urgência de crianças e jovens em idade pediátrica. Em relação aos episódios de Hospital de Dia, do total de 23.996 episódios no referido ano, 6,9% correspondem a crianças e jovens até aos 18 anos de idade. No que diz respeito aos episódios de internamento, o serviço de Pediatria assegurou 9,6% do total dos internamentos no ano de 2017 (HESE,E.P.E., 2018).

A equipa multidisciplinar é constituída por pediatras e internos de pediatria, enfermeiros, assistentes operacionais e uma assistente administrativa. A equipa de enfermagem é composta por 16 enfermeiros, contando com uma enfermeira-chefe de Carreira e uma enfermeira responsável. Toda a equipa é composta por EEESIP ou em processo de conclusão da sua formação especializada. O método de trabalho é individual e são distribuídos os doentes por cada enfermeiro em cada turno. Os registos informáticos são realizados no programa *Alert.*

2.1.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O estágio de 4 quatro semanas integrado no Estágio Final decorreu num hospital de referência da ARS Alentejo, o mesmo hospital no qual decorreu o estágio no internamento de Pediatria. A região do Alentejo teve uma Taxa Bruta de Natalidade de 7,6% no ano de 2018 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2020), a taxa mundial de partos pré-termo é de cerca de 11% a nível mundial e de 8% em Portugal. Destes, 1,2% correspondem a prematuros com menos de 32 semanas de gestação. Segundo os dados do INE (2020), entre 2013 e 2018 aumentou a percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2 500 gramas), que corresponde a cerca de 9% do total de nados vivos nascidos em 2018. Para além disso, no mesmo intervalo de anos, verificou-se um aumento de nados vivos prematuros que corresponde a 8% dos nados vivos de 2018, total de 6 922 recém-nascidos (RN) pré-termo com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação.

A UCIN é considerada pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil como um hospital de Apoio Perinatal Diferenciado desde 2001. Tem uma lotação de 12 camas, divididas por três salas: Sala A (Cuidados Intensivos), Sala B (Cuidados Especiais) e Sala C (Cuidados Mínimos). Possui ainda 3 quartos destinados aos pais que pernoitem durante a noite (Hospital do Espírito Santo de Évora, 2020). Esta unidade recebe diariamente recém-nascidos pré-termo e de termo nascidos neste hospital ou provenientes de outros hospitais dentro da sua área de influência. Recebe ainda recém-nascidos até aos 28 dias de idade provenientes do domicílio e que necessitem de cuidados de internamento.

Conta com uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte enfermeiros, pediatras, assistentes operacionais, fisioterapêuticas e uma assistente administrativa. A equipa de enfermagem é composta por 23 elementos, todos elementos EEESIP. O método de trabalho adotado é o individual e os registos clínicos são realizados em suporte papel e arquivados no processo clínico de cada recém-nascido.

2.2. Diagnóstico de Situação

Trata-se da primeira fase da metodologia de projeto e procura elaborar um relatório descritivo sobre o problema identificado e sobre a realidade onde se vai intervir. Para desenvolver um projeto na área da saúde devem ser identificadas as necessidades existentes com o intuito de responder a essa necessidade/ problema real através de estratégias e intervenções para que sejam criadas respostas de qualidade e que suprimem as necessidades da população (Ferrito et al., 2010).

É um processo dinâmico e contínuo, deve ser realizado num tempo útil e com o conhecimento e aperfeiçoamento corretos para que possam ser implementadas medidas adequadas e pertinentes (Ferrito et al., 2010).

Importa acrescentar determinados conceitos como a necessidade e problema. O problema em saúde refere-se como algo julgado como deficiente. Por outro lado, existem as necessidades, que podem ser classificadas como reais, expressas ou não-expressas. Assim, o diagnóstico de situação prevê que em primeiro lugar seja definido o problema e posteriormente sejam identificadas as necessidades, a par dos fatores que conduzem aos problemas e as consequências que advêm dos mesmos. Os problemas devem ser identificados de forma qualitativa e quantitativa (Ferrito et al., 2010).

Subdivide-se em quatro etapas, são elas: a identificação dos problemas existentes no contexto em estudo; o estudo e prognostico da evolução dos problemas; estudo das causas dos problemas, a identificação das necessidades e o percurso necessário para percorrer entre a realidade atual e o resultado desejado (Tavares, 1990, citado por Ferrito et al., 2010).

A identificação do problema corresponde à primeira fase da elaboração do projeto e trata-se de um elemento fundamental neste processo. De uma forma geral, os problemas podem advir da opinião de especialistas de um determinado contexto, de bases de dados, de sugestões ou questões deixadas em aberto em investigações anteriores. Este deve ser concreto e real, reunir condições para ser estudado, ser operacionalizado através de uma hipótese cientifica, ter importância tanto a nível prático como teórico e ser claro e compreensível para os profissionais da área (Ferrito et al., 2010). “Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma elucidação ou modificação” (Fortin, 2009, p. 67). A escolha da temática está ligada à disciplina ou profissão do investigador e relacionado com preocupações clínicas ou profissionais (Fortin, 2009).

Assim, os temas de estudo podem surgir de diversas conjunções como os contextos clínicos, as observações, os trabalhos publicados e as teorias existentes sobre o tema. Pode ser inspirado na observação de situações problemáticas observadas em contexto de trabalho que muitas vezes conduzem ao conhecimento mais geral sobre a temática (Fortin, 2009). Neste sentido, a escolha deste tema como objetivo do nosso estudo, deve-se à observação da problemática em contexto clínico, diariamente, na nossa prestação de cuidados, como uma matéria sobre a qual os enfermeiros revelam ter dúvidas e receios acerca do processo de atuação e os procedimentos a adotar.

Por outro lado, os trabalhos publicados e a investigação existente sobre o tema constituem uma fonte de estudo, visto que as questões anteriormente debatidas podem ser discutidas sob outro ponto de vista (Fortin, 2009). Neste sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema (explicitada no capítulo anterior), nomeadamente acerca do papel do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos a crianças e jovens e a sua atuação nestes casos, bem como a prevalência dos maus tratos a nível nacional.

> Segundo Silva, Afonso, & Silva, 2014, p. 72, "Os estudos de investigação, à escala internacional, nacional, ou local, permitem

> documentar o facto de que os maus-tratos constituem um grave problema de saúde, que afeta uma larga parcela da população nas primeiras décadas da vida, sendo que, atualmente, já dispomos de várias e valiosas ferramentas de trabalho que nos orientam e regem para uma melhor prestação perante estes casos, como é o exemplo do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção".

Para além disso, os temas sociais podem constituir temas de estudo (Fortin, 2009). Desta forma, considerámos os maus tratos a crianças e jovens, como um problema social, na medida em que se trata de uma realidade existente na nossa sociedade, com repercussões graves para estas crianças e jovens e que toda a comunidade deve ter uma intervenção ativa nesta temática e o superior interesse a criança, princípio norteador na intervenção do estado e na Constituição da República Portuguesa, assinala o dever da sociedade e do estado em proteger as crianças, jovens e famílias.

Segundo a CNPDPCJ (2019) no Relatório anual da avaliação da atividade das CPCJ do ano de 2018, existiram no total 13 905 situações de perigo diagnosticadas. Destas, 5999 (43,1%) referem-se a casos de negligência, 2606 (18,7%) referem-se a comportamentos de perigo na infância e juventude, 2422 (17,4%) dizem respeito a situações de violação do direito à educação e 1661 (11,9%) referem-se a casos de violência doméstica. No referido ano existiu um volume de 61291 processos abertos a nível nacional, sendo que no total foram 60 493 crianças e jovens foram acompanhados pelas CPCJ. No Distrito de Évora foram realizadas 491 comunicações, sendo que destas foram realizados 185 diagnósticos de maus tratos.

> Do total nacional, relativamente às entidades sinalizadoras, os estabelecimentos de saúde correspondem a 4,7% CNPDPCJ (2019). Está estabelecido que as entidades com competência em matéria de infância e juventude (escolas, municípios, o centro de saúde, o hospital, entre outros) têm como funções: "-Avaliar, diagnosticar e intervir em situações de risco e perigo; -Implementar estratégias de intervenção necessárias e adequadas à diminuição ou erradicação dos fatores de risco; -Acompanhar a criança, jovem e respetiva família em execução de plano de intervenção definido pela própria entidade, ou em colaboração com outras entidades congéneres; -Executar os atos materiais inerentes às medidas de promoção e proteção aplicadas pela comissão de prote-

> ção ou pelo Tribunal, de que sejam incumbidas, nos termos do acordo de promoção e proteção ou da decisão judicial " (CNPDPCJ, 2019, p. 16).

A par da escolha do tema, importa também definir a população-alvo, isto é, a população estudada junto da qual se recolherá a informação e que tem características comuns que a definem como tal. Não sendo possível estudar a totalidade da população-alvo, estudar-se-á uma amostra representativa da mesma (população acessível) (Fortin, 2009). A amostra utilizada neste estudo trata-se de uma amostra não probabilística acidental, na medida em que foi local e o momento que determinaram a sua escolha. Trata-se de uma amostra acidental ou denominada de conveniência que determina que os indivíduos da população-alvo estejam acessíveis e que correspondam a determinados critérios de inclusão e tem como desvantagens o facto de ser uma amostra pouco representativa da população em geral e daí que a generalização seja limitada (Fortin, 2009).

Em suma, o diagnóstico de situação é a etapa na qual se identifica o problema através dos instrumentos de colheita e análise da informação eleitos. Para a elaboração do diagnóstico de situação, as formas mais utilizadas são a entrevista, o questionário, métodos de análise de situação como a análise SWOT, cadeia de valores, FMEA e *Stream Analysis*. A observação é uma questão de extrema importância na medida em que permite compreender o contexto e os intervenientes em questão. Os questionários podem ser abertos ou fechados e quanto mais fechados forem, mais terão vantagens no uso em amostras grandes. Pelo contrário, os questionários abertos permitem obter respostas mais personalizadas e deverão ser utilizados em amostras mais pequenas. As escalas de avaliação, como o exemplo da Escala de *Likert*, permitem que o sujeito responda numa escala gradual entre o acordo e o total desacordo. Por outro lado, a entrevista é um meio de diagnóstico que pode ser utilizado de forma individual ou em grupo com o intuito de recolher informação (Ferrito et al., 2010). Assim, elegemos o uso de questionário **(Apêndice B)** com o intuito de recolher os dados e tratar e organizar a informação de forma rigorosa e detalhada. O mesmo encontra-se dividido em duas partes e tem como objetivo identificar o conhecimento e a atuação por parte das equipas de enfermagem a exercer funções em diferentes contextos pediátricos (Cuidados de Saúde Primários, serviço de Urgência Pediátrica, UCIN e internamento de Pediatria) acerca da problemática dos maus tratos a crianças e jovens .Na primeira parte será

caracterizada a amostra e na segunda parte será abordada a temática dos maus tratos a crianças e jovens.

Foram tidos em conta todos os aspetos éticos e legais na aplicação dos questionários dirigidos aos enfermeiros através da autorização formal das referidas instituições, aprovação pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre e, individualmente, através do consentimento informado, livre e esclarecido assinado por cada Enfermeiro que aceitou participar neste estudo. Importa referir que, previamente à aplicação dos referidos questionários, foi apresentado projeto aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores de cada local de estágio, o que nos permitiu verificar a pertinência da problemática a estudar. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente.

A amostragem da USF é constituída por 5 enfermeiros, todos participaram, o que revela uma taxa de adesão de 100%. Todos os elementos são do sexo feminino, 2 elementos têm entre 40-49 anos (40%), outros 2 elementos têm entre 50-49 anos (40%) e 1 elemento tem entre 30-39 anos (20%). No âmbito das habilitações literárias, 2 elementos têm Licenciatura em Enfermagem (40%) e os restantes 3 elementos são detentores de cursos de pós-licenciatura em enfermagem (60%): 1 com Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (20%), 1 com especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (20%) e o outro elemento restante com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica. No que diz respeito à experiência profissional, 4 elementos têm entre 10 a 14 anos de experiência profissional (80%) e apenas 1 elemento tem entre 5 a 9 anos (20%). No âmbito da formação contínua em serviço, 4 elementos (80%) referiram já ter assistido a formação sobre o tema e apenas 1 elementos respondeu negativamente (20%).

A amostragem de UUP foi composta por 16 enfermeiros de um total de 25, o que corresponde a uma taxa de adesão de 64%. Destes, 100% dos participantes são do sexo feminino e, em relação às idades: 5 enfermeiros têm entre 20 a 29 anos (31,2%), 6 enfermeiros têm entre 30 a 39 anos (37,5%), 2 têm entre 40 a 49 anos (12,5%) e 3 têm entre 50 a 59 anos de idade (18,7%). No que diz respeito às suas habilitações literárias, metade dos enfermeiros (n=8, 60%) detém o grau de Licenciatura em Enfermagem, 3 (18,7%) são Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 3 (18,7%) são Mestres em Enfermagem e Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 (6,25%) é Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 1 (6,25%) é Licenciado em Enfermagem com Pós-Graduação em

Neonatologia. Por outro lado, 37,5% (n=6) tem entre 0 e 4 anos de experiência profissional, 4 enfermeiros (25%) têm experiência profissional > a 20 anos, 3 enfermeiros têm entre 9 e 14 anos de experiência profissional (18,7%), 2 enfermeiros contam entre 15 a 19 anos de experiência profissional (12,5%) e 1 enfermeiro com entre 5 a 9 anos de experiência (6,25%). Relativamente à questão colocada na primeira parte do questionário, acerca da assistência de formações sobre o tema dos maus tratos, 13 enfermeiros (81,2%) respondeu "sim" e apenas 3 elementos (18,7%) respondeu "não".

No serviço de internamento de Pediatria, dos 16 elementos que integram a equipa, participaram 10 elementos, o que corresponde a 62,5% de adesão. A equipa é apenas constituída por elementos do sexo feminino (100%) e relativamente à distribuição das idades: 4 elementos têm entre 40-49 anos (40%), 3 elementos têm entre 30-39 anos (30%), 2 elementos têm entre 20-29 anos de idade (20%) e 1 elemento entre os 50-59 anos (10%). 7 enfermeiros inquiridos são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (70%), 2 enfermeiros têm a Licenciatura em Enfermagem (20%) e 1 enfermeiro tem o Mestrado em Enfermagem com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (10%). 6 enfermeiros têm entre 0-4 anos de experiência profissional no serviço (60%), 2 enfermeiros têm entre 15-19 anos de experiência (20%), 1 tem 9-14 anos de experiência (10%) e o restante elemento tem mais de 20 anos de experiência profissional (10%). 8 elementos (80%) referiram ter tido formação sobre o tema dos maus tratos e apenas 2 (20%) respondeu à questão colocada de forma negativa.

Na UCIN a taxa de participação foi de 52,1% na medida em que participaram neste estudo 12 dos 23 elementos que constituem a equipa de enfermagem. Todos os elementos que participam são do sexo feminino, o que corresponde a 100%. No que concerne às idades, 6 elementos (50%) têm entre 30-39 anos de idade, 3 têm 40-49 anos (25%) e os restantes 3 têm entre 50-59 anos (25%). 100% da amostra é especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 4 enfermeiros têm entre 0-4 anos de experiência em Neonatologia (33,3%), 4 tem mais de 20 anos de experiência profissional (33,3%), 2 elementos têm entre 15 a 19 anos de experiência (16,6%), 1 elemento tem entre 5-9 anos de experiência (8,3%) e o restante elemento da amostragem tem entre 9 a 14 anos de experiência (8,3%). Relativamente à questão "No âmbito da formação continua, assistiu a alguma sessão de formação sobre a temática dos maus tratos a crianças e jovens?", 7 elementos (58,3%) responderam "Sim" e 5 responderam que "Não", o que corresponde a 41,6% do total da amostra.

Na segunda parte do questionário, os dados serão apresentados de modo agregado, de modo a compreendê-los através de uma visão geral, o que corresponderá à realidade da amostragem (43 enfermeiros). Assim, em relação à capacidade para detetar situações de maus tratos de acordo com as diferentes tipologias **(Figura 1),** verificou-se a maioria dos enfermeiros inquiridos revela sentir-se capacitado para o fazer. De salientar que em relação ao síndrome de *Munchausen* por procuração, 51,1% refere sentir-se "pouco capaz" de detetar potenciais situações de risco. De um modo geral, a amostra revela sentir-se mais capaz de detetar situações de maus tratos físicos, emocionais e situações de negligência. No reverso da medalha, refere sentir-se menos capaz de detetar situações de abuso sexual e síndrome de *Munchausen* por procuração.

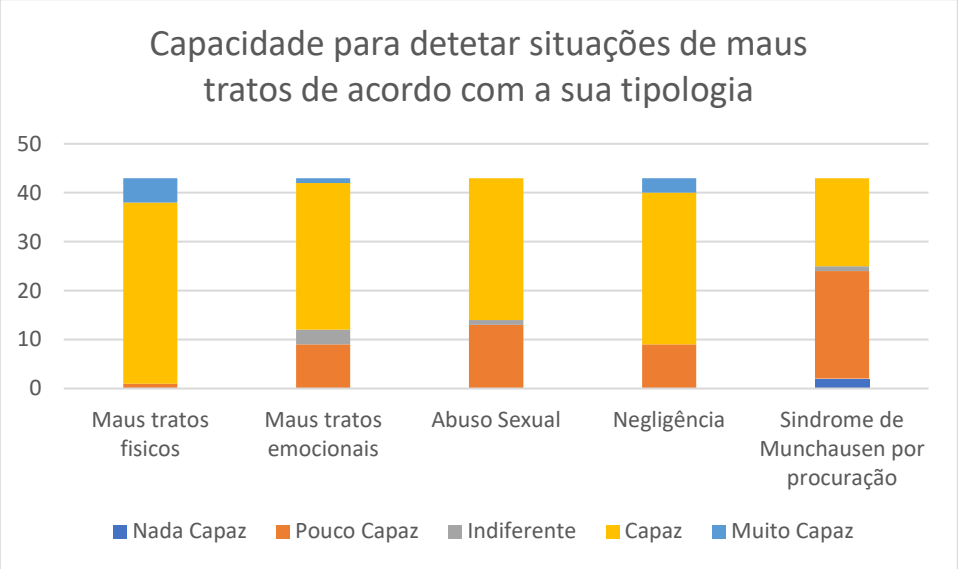


Figura 1. Distribuição da resposta dos Enfermeiros em relação à capacidade para detetar maus tratos de acordo com as diferentes tipologias; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Em relação aos sinais e sintomas que uma criança/ jovem que seja uma potencial vítima de maus tratos **(Figura 2)**, a maioria da amostra respondeu corretamente às questões colocadas, existindo uma pequena parte que responde "Não sei" e outros que respondem erradamente.

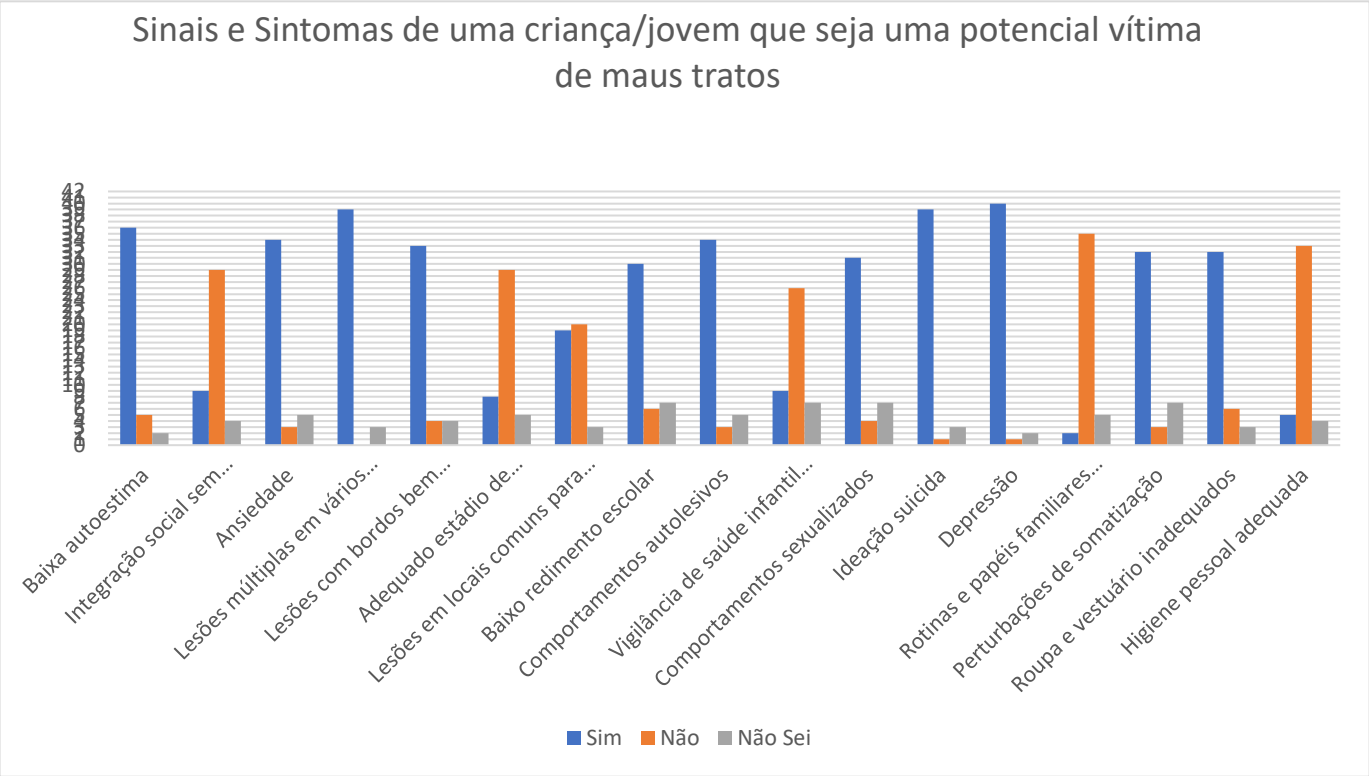


Figura 2. Resposta dos enfermeiros aos sinais e sintomas de uma criança/ jovem potencial vítima de maus tratos; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Relativamente aos fatores de risco de maus tratos **(Figura 3),** 33 enfermeiros (76,7%) identificaram a criança portadora de doença crónica como fator de risco. 32 enfermeiros (74,4%) responderam que a hiperatividade constitui um fator de risco e 23 enfermeiros (53,4%) identificaram a parentalidade precoce como fator de risco. Os resultados acima descritos estão de acordo com a literatura consultada, que identifica a hiperatividade, a doença crónica e a prematuridade como fatores de risco para a ocorrência de maus tratos. Por outro lado, apenas 10 enfermeiros (23,2%) identificaram a parentalidade tardia como fator de risco e 12 dos inquiridos (27,9%) identificou monoparentalidade como fator de risco. De um universo de 43 enfermeiros que participaram neste estudo, apenas 17 (39,5%) referiu a prematuridade como fator de risco. 15 enfermeiros (34,8%) identificaram o estilo parental permissivo como fator de

risco para a criança/jovem sofrer de maus tratos, embora a literatura não evidencie esta realidade.

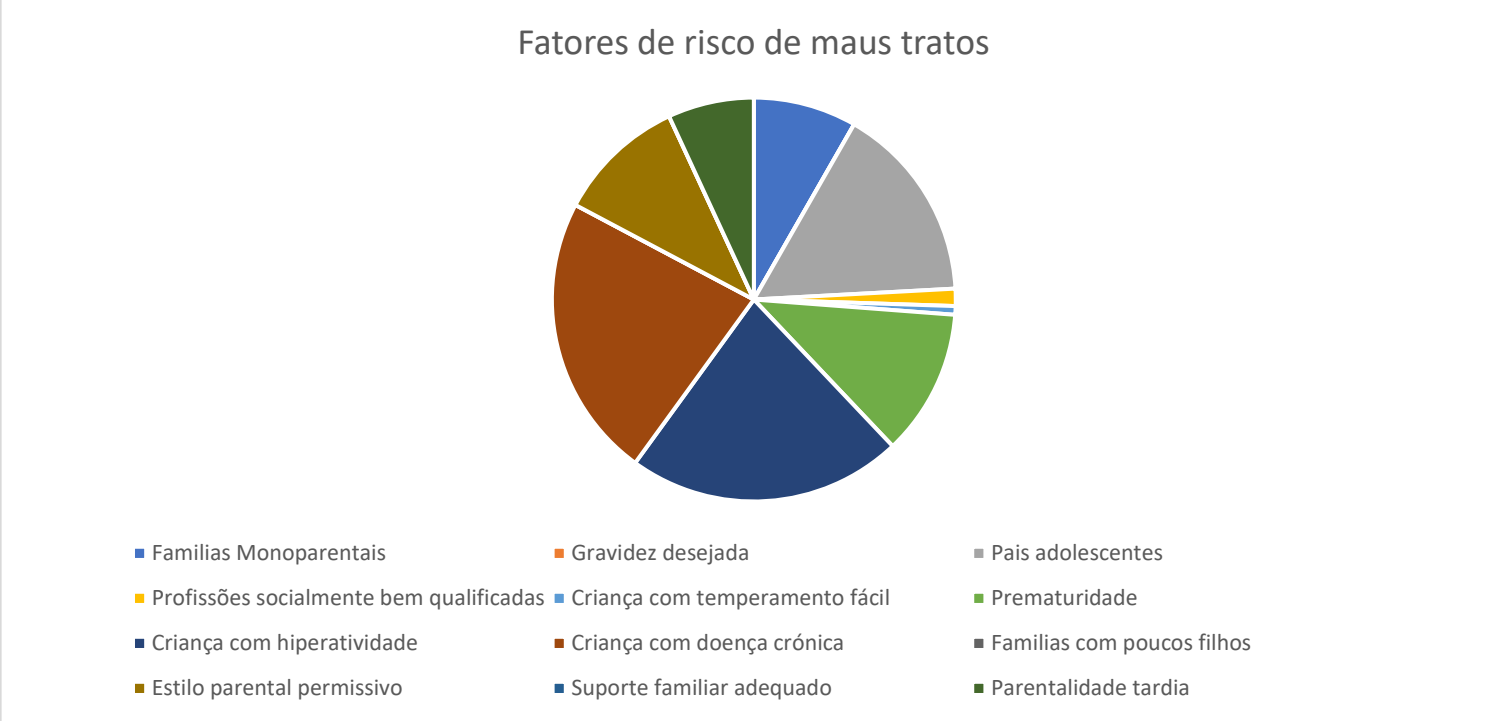


Figura 3. Distribuição da resposta dos Enfermeiros em relação aos fatores de risco de maus tratos; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados

Sobre o contacto com crianças/jovens em que existisse suspeita de maus tratos **(Figura 4)**, de um universo de 43 enfermeiros inquiridos, 27 (62,7%) respondeu que, na sua prestação de cuidados, já teve contacto com uma criança/ jovem que fosse uma potencial vítima de maus tratos. 16 (37,2%) responderam de forma negativa à questão colocada

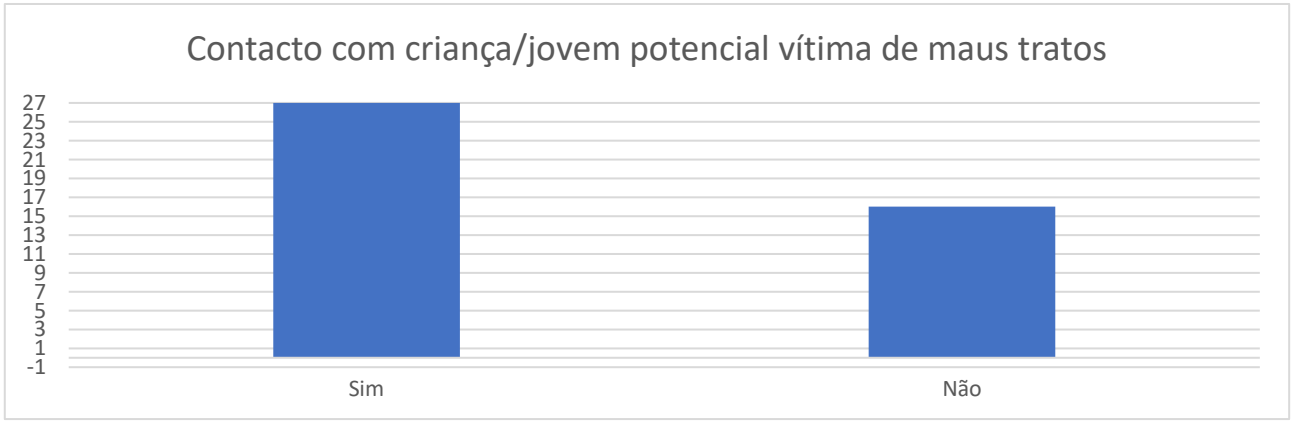


Figura 4. Distribuição da resposta dos Enfermeiros sobre o contacto com criança/jovem potencial vítima de maus tratos; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Por outro lado, quando questionados se já sinalizaram algumas situações de suspeita de maus tratos **(Figura 5)**, 29 dos enfermeiros inquiridos (67,4%) respondeu "Não" e 14 enfermeiros (32,5%) responderam "Sim". Dos que responderam afirmativamente à questão anterior **(Figura 6)**, é possível aferir que a maior parte (n=9) concretizou-se para através dos encaminhamentos para as entidades com competência na matéria (NHAJCR, NACJR e CPCJ). 2 enfermeiros encaminharam a situação para as Assistentes Sociais das instituições em que trabalham e outros 2 para os Médicos de Família das respetivas crianças/ jovens.

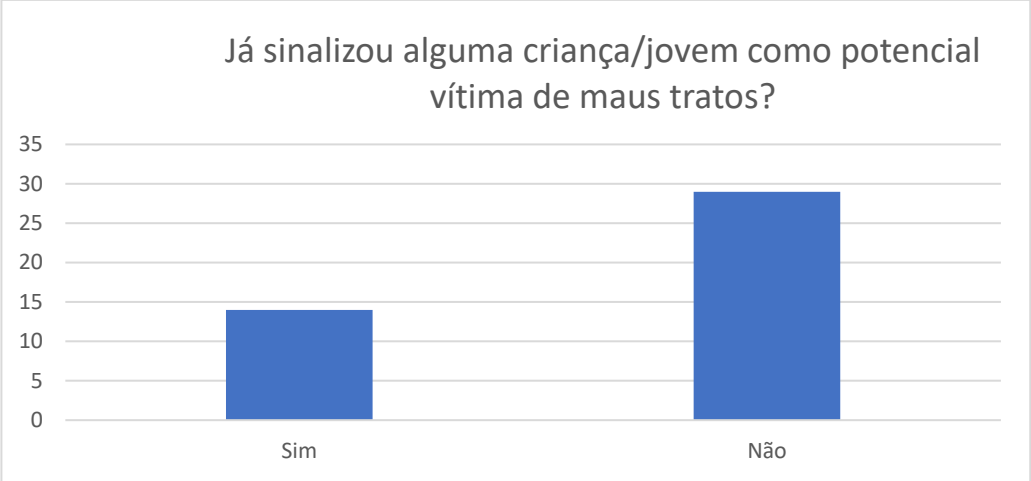


Figura 5. Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre sinalização de situações de maus tratos; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

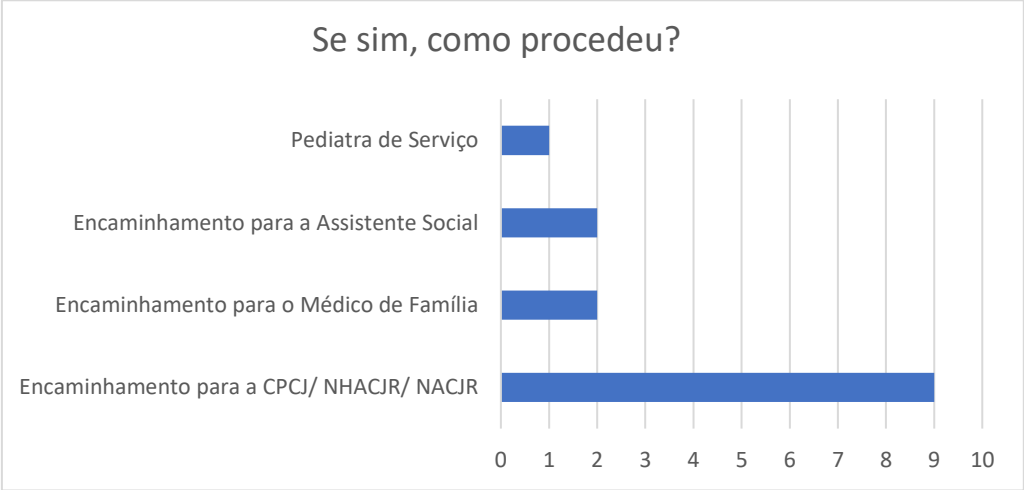


Figura 6. Tipo de encaminhamento da sinalização das situações de maus tratos; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Acerca da questão "Considera-se capacitado para identificar e detetar de forma precoce as situações de crianças/ jovens vítimas de maus tratos?" **(Figura 7)**, da amostra total 25 enfermeiros (58,1%) responderam não se sentir capacitados para identificar e detetar de forma precoce situações de maus tratos a crianças e jovens. Por

outro lado, 18 enfermeiros (41,8%) referem sentir-se capacitados para o fazer na sua prestação de cuidados.

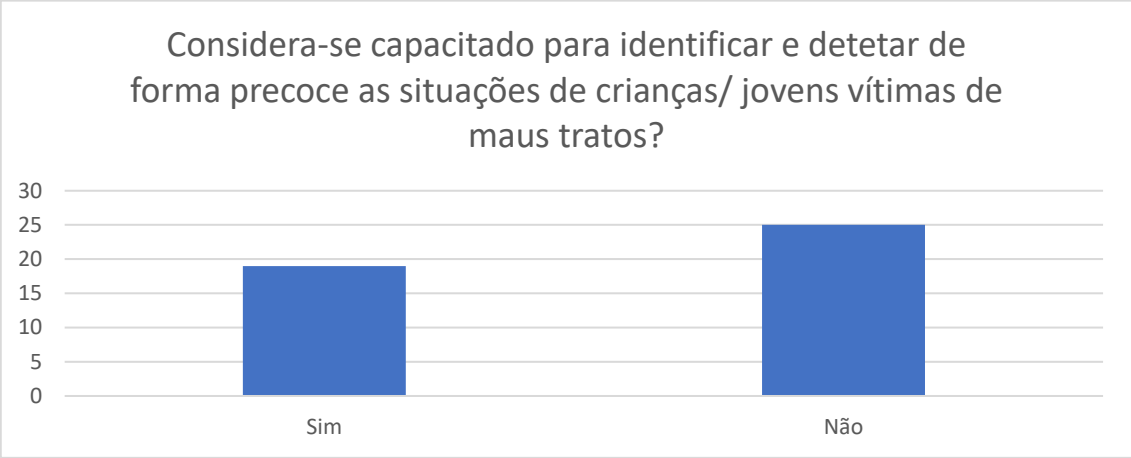


Figura 7. Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre a capacidade de identificar e detetar de forma precoce situações de maus tratos; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

De um universo de 43 enfermeiros que trabalham em contexto de prestação de cuidados a crianças e jovens **(Figura 8)**, 27 (62,7%) refere não conhecer o Guia Prático de abordagem, diagnóstico e prevenção da DGS do ano de 2011 e os restantes 16 (37,2%) refere conhecer o documento em questão.

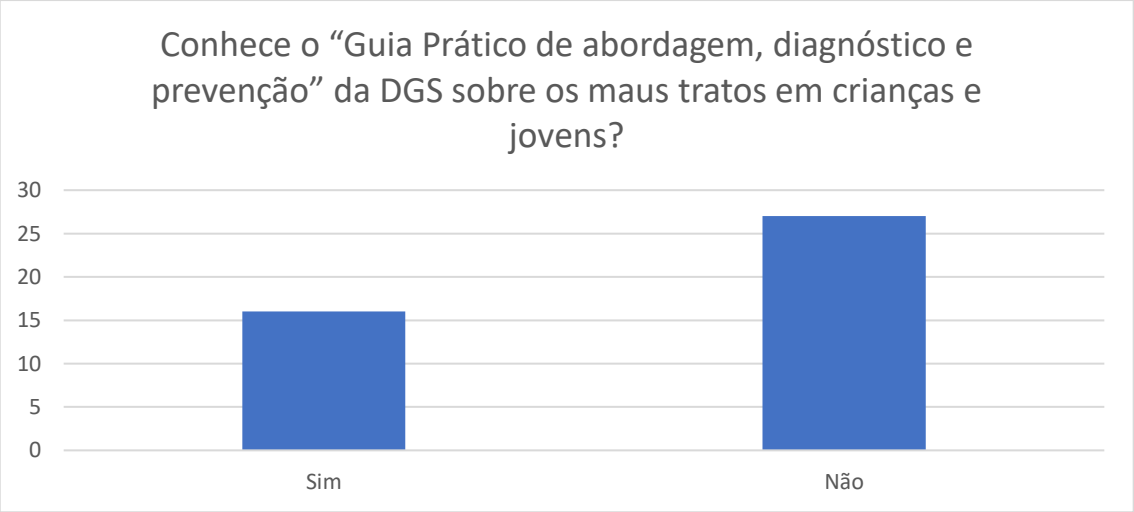


Figura 8.Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre o seu conhecimento do Guia Prático de abordagem, diagnóstico e prevenção dos maus tratos a crianças e jovens da DGS, 2011; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Sobre a existência de normas de atuação acerca da proteção de crianças e jovens em risco **(Figura 9)**, 23 dos inquiridos (53,4%) responderam que no serviço em que desempenham funções estas efetivamente existem. 20 enfermeiros inquiridos (46,5%) responderam que não existem.

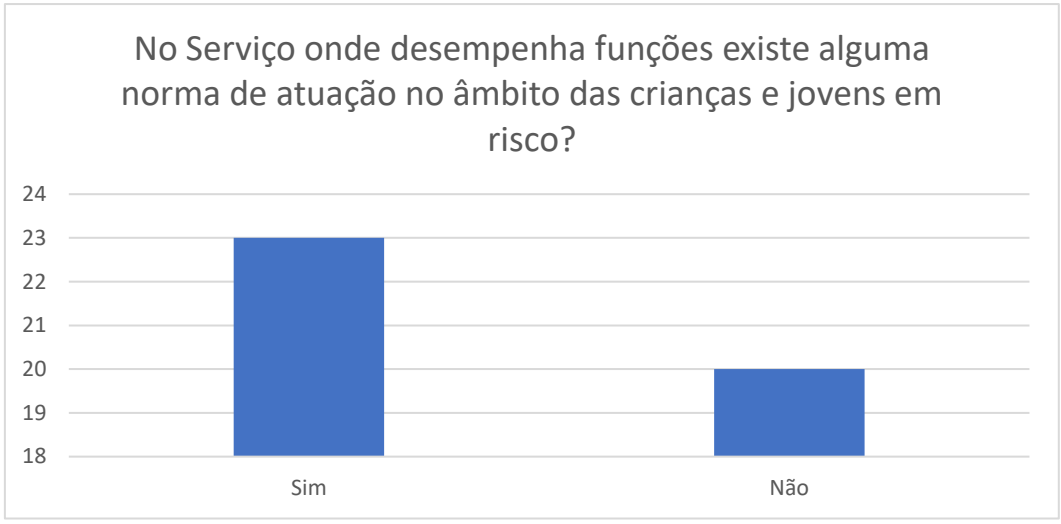


Figura 9.Distribuição da resposta dos enfermeiros sobre a existência de normas de atuação sobre os maus tratos no serviço onde prestam cuidados; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

No que diz respeito à necessidade de formação sobre os maus tratos a crianças e jovens **(Figura 10),** a maioria (n=42) (97,6%) respondeu que considera necessário e apenas 1 (2,3%) dos enfermeiros inquiridos respondeu negativamente à questão colocada.

Ainda sobre esta questão, dos enfermeiros que responderam "sim" à pergunta anterior **(Figura 11)**, 11 (25,5%) responderam que gostariam de ter formação acerca dos sinais de alerta, 6 responderam que gostariam de ter formação sobre os maus tratos em geral, 5 (11,6%) responderam que gostariam que fosse abordada a temática dos maus tratos neonatais e 7 enfermeiros (16,2%) não responderam à questão colocada.

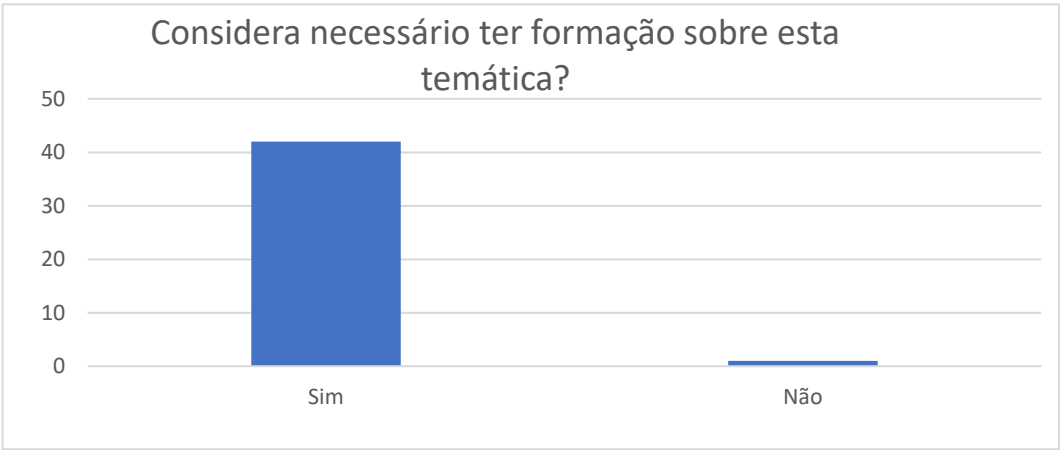


Figura 10.Distribuição da resposta dos enfermeiros sobre a necessidade de formação sobre a temática; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados

Figura 11.Distribuição das necessidades de formação por temas; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Assim, da análise dos dados atrás apresentados pode constatar-se que, em relação à tipologia dos maus tratos e à capacidade do enfermeiro para detetar situações de risco, foi visível que os enfermeiros desta amostra se sentem mais capacitados para detetar precocemente situações de maus tratos físicos, emocionais e situações de negligência. Por outro lado, revelam sentir-se menos capacitados para detetar situações referentes a abuso sexual e síndrome de *Munchausen* por procuração. A literatura evidencia que o abuso físico parece ser mais facilmente identificado quando comparado com a negligência e com o abuso psicológico e emocional (Magalhães, 2010). Por outro lado, o abuso sexual é de difícil diagnóstico uma vez que, por norma, não existem indícios físicos evidentes (Direção-Geral da Saúde, 2011). Em relação ao síndrome de Munchausen por procuração, parece existir alguma relutância por parte dos profissionais de saúde, uma vez que a escassa incidência nacional destes casos, associada à inexperiência a lidar com estes tipos de abuso, conduz a um estado ansiogénico de sinalizar erradamente (Oliveira, 2016).

34,8% da amostra identificaram o estilo parental permisso como fator de risco. Quanto a esta temática e relativamente ao contexto familiar, apenas os estilos parentais demasiado rígidos ou autoritários constituem um fator de risco para a ocorrência de maus tratos (Direção-Geral da Saúde, 2011). O estilo parental autoritário diz respeito a altos níveis de controlo, baixa responsividade, altos níveis de exigência e respeito à autoridade, punindo frequentemente como forma de controlar o comportamento da criança (Cecconello, Antoni, & Koller, 2003).

No que diz respeito à existência de formação sobre a temática dos maus tratos, 74% dos enfermeiros (n=32) que participam neste estudo referem já ter assistido a alguma formação sobre o tema. Apesar disso, 58,1% (n=25) dos inquiridos revela não se sentir capacitado para identificar e detetar precocemente situações de maus tratos. Acerca deste assunto, Silva, Afonso & Silva (2014) revelam que os enfermeiros que têm formação específica sobre os maus tratos a crianças e jovens apresentam um maior conhecimento sobre a deteção e procedimentos de encaminhamento destas situações.

62,7%, isto é, 27 enfermeiros dos 43 incluídos neste estudo refere não conhecer o Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção sobre os maus tratos em crianças e jovens da DGS de 2011. Esta realidade é corroborada pelo estudo de Silva, Afonso, & Silva (2014) que revelou que 78,3% dos participantes do seu estudo não conhecia o documento atrás referido.

Cerca de metade da amostra (46,5%) revela que não existem documentos de apoio (normas de atuação/ protocolos/ orientações técnicas) no serviço onde desempenham funções sobre a sinalização e referenciação de crianças e jovens vítimas de maus tratos ou suspeita destes, o que revela que, apesar de ser uma temática muito trabalhada e que ao longo dos últimos anos tem vindo a ser alvo de atenção em saúde, a verdade é que, é ainda um tema atual e com necessidade de intervenção.

Relativamente à referenciação de crianças e jovens, de um universo de 43 enfermeiros, apenas 14 enfermeiros referiram que na sua prática profissional referenciaram situações de maus tratos, o que corresponde apenas a 32,5% da amostra total. Assim, os resultados obtidos vão de encontro a estudo de Saraiva, Rosas, Valente & Viana (2012) que afirma que os profissionais de saúde têm medo das represálias que possam surgir, medo da necessidade de ser testemunha no processo de investigação ou desconhecimento da legislação existente. Por outro lado, segundo Magalhães (2010), existem fragilidades ao nível da formação profissional que impedem que se detetem e tratem os casos de maus tratos de forma precoce e correta.

Por fim, através da resposta à questão colocada sobre a necessidade de formação sobre o tema, 42 enfermeiros dos 43 inquiridos (97,6%) responderam que sentem essa necessidade. As necessidades mais evidenciadas passam pela temática dos sinais de alerta (25,5%), sessões de formação sobre o tema em geral (13,95%) e maus tratos neonatais (11,6%). 16,2% (7 enfermeiros) não responderam à questão colocada. Segundo Almeida (2019), trata-se de uma temática atual e oportuna no âmbito da

enfermagem pediátrica pelo que é fundamental o desenvolvimento de conhecimentos na área da prevenção dos maus tratos com vista à qualidade dos cuidados. De acordo com Matos (2018), os maus tratos a crianças e jovens constituem uma problemática social e trata-se de uma área transversal a todos os contextos de prestação de cuidados nos quais o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem uma atuação particular.

Face aos resultados obtidos através da aplicação do questionário de diagnóstico de situação, pode concluir-se que, os maus tratos a crianças e jovens são um tema atual e de extrema importância, tratando-se de um problema de saúde pública não pelos fatores causais por si só, mas também pelas repercussões e consequências que advém para as vítimas, que serão os futuros adultos do amanhã (Silva et al., 2014).

Deste modo, podemos concluir que apesar a maioria dos enfermeiros (74%) dos enfermeiros incluídos nesta amostra já ter tido formação sobre a temática dos maus tratos a crianças e jovens e que a maioria refere sentir-se capacidade para o fazer, 97,6% revela sentir necessidade de ter mais formação específica sobre o tema, talvez pela complexidade e especificidade do mesmo.

Para além disso, apenas 32,5% da amostra em algum momento da sua vida profissional já referenciou alguma criança ou jovem que fosse vítima de maus tratos ou suspeita destes, o que nos pode eventualmente revelar que, apesar da formação existente e de cada vez mais ser um tema trabalhado e debatido ao longo destes últimos anos, a verdade é que, possivelmente, os enfermeiros continuam a não referenciar todas as situações passíveis de ser notificadas, ou por desconhecimento da conduta adotar e dos procedimentos a realizar ou por terem algum receio de o fazer.

Os enfermeiros têm legitimidade, obrigação legal e moral, responsabilidade e competências para prevenir, detetar e referenciar estes casos e, nesse sentido, o estudo realizado poderá constituir uma forma de sensibilização sobre as práticas de enfermagem existentes, com vista à melhoria continua da prestação de cuidados em pediatria e consequentes ganhos em saúde.

Desta forma, com base na pesquisa bibliográfica efetuada, no questionário de diagnóstico de situação implementado e nas observações no contexto clínico no qual prestamos cuidados, podemos aferir que:

-Apesar dos esforços de diversas entidades, nomeadamente da Direção-Geral da Saúde e da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens a nível nacional, regional e local, os maus tratos a crianças e jovens continuam a ser um problema emergente e com necessidade de intervenção.

-O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica assume-se como fundamental na defesa e proteção destas crianças e jovens através da deteção precoce, sinalização e prevenção dos maus tratos e na capacitação dos pais de modo conferir-lhe competências parentais levando à prática de uma parentalidade positiva.

-Apesar de os Enfermeiros inquiridos possuírem formação e conhecimentos sobre o tema (74% da amostragem revela já ter tido formação sobre o tema), a maior parte (97,6%) refere necessidade de formação acrescida sobre o tema.

Em suma, das constatações acima referidas, emerge o problema '*Os maus tratos a crianças e jovens com um problema de saúde pública a nível nacional'.* A par da definição do problema surgem as questões de investigação, na medida em que este, segundo Fortin (2009) p. 72, pode definir-se como "uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe (…) Qualquer questão delimita um tema de estudo, precisa a população e os conceitos e comporta uma questão pivô". Desta forma, as questões de investigação definidas para este projeto são: "Quais os conhecimentos dos Enfermeiros da USF, da UUP, do serviço de Internamento de Pediatria e da UCIN sobre os maus tratos a crianças e jovens?" "Qual a atuação dos Enfermeiros da USF, da UUP, do serviço de Internamento de Pediatria e da UCIN nas situações de maus tratos a crianças e jovens ou suspeita destes?"

2.3. Definição dos Objetivos do Projeto

Após formular o problema, torna-se imperativo definir o objetivo da investigação e determinar o que pretendemos realizar no sentido precisar a direção que se quer dar à investigação (Fortin, 2009). Os objetivos constituem representações antecipadas das ações a realizar e para que tal aconteça, é necessário que os problemas sejam claros, concisos e descritos de forma sucinta. Alguns autores defendem que os objetivos devem ser delineados numa fase inicial do projeto, outros reiteram que estes devem delimitados ao longo da realização do mesmo. Os objetivos apontam os resultados e podem ser

gerais ou específicos. Os objetivos gerais devem ser delineados tendo em conta as capacidades e conhecimentos a adquirir e dizem respeito a competências amplas. Por outro lado, o objetivos específicos são indicadores de competências que devem ser adquiridas ao longo do percurso e são o resultado da subdivisão do objetivo geral (Ferrito et al., 2010).

Neste sentido, no contexto da metodologia de projeto foram delineados os seguintes objetivos geral e específicos:

Objetivo Geral:

-Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

Objetivos Específicos:

1. Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens.

2. Sensibilizar as equipas de enfermagem acerca dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível nacional.

3. Otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco.

4. Promover a divulgação dos resultados junto das equipas de enfermagem da região do Alentejo nos seus diferentes contextos de trabalho.

2.4. Planeamento do Projeto

Trata-se da terceira fase do da metodologia de projeto em que é elaborado um plano detalhado, planeando as atividades a desenvolver, os recursos necessários e as limitações e condicionantes do projeto em questão. As atividades serão calendarizadas através da elaboração de um cronograma, que de uma forma interativa e flexível, prevê que as durações e atividades previstas possam ter que ser revistas. As atividades, meios e estratégias elegidos vão de encontro aos objetivos anteriormente delineados (Ferrito et al., 2010).

As atividades têm uma duração, requisitos e custo previstos e podem subdividir-se em tarefas. São exemplos a realização de folhetos, de Sessões de educação para a

Saúde, elaboração de normas, sessões de *role-playing* ou de *brain storming* (Ferrito et al., 2010).

As estratégias dizem respeito à utilização dos meios e estão relacionadas com a capacidade de aplicar uma tarefa de forma eficiente. O seu objetivo é utilizar de forma eficaz os recursos. Podem ser de natureza referente à pesquisa, aos meios de suporte disponíveis ou estar relacionadas com as características de determinada equipa (Ferrito et al., 2010).

Os meios referem-se à determinação dos recursos e são responsáveis pela efetivação das atividades planeadas no âmbito de cada projeto. Podem ser de ordem técnica e material quando relacionados com os equipamentos e tecnologias necessárias para realizar o projeto. Podem ser de ordem financeira, quando se referem a recursos económicos e meios humanos quando dizem respeito a uma equipa com um conjunto de competências e conhecimentos (Ferrito et al., 2010).

O planeamento deste projeto teve início com a elaboração da Proposta de Projeto de Estágio e respetivo plano de trabalho ao Instituto Politécnico de Portalegre, de acordo com as orientações do regulamento do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre da Universidade de Évora, No decorrer dos Estágios, foram também apresentados formalmente os pedidos de autorização às respetivas instituições onde o projeto teve lugar **(Anexos 1, 2 e 3)** e à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre **(Anexo 4).** Neste sentido, apresentam-se em seguida os objetivos específicos e respetivas estratégias e atividades delineadas:

Objetivo específico nº1 - *Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens.*

Por forma a dar resposta ao objetivo específico 1, foi realizada uma completa pesquisa do estado da arte, isto, é uma pesquisa bibliográfica acerca da temática em questão por forma adquirir e consolidar conhecimentos pertinentes e a mais recente evidência. Por outro lado, foi elaborado um artigo original em processo de publicação onde constam os dados resultantes dos questionários aplicados nos quatro locais de estágio acerca da temática do papel do enfermeiro face à proteção de crianças e jovens em risco, nomeadamente sobre o seu conhecimento sobre a prevenção, deteção e sinalização de situações de maus tratos, o que contribuiu para o incremento do conhecimento acerca da temática. De acordo com Fortin (2009), a realização de uma revisão da literatura existente, isto é, dos trabalhos de investigação publicados sobre o

tema, permite definir claramente o tema, perceber o estado da arte e compreender as suas lacunas.

Objetivo específico nº2 - *Sensibilizar as equipas de enfermagem acerca dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível nacional.*

Objetivo específico nº3 - *Otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco.*

Por forma a dar resposta a estes dois objetivos específicos e com base nas necessidades identificadas com no diagnóstico de situação efetuado em cada local de estágio, foram realizadas as seguintes atividades:

-Sessões de formação **(Apêndice C)** destinadas às equipas de enfermagem com o intuito e sensibilizar a população-alvo para a temática e com o objetivo de otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros para intervirem na prevenção, deteção e na sinalização dos maus tratos. Estas sessões decorreram na USF, UUP e serviço de internamento de Pediatria. Em particular, na UUP foi realizada uma sessão de formação acerca da deteção destes casos em contexto de prestação de cuidados no serviço de Urgência, nomeadamente durante o processo de triagem das crianças admitidas neste serviço, uma vez que se trata de uma equipa de enfermagem com alguma rotatividade e que sofreu a integração de novos elementos recentemente. No serviço de internamento de Pediatria foi realizada sessão de formação à equipa de Enfermagem sobre a temática dos maus tratos a crianças e jovens, particularmente acerca da deteção destes casos em contexto de prestação de cuidados de internamento. Na USF foi também realizada uma sessão de forma acerca da temática em questão, em particular sobre os sinais/clínica a ter em conta e sobre os fatores de proteção e fatores de risco no âmbito da vigilância em cuidados de saúde primários. Segundo Tojal (2014), a formação em serviço constitui-se como uma referência importante nas equipas, devendo ter em conta a singularidade dos respetivos destinatários e o seu contexto profissional, de forma a dar resposta às necessidades profissionais de cada indivíduo a nível individual.

-Norma de Enfermagem acerca da sinalização e identificação das situações em que há suspeita de maus tratos no serviço de internamento de Pediatria **(Apêndice D)**, uma vez que a mesma não existia e foram identificadas dúvidas acerca do processo de sinalização.

- Elaboração de materiais para capacitação dos pais/cuidadores nas suas competências parentais de modo a dar resposta ao objetivo específico nº3, na UUP e na UICN. Na USF foi realizado um guia para os pais, onde constam informações fundamentais relacionadas com os cuidados a ter com o recém-nascido, importância da vigilância de saúde infantil e do programa nacional de vacinação, prevenção de acidentes e o desenvolvimento no primeiro ano de vida **(Apêndice E)**. No âmbito do estágio que decorreu na UICN foi realizada uma *Checklist* destinada aos pais, integrada no processo de preparação para alta e no Guia de Alta em vigor na unidade e que aborda e resume as competências e conhecimentos dos quais devem estar dotados aquando da alta do recém-nascido para casa **(Apêndice F).** Segundo Reticena et al. (2019), a parentalidade visa o crescimento e desenvolvimento pleno das crianças e jovens e as intervenções a este nível apontam para a promoção das competências parentais prevê suportar os adultos de referência na aquisição de competências para uma parentalidade positiva e na criação de ambientes saudáveis e seguros.

Objetivo específico nº4 *- Promover a divulgação dos resultados junto das equipas de enfermagem da região do Alentejo nos seus diferentes contextos de trabalho.*

De modo a alcançar este objetivo, foi elaborado um artigo original do tipo quantitativo, descritivo e exploratório realizado entre os meses de junho a dezembro de 2019, através dos questionários aplicados a 43 Enfermeiros pertencentes às equipas de enfermagem de uma USF da ARS Alentejo Central, Serviço de Urgência Pediátrica da ARSLVT e serviços de Internamento de Pediatria e Neonatologia de uma instituição hospitalar do Alentejo. O presente artigo encontra-se em fase de publicação. Segundo Fortin (2009) a ciência advém de um conjunto de observações sistemáticas e resulta da racionalidade e observação empírica, traduzindo-se num conjunto de processos nos quais estão definidos os factos e os pressupostos. De facto, é através do desenvolvimento de conhecimentos provenientes da investigação que a ciência evolui.

2.5. Implementação do Projeto

Seguindo as etapas da metodologia de projeto, a fase de execução do projeto consiste na fase em que “se materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ferrito et al., 2010, p.23). É a etapa em que o que foi planeado se torna

a situação real e são colocadas em prática as ações planeadas. O projeto pode sofrer reformulações à medida que surjam problemas e, desta forma, deverão ser colocadas em prática estratégias de recuperação para garantir a continuidade dos objetivos previamente estabelecidos. É uma fase exigente, que permite uma aquisição vasta de conhecimentos, de competência e serão alcançados os resultados (Ferrito et al., 2010). Conforme planeado, nesta fase serão colocadas em prática as atividades anteriormente programadas e que serão abordadas de forma individual nos parágrafos seguintes. Importa referir que foram formalizados os pedidos de autorização necessários aos Conselhos de Administração e Comissões de Ética das instituições hospitalares em questão e foram garantidos todos os aspetos éticos, deontológicos e legais confinantes a um estudo de investigação. Ao longo dos quatro estágios existiu uma linha de atuação comum a todos, que corresponde ao objetivo geral deste projeto de intervenção – *Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.* Tendo em conta a especificidades e realidade de cada contexto de estágio, foram planeadas atividades pertinentes e com aplicabilidade real com base no diagnóstico de situação previamente efetuado.

Foi realizado um artigo original que se materializou através dos dados recolhidos através dos questionários aplicados nos quatro locais de estágio **(Apêndice G).** Este, apesar te ter sido constituído com uma amostra pequena (43 enfermeiros) e de o tipo de amostragem não permitir realizar generalizações da realidade portuguesa, permitiu-nos compreender o nível de conhecimentos que os enfermeiros da amostra detêm acerca dos maus tratos a crianças e jovens, nomeadamente no que diz respeito às questões ligadas aos fatores de risco e fatores de proteção e sinais e sintomas presentes. Por outro lado, permitiu-nos compreender a avaliação que os enfermeiros da amostragem fazem de si próprios no que toca à capacidade de detetar situações de maus tratos de acordo com a sua tipologia. Em seguida, aferiu-se as atitudes dos enfermeiros neste âmbito, nomeadamente se já sinalizaram alguma criança ou jovem e como procederam. Por fim, foi possível avaliar se esta temática já tinha constituído um tema de formação em serviço e se consideram ou não necessário realizar sessões de formação sobre o tema. Segundo Fortin (2009), a investigação qualitativa preconiza que uma determinada realidade tem sentido num contexto particular. Nesta, o investigador escolhe um tema e estuda-o aprofundadamente, relaciona ideias e factos quem têm sentido para os indivíduos que vivem no fenómeno em estudo. O número de participantes depende dos dados colhidos e o investigador deve garantir que os resultados obtidos traduzem as perspetivas da amostragem e não os próprios. A

investigação qualitativa descritiva visa características de uma população ou fenómenos estudados, através da observação, entrevista ou questionário.

De modo a concretizar os objetivos específicos 2 e 3, nomeadamente **'***Sensibilizar as equipas de enfermagem acerca dos maus tratos a crianças e jovens como um problema de saúde pública a nível nacional' e 'Otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco'*, foram realizadas sessões de formação destinadas às equipas de enfermagem da USF, da UUP e do serviço de Internamento de Pediatria. As mesmas foram incluídas no plano de formação em serviço anual de cada serviço e foram agendadas em dias coincidentes com a formação em serviço já planificada, de modo a rentabilizar os recursos e garantir um maior número de enfermeiros presentes. Previamente às sessões de formação, foram elaborados os respetivos planos de sessão **(Apêndice H),** atendendo às necessidades formativas existentes e tendo em conta a particularidade de cada serviço. O método utilizado foi maioritariamente o método pedagógico expositivo. Segundo Brighenti, Biavatti, & Souza, (2015), este método permite que o formador desenvolva oralmente o assunto a abordar, tendo um papel principal e pode definir-se como um conjunto de procedimentos ordenados que leva os formandos a adquirir conhecimentos ou matérias. No entanto, no decorrer das sessões foi também dado lugar ao método participativo, o que permitiu o diálogo, partilha de opiniões e comentários e esclarecimento de dúvidas, o que se traduziu em enriquecimento dos conteúdos abordados. O software *PowerPoint* foi o suporte informático utilizado para a realização das sessões. A utilização de recursos didáticos como este permite cativar o interesse e atenção dos formandos, reter conteúdos, facilita a interação entre o grupo e constitui um suporte para o discurso do formador (IEFP, 2013).

De modo a avaliar as sessões de formação realizadas, foi elaborado um questionário de avaliação da sessão **(Apêndice I)** que permitiu avaliar os conteúdos abordados, a forma de organização da sessão e a forma como o formador a executou.

No serviço de Internamento de Pediatria foi validada com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, a necessidade de uma norma de procedimento de Enfermagem acerca dos maus tratos a crianças e jovens. Assim, foi elaborada uma norma de procedimentos com o objetivo de capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco através da uniformização das suas práticas e conhecimento dos protocolos a seguir. A mesma foi

realizada com supervisão da Enfermeira Orientadora, da Docente Orientadora, foi validada pelo NHACJR da instituição e apresentada durante a formação em serviço**.** As normas de orientação clínica destinam-se a dar suporte ao profissional na sua prática profissional, permitem o acesso fácil e sistemático à informação relevante e atual e melhoram a prestação de cuidados de saúde (Roque, Bugalho, & Carneiro, 2007).

Na USF, no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários foi validado com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe, a necessidade de elaboração de um material destinado aos pais com o intuito de promover as competências parentais, integrado num projeto em vigor na Unidade, liderado pela Enfermeira Chefe, enfermeira especialista em saúde materna e infantil e pela Enfermeira Orientadora, EEESIP, que visa a preparação para o parto e os cuidados a ter com o recém-nascido. Desta forma, foi criado um Guia em suporte papel com informações importantes sobre os cuidados a ter com o recém-nascido, programa nacional de vacinação e horário da sala de vacinas da USF, calendarização das consultas de vigilância de saúde infantil, prevenção de acidentes e marcos do desenvolvimento no primeiro ano de vida. É esperado pela sociedade que os pais tratem dos seus filhos e que lhes proporcionem ambientes que os levem ao seu desenvolvimento saudável. O desempenho do papel de pais acarreta exigentes mudanças na vida familiar, pessoal, conjugal, profissional e social e, nesse sentido, os enfermeiros devem ter conhecimento científico sobre o processo de transição para a parentalidade de modo a providenciarem a assistência e cuidado às crianças e famílias ao longo do seu ciclo de desenvolvimento (Soares, 2008). “Tornar-se pai e tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível, particularidade esta que distingue a parentalidade das restantes transições” (Soares, 2008, p. 16).

A par do Guia para os pais realizado na USF, foi realizado na UCIN uma *Checklist* para os pais, integrado no Guia de Alta da unidade no qual é feito um resumo das matérias/competências que os pais devem adquirir durante o processo de internamento do recém-nascido e que será preenchido pelos mesmos nos dias que antecedem a alta, altura em que já prestam cuidados ao recém-nascido de forma autónoma. Aborda temas como a alimentação, engasgamento, temperatura corporal, higiene e o choro do bebé. Os EEESIP ocupam uma posição privilegiada no que diz respeito à promoção das competências parentais na medida em que têm uma relação de proximidade com o RN e respetiva família no contexto da prestação de cuidados. Neste sentido, esta *Checklist* surgiu da necessidade de abordar a temática dos maus tratos de forma transversal aos contextos de estágios. Desta forma, uma vez que a literatura reitera que os recém-

nascidos prematuros são considerados de risco para a ocorrência de maus tratos e abandono, decidimos tratar a temática na perspetiva da intervenção primária, no sentido de prevenir os maus tratos através da promoção das competências parentais, promoção da parentalidade positiva, da vinculação e da parceria de cuidados com vista à promoção da saúde do recém-nascido. Segundo Lopes, Catarino & Dixe (2010) a parentalidade positiva diz respeito a um conjunto de funções e competências por parte dos pais para que possam cuidar dos seus filhos, baseados em comportamentos e valores que visam o superior interesse da criança. Reconhece os pais e crianças como portadores de direitos e obrigações e implica o carinho, o respeito e o envolvimento parental como variáveis fundamentais.

2.6. Avaliação e Discussão dos Resultados Obtidos

A fase de avaliação é constituída pela avaliação intermédia/ depuração que se realiza no decorrer da execução do projeto e pela avaliação final, realizada na fase final do mesmo, avaliando o processo evolutivo e o produto final. A avaliação intermédia é uma fase de reflexão sobre o caminho percorrido, permitindo alterar, rever e criar novas hipóteses, dado que este processo é dinâmico. Por outro lado, na fase final, avaliação tem é um papel de extrema importância e implica a consecução dos objetivos atrás definidos. A avaliação formativa inclui avaliação e análise crítica do projeto. São exemplos de instrumentos de avaliação as discussões em grupos, os questionários e as entrevistas (Ferrito et al., 2010).

A avaliação deve ter em conta fatores como a coerência entre o projeto e o problema, deve ser dotada de elementos que permitam a melhoria, a eficiência e eficácia. Em relação à sua tipologia, pode ser operatória (orienta as tomadas de decisão), permanente (no decorrer do projeto), participante (associa os elementos pertencentes ao projeto à avaliação) e formativa (com o intuito de aprender mutuamente) (Ferrito et al., 2010).

A avaliação intermédia foi realizada durante as fases de planeamento e execução e a execução do referido projeto foi realizado durante a aprendizagem clínica no âmbito dos estágios em Cuidados de Saúde Primários e Cuidados em meio hospitalar. Neste sentido, a aplicação dos questionários de diagnóstico nos diferentes locais de estágio permitiu-nos conhecer a população-alvo eleita, bem como os seus conhecimentos e formas de atuação acerca dos maus tratos a crianças e jovens. Da análise destes dados

foi elaborado um artigo original quantitativo descritivo exploratório denominado "Prevenção e sinalização de maus tratos em crianças e jovens: conhecimento e atuação dos enfermeiros**"** para posterior publicação. Desta forma, será dada resposta ao objetivo específico nº4 que pretende promover a divulgação dos resultados junto das equipas de enfermagem da região do Alentejo nos seus diferentes contextos de trabalho. Segundo Ferrito et al. (2010) trata-se da fase em que se divulgam os resultados à população em geral e outras entidades importantes que sejam pertinentes no enquadramento da temática. Tem o objetivo de informar o público e pode ocorrer em vários contextos tais como congressos, seminários, reuniões, poster ou publicação em revistas científicas. Outra forma de divulgação dos resultados é através da realização de um relatório de projeto e, tratando-se este de um documento onde concretiza todo o desenvolvimento da metodologia de projeto e um instrumento fundamental para transmitir informação e conhecimento. O relatório deve estar estruturado de acordo com o público-alvo, a informação que contém deve ser de qualidade e orientada para ação, ser geradora de conhecimento útil e sistematizado e deve estar organizado de forma clara, concisa e objetiva. Deve ser transparente e assertivo na sua redação, de fácil leitura e com a dimensão adequada. Assim, a divulgação dos resultados é um dever ético do investigador, por forma a acrescentar conhecimento à comunidade cientifica e deve expor as limitações do estudo e deixar questões abertas para outros investigadores (Ferrito et al., 2010).

Por outro lado, a realização das sessões de formação dirigidas às diferentes equipas de enfermagem e a elaboração de uma norma de atuação no serviço de Internamento de Pediatria, concederam-nos a possibilidade de dar resposta aos objetivos 2 e 3 atrás mencionados. Acerca das sessões de formação realizadas, é importante referir que na USF estiveram presentes 5 elementos de enfermagem, o que corresponde a 100% de adesão à sessão de formação. Na UUP estiveram presentes 16 enfermeiros dos 25 que compõem a equipa de enfermagem, o que corresponde a 64% de adesão. No serviço de internamento de Pediatria estiveram presentes 12 elementos de um total de 16, o que totaliza uma taxa de adesão de 75%. De salientar que 100% dos enfermeiros da USF, 85% dos enfermeiros da UUP e 100% dos Enfermeiros do internamento de Pediatria classificaram a relevância do tema abordado como score 4- "Muito Bom". À questão colocada "Considera que os conteúdos abordados nesta sessão de formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a temática em questão?" 100% dos enfermeiros dos 3 serviços em questão responderam "Sim". O **Apêndice J** apresenta a análise completa dos dados

resultantes dos questionários de avaliação das sessões realizadas ao longo deste percurso.

Por outro lado, a elaboração do Guia para os Pais no âmbito do estágio na USF e a *Checklist* de preparação para a alta durante o estágio na UICN permitiu-nos otimizar estratégias para capacitar os pais e cuidadores na adoção de medidas potenciadoras da parentalidade positiva e da promoção das suas competências parentais como medida preventiva para a ocorrência de maus tratos.

De um modo geral, através do cumprimento das fases da metodologia de projeto e do planeamento e efetivação das atividades elegidas, consideramos ter concretizado os objetivos geral e específicos delineados e substantificar o projeto visado.

3.O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA

A formação em enfermagem tem como objetivo dotar os profissionais de conhecimentos de modo a desenvolverem competências em variadas áreas da saúde e da profissão, tais como a tomada de decisão, comunicação, liderança e formação contínua. Por outro lado, as competências relacionam-se com o "saber" e o "fazer com qualidade", no âmbito do contexto de prestação de cuidados, através da aplicação de conhecimento e habilidades nos domínios da promoção, prevenção e reabilitação em saúde, agindo de acordo com as diretrizes do sistema de saúde existente, dotados de um pensamento crítico que lhes permita procurar soluções para os problemas existentes (Vieira et al., 2016).

A garantia do cumprimento das competências, assegura que o enfermeiro seja dotado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que emprega na sua prática clínica e lhe permite identificar as necessidades de uma determinada população e atuar em todos os contextos e níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012). De acordo com Alarcão & Rua (2005) p. 375 "o profissional competente é aquele que evidencia qualidade no seu desempenho, vulgo, é "aquele que executa bem, que não falha", aquele que proporciona qualidade aos "clientes" com os quais interage. O desempenho competente é a face visível da competência". A competência profissional subdivide-se em três subcategorias: a competência cognitiva (que, entre outras, implica a identificação das necessidades do cliente, análise e interpretação da informação obtida, planeamento das atividades e a sua respetiva justificação de acordo com as necessidades e avaliação dos resultados obtidos); a competência técnica (realizar os procedimentos de forma correta,, isto é, segundo as normas vigentes, utilizando o material adequado e possuir destreza manual); por fim, a competência comunicacional (saber ouvir, comunicar eficazmente, efetuar ensinos de forma adequada e oportuna, registar a informação e o estabelecimento de uma relação de ajuda) (Alarcão & Rua, 2005).

Segundo Benner (2001), ao longo do processo de aquisição de competências, materializado ao longo dos anos de experiência profissional, é necessário refletir as aprendizagens provenientes da prática clínica com os conhecimentos teóricos (conhecimento cognitivo) e o comportamento ético. O Enfermeiro "perito" deve ser dotado de conhecimentos técnicos, deve ser capaz de tomar decisões, comunicar de

forma eficaz, ser dotado de flexibilidade, responsabilidade e criatividade, ser crítico e interventivo e ter uma conduta ética e deontológica que suporta a sua posição.

De acordo plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica estão preconizadas duas unidades curriculares em contexto clínico, o Estágio I e o Estágio Final, divididos em quatro locais de estágio distintos: USF, UUP, Internamento de Pediatria e UICN, respetivamente. Desta forma, foi-nos permitido consolidar os conhecimentos e matérias lecionadas na fase teórica deste curso e desenvolver novos conhecimentos e competências a nível prático, estabelecendo uma relação entre as fontes teóricas e a prática diária na prestação de cuidados.

No presente capítulo será realizada uma análise reflexiva com base nos objetivos definidos para o Estágio I e Estágio Final de modo a evidenciar a reflexão na prática clínica, a tomada de decisões alicerçadas nos referenciais teóricos e na evidência científica e descrever e avaliar o desenho e implementação de um projeto de intervenção através da aquisição de competências de Mestre e competências comuns e específicas do EEESIP.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo a OE, 2019, p. 4744, acerca das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro Especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem e que viu ser-lhe atribuído (…) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”.

O conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas em competências comuns e específicas. As competências comuns são idênticas a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e referem-se à capacidade de conceção, supervisão e gestão dos cuidados, formação e contributos na área da investigação e assessoria. Por outro lado, as competências específicas resultam das respostas humanas aos problemas de saúde e processos de vida no âmbito de cada área de especialidade (OE, 2019).

Neste sentido, comecemos pelas competências comuns que se encontram subdivididas nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para adquirir este domínio, é necessária a obtenção das seguintes competências:

A1- "Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019).

A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Estas duas competências assumem-se como guia orientador de uma prática profissional segura, regida pela ética e pelo Código Deontológico da profissão que visa uma prestação de cuidados responsável, com respeito pelos direitos humanos e pelas melhores práticas com base na vontade e escolha do cliente. Na prática profissional diária e no âmbito da nossa formação no presente curso de Mestrado, a prestação de cuidados foi efetivada com base nas referências acima descritas, assim como no cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro e nos princípios abarcados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

Tendo em consideração que os destinatários da nossa prestação de cuidados são as crianças e jovens, é importar enunciar que foram cumpridos os direitos da criança dispostos na Convenção dos Direitos da Criança e os Direitos da Criança Hospitalizada, manifestados na Carta da Criança Hospitalizada.

A deontologia trata a ética das profissões e os códigos deontológicos têm como função uniformizar as práticas e cuidados, instituir deveres e proibições, contribuir para a qualidade dos cuidados prestados e proteger cada classe profissional. Conduzindo ao Código Deontológico do Enfermeiro, foquemo-nos no artigo 99º ao longo do qual se destaca o princípio da dignidade e liberdade da pessoa humana, da responsabilidade profissional, os valores universais intrínsecos à relação profissional enfermeiro-cliente, o respeito pelos direitos humanos e a excelência no exercício da profissão (Assembleia da República [AR], 2015).

> O artigo 103º, acerca dos direitos à vida e à qualidade de vida, afirma que o enfermeiro tem o dever de "atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege a vida humana em todas circunstâncias (…), respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (…) [e] participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida"

Seguindo o fio condutor, o artigo 110º, acerca da humanização dos cuidados refere que o enfermeiro, como responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, deve "dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como um totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (…) .[e] contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa" (AR, 2015, p.8104). Os cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tal como referido no capítulo I deste documento, assentam sobre dois modelos de cuidados: os cuidados centrados na família e o Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Neste sentido, o enfermeiro cuida da criança/ jovem inserida num contexto familiar incluído e assumido como parte integrante no processo de enfermagem. Ao longo dos estágios em diferentes contextos foi promovido o desenvolvimento deste domínio de competências na prestação de cuidados às crianças/ jovens e respetivas famílias ao longo dos 4 locais de estágio. Por outro lado, a nossa experiência profissional enquanto enfermeiros a exercer funções há 5 anos e há 3 anos na área pediátrica em particular, permitiu-nos desenvolver e consolidar as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal como competências fundamentais e inerentes a qualquer Enfermeiro no exercício das suas funções.

Segundo o artigo 104º, sobre o direito ao cuidado, "o enfermeiro deve corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respeito tratamento" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 7). O artigo 105º reitera que o enfermeiro deve assumir o dever de "informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem" (OE, 2015, p.8). O artigo 107º, sobre o respeito pela intimidade refere que o enfermeiro deve "respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família" (OE, 2015, p.9). Neste sentido, ao longo do desenvolvimento de competências no âmbito dos estágios curriculares, foi sempre por nós assegurado que a criança/ jovem e família foram atendidos em tempo útil, que foram explicados todos os cuidados de enfermagem prestados, esclarecidas as dúvidas que surgiram acerca dos mesmos e

que foi respeitada a privacidade da criança/jovem e família durante o exercício das funções. Em particular, na UUP, serviço com muita movimentação e admissão de crianças e jovens e com a sala de triagem com acesso ao hall de entrada e sala de aerossóis, por forma a garantir a privacidade da informação recebida e transmitida, durante a triagem era garantido que as portas se encontravam fechadas ou encostadas. Por outro lado, na UCIN, nas salas A, B e C eram apenas dadas informações gerais aos pais dos recém-nascidos e, sempre que foi necessário reunir com os pais para dar informações específicas acerca do estado clínico dos seus filhos, fizemo-lo na sala de Enfermagem ou Gabinete Médico.

Por outro lado, no âmbito do desenvolvimento do projeto de estágio, foram considerados todos os pressupostos éticos e legais subjacentes a um estudo de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes deste estudo e os dados foram analisados e publicados de modo agregado. Os participantes deram o seu consentimento informado, livre e esclarecido e os foram obtidas as devidas autorizações formais das Comissões de Ética das respetivas instituições em questão e do Instituto Politécnico de Portalegre.

> De acordo com o artigo 100º, o enfermeiro tem o dever de "cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que -contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional".

Neste sentido, durante as reuniões de estágio, em conjunto com as Enfermeiras Orientadoras e a Docente de referência, foi possível analisar criticamente a minha atuação no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, de modo a que nos norteemos pela prestação de cuidados responsável, de forma legal e com respeito pela ética e pela deontologia que rege a profissão. Por outro lado, os momentos de partilha entre as equipas de enfermagem e as equipas multidisciplinares de cada instituição, constituíram momentos de aprendizagem e de análise das práticas realizadas e do processo de tomada de decisão com vista à melhoria dos cuidados prestados. Sobre a proteção e defesa da pessoa humana, importa destacar que durante o estágio no Internamento de Pediatria foram algumas as situações de crianças sem

acompanhamento durante o seu internamento, nomeadamente casos que aguardavam avaliação pelo NHACJR ou resolução por parte do tribunal, na medida em que os pais não estiveram presentes ou que não tinham competências para cuidar. Neste sentido, foi claramente garantida a proteção destas e das restantes crianças internadas e defendido o superior interesse das mesmas através de uma conduta profissional guiada pelas normas, deveres e valores inerentes à nossa profissão.

As competências acerca do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal exigem um conhecimento claro sobre as obras primordiais do respeito pelos direitos humanos, nomeadamente, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e em particular sobre os documentos reguladores direcionados para as crianças e jovens como a Convenção dos Direitos da Criança e os Direitos da Criança Hospitalizada. Por outro lado, enquanto enfermeiros, exige o cumprimento e respeito pelos documentos orientadores da profissão, como o REPE e o Código Deontológico. Assim, analisando a conduta evidenciada ao longo dos estágios e os conhecimentos obtidos ao longo dos cinco anos de experiência enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais, podemos afirmar que as competências deste domínio foram adquiridas.

b) Domínio da Melhoria da Qualidade

Segundo a OE, 2019, p. 4747 no âmbito do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro especialista deve garantir "um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica" (B1). Neste sentido, o enfermeiro especialista promove a criação de projetos a nível institucional, participando na sua conceção e operacionalização no sentido da progressão da qualidade em saúde e da melhoria contínua. A competência B2 diz respeito ao desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p. 4747). Esta competência refere-se à capacidade do enfermeiro especialista para reconhecer a necessidade de avaliação e revisão das práticas e o planeamento, implementação e liderança de programas de melhoria contínua.

O Projeto de Estágio “Crianças e Jovens em Risco: A atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos”, com o objetivo de contribuir para a segurança da criança através da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização,

temática transversal a todos os locais de estágio, permitiu-nos cumprir as competências B1 e B2, na medida em foi exequível conceber a necessidade de rever e atualizar a prática e, nesse sentido, planear, liderar e operacionalizar um projeto assente uma temática oportuna e atual na área da qualidade.

A competência B3 reitera que o enfermeiro especialista "garante um ambiente terapêutico e seguro" (OE, 2019, p. 4747). Consideramos esta competência como atingida na medida em que, ao longo dos estágios, tanto em contexto de cuidados de saúde primários como em ambiente hospitalar, procurámos sempre a prestação de cuidados centrados na pessoa cuidada, respetiva família e ambiente em que está inserida (e o respeito pela sua individualidade), bem como a prevenção de acidentes e a gestão do risco adjacente à profissão. No que toca à gestão do risco e prevenção de acidentes em contexto de trabalho, no decorrer dos estágios respeitámos sempre a missão e os valores de cada instituição, bem como as normas e diretrizes em vigor nas mesmas, utilizando os equipamentos de proteção individual e os protocolos de controlo de infeção vigentes, realizando uma prática profissional segura para os profissionais de saúde e para as crianças e jovens de quem cuidamos diariamente. Por outro lado, a aplicação dos questionários e as entrevistas informais aos enfermeiros-chefes e respetivos enfermeiros orientadores, permitiu-nos levantar as necessidades existentes em cada local acerca da temática dos maus tratos a crianças e jovens e planear intervenções no sentido de colmatar as necessidades previamente existentes, contribuindo para a formação em serviço. Durante o estágio da USF foi-nos possível participar num projeto que estava em desenvolvimento acerca da promoção das competências parentais através das aulas de preparação para o parto e dos cuidados ao recém-nascido. Nesse sentido, participámos em duas sessões dos cuidados ao recém-nascido e realizámos, em conjunto com a Enfermeira Orientadora, o Guia para os Pais como material educativo em suporte papel para entregar aos pais de recém-nascidos da USF e aos pais que participam no referido projeto.

Através da análise detalhada das competências incluídas no "Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade", é possível aferir que é imprescindível que o enfermeiro especialista adote uma atitude proativa e autocrítica da prática, de modo a rever as práticas da equipa e atualizá-las no sentido da procura da melhoria contínua. Neste sentido, após análise da nossa conduta, consideramos que as competências deste domínio foram atingidas.

c) Domínio da Gestão dos cuidados

Este domínio é composto por duas competências: C1- "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" e C2 "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (OE, 2019, p. 4748). Estas competências referem-se à gestão dos cuidados, através da otimização de respostas de enfermagem que garantam a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e da adaptação da capacidade de liderança e de gestão adequadas a cada contexto com vista à qualidade dos cuidados.

Ao longo dos estágios foi clara a necessidade de adaptar os estilos de liderança a cada contexto em particular. Na USF aferiu-se que a prestação de cuidados é preparada de forma antecipada, na medida em que as consultas são agendadas para determinadas datas que frequentemente correspondem às idades-chave preconizadas no PNSIJ e no PNV e, nesse sentido, é possível saber no dia anterior o número de crianças agendadas e as respetivas idades. Em relação à gestão do serviço, a tarefa cabe à Enfermeira Chefe. Na sua ausência, a Enfermeira Orientadora deste estágio, assegura a sua substituição, sendo considerada o 2º elemento de chefia da equipa. Na UUP, a gestão dos cuidados é estabelecida ao longo de cada turno, tendo em conta o número de crianças admitidas e respetiva prioridade atribuída, bem como as situações de emergência que dão entrada no serviço, sendo necessário coordenar recursos humanos e materiais. No âmbito do estágio nesta unidade percebemos a dinâmica de gestão dos cuidados, uma vez que a Enfermeira Orientadora é o 2º elemento de referência na equipa e assume a chefia de equipa sempre que está presente, é responsável pela gestão e logística dos cuidados, pedidos de material, pedidos de medicação, reparação de equipamentos e gestão de conflitos. Na UCIN e no Internamento de Pediatria, tal como referido anteriormente, o método de trabalho é individual, o que permite que cada enfermeiro organize e gira o seu turno com base nas necessidades identificadas nas crianças que estão à sua responsabilidade. Na UCIN pudemos acompanhar a Enfermeira que assume o 2º elemento de chefia nos pedidos de material técnico e medicação, reparação de equipamentos e distribuição dos recém-nascidos pelos enfermeiros escalados em cada turno. No internamento de Pediatria, a Enfermeira Orientadora conta com uma experiência profissional superior a 20 anos, pelo que assume frequentemente o papel de chefe de turno, arcando com as

responsabilidades de gestão dos recursos humanos e materiais, planeamento dos cuidados, gestão dos conflitos e tomada de decisão em cada turno.

Desta forma, considero que, pelo acompanhamento e aprendizagem com os enfermeiros de referência de serviços distintos, foi possível verificar várias formas de gestão de cuidados, adequados a cada equipa e contexto, delegando as tarefas com base na garantia de uma equipa que presta cuidados de qualidade e seguros. Deste modo, é possível aferir que consideramos como atingidas as competências: "C1.1.1.- Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa"; "C1.1.2.- Colabora nas decisões da equipa de saúde"; "C1.1.3.-Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar"; "Reconhece quando deve "negociar com" ou "referenciar para" outros prestadores de cuidados de saúde"; "C1.2.1- Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar"; "C1.2.2.- Cria guias orientadoras das tarefas a delegar"; "C1.2.3- Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou demonstração prática das tarefas a delegar" e "C1.2.4- Avalia a execução das tarefas delegadas" (OE, 2019, p. 4748).

Em relação à competência C2, que engloba as unidades de competência C2.1- "Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados" e C2.2.- "Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos" (OE, 2019, pp.4748-4749), acerca dos estilos de liderança e gestão, consideramos que, por termos tido o privilégio de acompanhar os diferentes estilos de liderança e gestão por parte dos enfermeiros de referência nos diferentes locais de estágios, com particularidades que os identificam e os quais fazem parte de equipas com características singulares, é possível aferir que consideramos como atingidas as unidades de competências e respetivas competências deste domínio.

d) <u>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u>

Este domínio é constituído por duas competências que posteriormente se dividem em unidades de competência com os respetivos critérios de avaliação. Neste sentido, emergem a competência D1 que reitera que o enfermeiro especialista "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" e D2- "Baseia a sua praxis clínica baseada em evidência científica (OE, 2019, p. 4749).

A competência D1 aborda a capacidade do enfermeiro especialista ter a capacidade de se autoconhecer, tendo consciência de si na relação com o outro nos vários contextos da sua vida e a respetiva competência D1.1, que refere que o enfermeiro especialista deve ter "(…) consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro", através da otimização "(…) do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar (…) reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais (…) [e] consciencializa a influência pessoal na relação profissional" (OE, 2019, p.4749). Consideramos que o percurso ao longo dos estágios e a realização do projeto de estágio foram enriquecedores e contribuiram de forma perentória para o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoas e profissionais, assumindo os nossos recursos e limites.

Por outro lado, a competência D2, acerca da atuação e postura profissional baseadas em conhecimento válido, atual e validado na comunidade científica, é fulcral que o enfermeiro especialista se responsabilize por "ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (…) [e suporte] a prática clínica em evidência científica (…) [promovendo] a formação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho" (OE, 2019, pp. 4749-4750). A este nível, destaquemos que ao longo da realização dos estágoios foi possível implementar os conhecimentos adquiridos em sala de aula, no âmbito da formação teórica deste curso de Mestrado. Por outro lado, a prestação de cuidados em ambientes tão distintos, com características que os diferenciam, permitiu-nos desenvolver conhecimento específico para cada área de conhecimento e investir em temáticas para nós menos debatidas e sobre as quais existiam mais dúvidas. Em particular os cuidados de saúde primários, pela sua organização dos cuidados, levou-nos a procurar conhecimento acerca do PNSIJ e do PNV, por exemplo. Por outro lado, a UCIN tratando-se de uma área específica enquadrada na Pediatria, levou-nos a procurar conhecimentos sobre os recém-nascidos pré-termo ou com patologia e sobre as técnicas e procedimentos de enfermagem mais comuns neste serviço. A Pediatria é uma área vasta e o conhecimenho está em constante atualização. Neste sentido, pela nossa experiência profissional apenas em contexto de urgência, não nos sentíamos tão capacitados noutras vertentes da Pediatria. A realização dos estágios permitiu-nos identificar as lacunas de conhecimento existentes, específicas para cada área de prestação de cuidados e levou-nos a desenvolver pesquisa bibliográfica, o que permitiu a aquisição de novas competências teórico-técnicas. De facto, as áreas onde foram sentidas mais

dificuldades foram na USF e UCIN, no entanto, no âmbito dos estágios na UUP e no internamento de Pediatria foram também surgindo dúvidas específicas em relação a determinadas patologias ou terapêutica menos comuns, que foram colmatadas com a realização de pesquisa da evidência científica mais recente.

Por outro lado, a realização do projeto de estágio sobre os maus tratos a crianças e jovens permitiu-nos também contribuir para o cumprimento da competência D2, na medida em que ao longo do percurso foi realizada uma pesquisa intensiva sobre o estado da arte e através da efetivação do projeto desenhado e do desenvolvimento das respetivas atividades, adquirimos um alto nível de conhecimento sobre o tema, contribuindo para a aquisição desta competência. Durante o período dos estágios, tivemos ainda a oportunidade de assistir a uma sessão de formação sobre "Sistemas de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)" **(Anexo 4)** que decorreu durante 3 dias e na qual foram abordados temas como a fisiopatologia da Diabetes Mellitus tipo 1, atuação em caso e hiper e hipoglicémia, cuidados alimentares, os tipos de dispositivos de perfusão contínua de insulina subcutânea, o seu funcionamento e programação dos parâmetros recomendados para cada caso em particular.

O enfermeiro tem a incumbência de manter os seus conhecimentos e práticas atualizados, de modo a prestar cuidados especializados, de qualidade e com base de fundamentos teóricos sólidos. Em suma, a elaboração do projeto de estágio e a realização dos estágios em diferentes contextos permitiram o incremento do conhecimento e a aquisição das competências práticas e teóricas relativas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Segundo a OE, 2018, p. 19192, no Regulamento nº422/2018, de 12 de julho de 2018, acerca das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica está preconizado que o EEESIP utilize "um modelo concetual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados". Esta especialidade intervém numa fase crucial no ciclo de vital da pessoa, nomeadamente no período que compreende entre o nascimento e os 18 anos de idade, podendo até alargar-se até aos 21 ou 25 anos de idade, mediante a processo de transição para a idade adulta. O EEESIP atua em parceria com a criança

e respetiva família ou cuidadores em diversos contextos de prestação de cuidados, no sentido de promover o potencial de saúde de cada criança/jovem, saudável ou doente, mobilizando recursos de suporte à sua família ou cuidadores (OE, 2018).

O EEESIP presta "(…) cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias" (OE, 2018, p. 19192). "São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar a criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde" (OE, 2018, P. 19192). Por outro lado, está no seu âmbito de intervenção, a capacidade e detenção de conhecimentos e competências que permitam atuar em situações de emergência, bem como a avaliação da família e resolução das suas necessidades de saúde (OE, 2018).

Neste sentido, o Regulamento nº422/ 2018, a par do Regulamento nº 140/ 2019 sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, constituem os documentos que integram o conjunto de competências clínicas especializadas esperadas pelo EEESIP e constituem documentos reguladores da certificação destas competências.

Segundo a OE, 2018, p. 19192, as competências específicas do EEESIP são: "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". Assim, será realizada uma análise reflexiva de cada competência de forma individual:

a) <u>Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</u>

Esta competência refere-se à "natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade" (OE, 2018, p. 19292).

Neste sentido consideramos que esta competência foi desenvolvida ao longo de todos os estágios e nos diferentes contextos em que estes ocorreram. Quer seja em cuidados de saúde primários, na UICN, na UUP e no internamento de Pediatria, o EEESP assiste e cuida da criança e jovem com a família no sentido da maximização da sua saúde, da prevenção da doença e na promoção das competências parentais. Em particular acerca da competência "E1.1.- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para regir o regime e da reinserção social da criança/jovem" (Regulamento nº422/2018, 2018,p. 19192) e dos seus respetivos critérios de avaliação, é possível aferir que em contexto do estágio da USF realizámos um estudo de caso de uma lactente de 2 meses e respetiva família nuclear, o que nos permitiu estudar de forma aprofundada esta família através da apreciação inicial e avaliação da família usando o Modelo de Calgary de Avaliação e Interação da Família (MCAF) , de modo a executar os diagnósticos de enfermagem adequados e delinear um plano de cuidados direcionado à criança e família. Em primeiro lugar, foi realizada uma entrevista de colheita de dados à mãe da lactente e recolhidas informações pertinentes através do *SClínico* ® e do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Em seguida foi realizada uma avaliação presencial da criança no âmbito da consulta de vigilância de Saúde Infantil preconizada para os 2 meses de idade e posteriormente foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, respetivo plano de cuidados e resultados esperados em vários domínios da área da intervenção do EEESIP, nomeadamente acerca da promoção da parentalidade, desenvolvimento infantil e cuidados antecipatórios sobre medidas de segurança, vacinação e alimentação. A avaliação do plano de cuidados foi realizada nos contactos posteriores com a criança e família no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil. Desta forma, a elaboração do estudo de caso e aplicação do plano de cuidados de enfermagem permitiu-nos desenvolver a competência E1.1. e respetivos critérios de avaliação definidos para esta unidade de competência, sendo eles: “E1.1.1 negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar; E1.1.2. comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento (…) E1.1.4. proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E.1.1.5 procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de

comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar" (OE, 2018, p.19193).

Importa também referir que nos restantes contextos de prestação de cuidados se realiza um plano de saúde promotor da parentalidade: na UCIN (através dos ensinos aos pais sobre cuidados a ter com o RN, sobre alimentação, sobre higiene, sono, sinais de frio/calor, sinais de alarme, entre outros), na UUP e no Internamento de Pediatria (ensinos sobre várias temáticas como a febre, doenças comuns da infância, sinais de dificuldade respiratória, higiene nasal, alimentação, prevenção de acidentes, entre outros).

A competência E1.2 declara que o EEESIP "diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem" (OE, 2018, p. 19193). Neste âmbito, é de referir que esta competência foi trabalhada ao longo dos 4 estágios, particularmente na UCIN e na UUP, pelas características singulares deste tipo de serviços. Na UUP em particular, através da realização da triagem e da observação de cada criança/ jovem que recorre ao serviço de urgência é possível identificar alterações fisiológicas que possam comprometer o seu estado de saúde e representar risco de vida. Trata-se do primeiro contacto com a criança, que permite realizar o devido encaminhamento e atribuição da respetiva prioridade, exigindo conhecimento especializado, competências, olhar clínico e experiência em urgência e emergência. Na UCIN, pela complexidade e especificidade deste tipo de serviços, permitiu-nos contactar com várias patologias comuns nos recém-nascidos pré-termo ou de termo, necessitando de vigilância e prestação de cuidados permanentes. O internamento de Pediatria, unidade de pediatria médica e cirúrgica, exige conhecimentos adequados e especializados, uma vez que as crianças e jovens internados são portadores de variadas patologias e necessitam de cuidados de enfermagem e de vigilância contínua. Por outro lado, as crianças e jovens submetidos a intervenções cirúrgicas, necessitam de cuidados de enfermagem e de vigilância no período peri operatório. Na USF, as intervenções de enfermagem prendem-se com a vigilância da saúde infantil e juvenil, avaliação dos marcos do desenvolvimento, cumprimento do PNV e deteção precoce de qualquer situação que afete negativamente a qualidade de vida da criança ou jovem ou qualquer desvio do padrão da normalidade que deva ser encaminhado para profissionais mais especializados.

Em suma, podemos afirmar que ao longo do Estágio I e Estágio Final e em cada contexto de forma particular, atingimos a competência E1 e respetivas E1.1. e E.1.2, na

medida em que procurámos sempre estabelecer uma parceria de cuidados com a criança/jovem e respetiva família, no sentido de criar um plano de saúde promotor da competências parentais e, julgamos ter tido a capacidade de diagnosticar e intervir em situações de doenças comuns da infância e em situações que colocassem em risco ou que afetassem de forma negativa a vida das crianças/jovens de quem cuidámos.

b) Cuida da criança/jovem em situações de especial complexidade

A segunda competência do EEESIP refere-se à mobilização de "recursos oportunamente, para cuidar da criança/ jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias" (OE, 2018, p.19193). Esta é encontra-se subdividida em 5 unidades de competências e respetivos critérios de avaliação para cada uma delas.

A unidade de competência E2.1 refere-se à capacidade de reconhecer "situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados" (OE, 2018, p.19193). Dentro desta, existem os citérios de avaliação "E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória; E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto" (OE, 2018, p. 19193). O desenvolvimento desta competência ocorreu principalmente ao longo do Estágio Final, em contexto hospitalar. Na UICN tivemos a oportunidade de prestar cuidados a grandes prematuros, recém-nascidos pré-termo e de termo com patologias associadas que exigem cuidados de enfermagem de especial complexidade. Recebemos prematuros com cerca de 1000gr e 27 semanas de gestação durante o período que compreendeu o nosso estágio no serviço, que, pela sua imaturidade multisistémica, principalmente a nível cardíaco e pulmonar, leva a instabilidade das funções vitais e risco de vida. Relembramos o caso de um prematuro com um pneumotórax com alteração súbita do seu estado clínico e instabilidade hemodinâmica. O pneumotórax caracteriza-se pela presença de ar livre na cavidade pleural, pode ser classificado como espontâneo ou adquirido e sua resolução pode passar pela necessidade de drenagem do mesmo, de modo a garantir a expansão torácica novamente (Oliveira, Filho, Ribas, Campos, & Haddad, 2006). Relembremos ainda as situações de instabilidade das funções vitais como as infeções do trato respiratório, com

necessidades importantes de aporte de oxigénio adicional e esforço respiratório evidente, e consequente carência de cuidados imediatos e de suporte ventilatório não invasivo. Os conhecimentos de suporte avançado de vida adquiridos no âmbito no curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico do Conselho Português de Ressuscitação **(Anexo 5)** foram uma mais valia nestas situações de crianças ou jovens com instabilidade das funções vitais e de risco de vida e são um instrumento fulcral na nossa prática diária de cuidados.

No que diz respeito à unidade de competência E.2.2. "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem" e respetivos critérios de avaliação "E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem", "E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor" e "E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor" (OE, 2018, p. 19193). A este nível, consideramos que esta competência foi adquirida ao longo de todos os estágios pela necessidade constante de execução de procedimentos invasivos e dolorosos e consequente necessidade de avaliação da dor e aplicação de medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da mesma. São exemplos de procedimentos invasivos realizados diariamente na prestação de cuidados as punções venosas periféricas, colheitas de sangue para fins analíticos, administração de vacinas, punção do calcanhar para a avaliação da glicémia capilar e realização do Teste de Diagnóstico precoce, entre outros. Em todos os procedimentos de enfermagem invasivos utilizámos as medidas não farmacológicas de alívio da dor (sacarose/ glucose, sucção não nutritiva, amamentação, contenção manual ou com lençol, distração, entre outras) como intervenções independentes por parte do enfermeiro, seguindo os protocolos existentes em cada serviço. A prevenção da dor a curto e a longo prazo no recém-nascido deve ser o objetivo de todos os profissionais de saúde, visto que a exposição à dor de forma repetida têm consequências negativas, nomeadamente de ordem fisiológica que podem levar ao aumento da incidência da morbimortalidade e alterações a nível cognitivo e nociceptivo (Araujo et al., 2015).

Relativamente à competência "E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados" e critérios de avaliação da mesma: "E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas e "E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras", durante os quatro estágios realizados não tivemos a oportunidade de contactar com crianças ou jovens portadores de doenças raras (OE, 2018, 19193). No entanto,

tivemos a oportunidade de aprendizagem de contactar com um lactente com doença congénita- atrésia do esófago e fístula traqueoesofágica após várias tentativas de correção cirúrgica em sucesso. Por outro lado, concretizámos a competência E2.5. sobre a promoção da "adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade" (OE, 2018, p.19193), tivemos a oportunidade de contactar com crianças portadoras de doença crónica durante o estágio no internamento de Pediatria. Relembremos o caso de uma criança com Diabetes Mellitus tipo 1 diagnosticada aos 2 anos de idade e internada desta vez por descompensação devido a doença aguda (abcesso retroamigdalino), com necessidade de intervenção ao nível da monitorização das glicémias capilares e consequente administração de insulina e intervir para promover a capacidade de gerir a doença crónica em contexto de doença aguda e promover a adoção de mecanismos e estratégias de acordo com cada situação através de um suporte familiar adequado.

Ao longo de todos os estágios prestámos cuidados da maximização da saúde das crianças e jovens, facto este que intercepta a competência E2.4 sobre a prestação de cuidados à "criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência" (OE, 2018, p.19193).

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

Esta competência prevê que o EEESIP tenha em conta as singularidades e exigências típicas de cada etapa do desenvolvimento e do ciclo vital e que dê respostas adequadas "promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude" (OE, 2018, p. 19194).

Comecemos por analisar a unidade de competência E3.1. que visa que o EEESIP promova "o crescimento e o desenvolvimento infantil" através das seguintes práticas: E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil" (OE, 2018, p.19194). Acerca desta unidade de competência, é de referir que foi no estágio na USF onde esta foi primariamente desenvolvida e treinada, através das consultas de vigilância do PNSIJ. No decorrer das

consultas de vigilância de saúde infantil nas quais tivemos oportunidade de participar, foi-nos possível efetivar a avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens de diversas idades. Tivemos a oportunidade de realizar ensinos sobre os cuidados antecipatórios de acordo com o que PNSIJ preconiza para cada idade-chave e com as dúvidas que os pais apresentaram em cada consulta. Nas consultas dirigidas aos adolescentes, embora em tenham ocorrido em menor número, foi possível transmitir-lhes orientações que promovam a sua autoestima, sobre hábitos saudáveis e evicção de comportamentos de risco. Por outro lado, no âmbito do estágio no serviço de Internamento de Pediatria, tivemos a oportunidade de participar em 2 consultas de Desenvolvimento realizadas num Hospital Central da ARS Alentejo. Estas consultas destinam-se a crianças/jovens que apresentam desvios do padrão normativo ao nível do desenvolvimento psicomotor, cognitivo ou psicossocial e respetivas famílias. A consulta é realizada por uma Pediatria e por uma enfermeira EEESIP que tem como funções a avaliação dos dados antropométricos e respetivos percentis e avaliação da Tensão Arterial. No decorrer da consulta são realizados testes de avaliação do desenvolvimento da criança/ jovens, através de instrumentos de avaliação como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, Schedule of *Growing Skills II*, entre outros.

Em seguida analisamos a competência E.3.2. que preconiza que o EEESIP promova "a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais" e critérios de avaliação "E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5. Promove a amamentação. E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce" (OE, 2018, p.19194). Esta competência foi desenvolvida e aperfeiçoada no contexto do estágio na UCIN, procurando a promoção da interação entre os pais e os recém-nascidos através do contacto pele a pele (método canguru), da promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados e através da promoção da amamentação como fator protetor do RN e como potenciador da vinculação entre a mãe e o RN. Em relação à amamentação, na USF existe um espaço denominado "Cantinho de Amamentação", várias vezes utilizado para avaliação da mamada, esclarecimento de dúvidas e promoção do aleitamento materno como fator de vinculação entre a mãe e o lactente e dando

destaque aos benefícios inerentes. O leite materno é o alimento mais completo e aconselhável, sendo promovido o aleitamento materno exclusivo, sempre que possível, até aos 6 meses de idade (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2014).

Sobre a competência "E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura" (OE, 2018, p.19194), é de relevo referir que ao longo de todos os estágios foram desenvolvidos e aperfeiçoados conhecimentos e aptidão sobre técnicas de comunicação no estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/jovem (de acordo com o seu estadio de desenvolvimento) e respetiva família, respeitando as suas crenças, vontades e cultura.

Por fim, surge a competência E.3.4. que valida a promoção da "autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde", através dos seguintes critérios de avaliação: "E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário; E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis; E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável; E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente" (OE, 2018, P.19194). No internamento de Pediatria tivemos contacto com alguns adolescentes em situação de doença aguda ou contexto peri operatório e na USF no âmbito das consultas no PNSIJ. Nestes contextos foi necessário ter em conta a facilitação da expressão das emoções, reforço da imagem corporal quando foi necessário, promoção da adoção de comportamentos saudáveis, reforço da tomada de decisão responsável e informada de modo a que o adolescente reúna condições para decidir sobre a sua saúde.

Em suma, consideramos ter atingido as competências específicas do EEESIP descritas ao longo do capítulo 3.2 e materializadas através dos quatro estágios realizados e dos exemplos práticos atrás descritos.

3.3. Desenvolvimento de Competências para aquisição do grau de Mestre

Todo o percurso formativo desenvolvido foi suportado nos objetivos gerais definidos para este curso de Mestrado em Enfermagem, sendo estes: o desenvolvimento de conhecimentos e competências numa determinada área de enfermagem através de níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão baseados nas respostas humanas aos processos de vida e questões de saúde; a contribuição para a melhoria

dos cuidados de saúde através da investigação científica, da prática baseada na evidência e nos referenciais teóricos; capacitação para a governação clínica, liderança de equipas e para a supervisão e gestão dos cuidados e a contribuição para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão autorregulada e especializada. Estes objetivos vão de encontro às competências de aquisição do Grau de Mestre redigidas no Artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2018). Assim, em diante executaremos uma análise reflexiva do percurso realizado de modo a avaliar a consecução das competências necessárias para aquisição do grau de Mestre.

A realização do projeto de intervenção denominado "Crianças e Jovens em Risco: A atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos" desenvolvido ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem e elaboração de um estudo descritivo quantitativo exploratório intitulado "Prevenção e sinalização de maus tratos em crianças e jovens: conhecimento e atuação dos enfermeiros" concretizado ao longo dos 4 estágios, concedeu-nos a oportunidade de desenvolver as competências de Mestre, detalhadamente a capacidade de "possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (…) sustentando nos conhecimentos do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde (…) [e que] permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação" (MCTES, 2018, p. 4162). Por outro lado, permite-nos ainda dar resposta à capacidade de "comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades" e consideramos ter adquirido competências que nos permitem "uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (MCTES,2018, p. 4162). Acerca desta competência, é de assinalar que no âmbito da fase teórica deste curso, realizámos um artigo de revisão integrativa da literatura sobre "As intervenções não-farmacológicas dos Enfermeiros no Controlo da Dor em Recém-Nascidos" na disciplina de Investigação em Enfermagem e foi realizada uma *Scoping Review* intitulada "PEWS- Pediatric Early Warning Score -Um instrumento de avaliação do Enfermeiro em Pediatria" no âmbito da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria II. Por fim, foi realizado um artigo original do tipo descritivo quantitativo exploratório onde constam os dados recolhidos através de questionários aplicados aos Enfermeiros pertencentes às equipas de enfermagem dos 4 locais de estágio. Os artigos realizados serão propostos para publicação em revista científica numa fase posterior.

O referido projeto de estágio foi desenvolvido assente na Metodologia de Projeto, o que nos possibilitou organizar a estrutura do mesmo através de etapas previamente estabelecidas. Iniciámos o percurso com o estabelecimento do diagnóstico de situação, definição de objetivos gerais e específicos, planeamento do projeto e das atividades a desenvolver e estabelecimento da população-alvo. Posteriormente, seguem-se as fases de implementação do projeto e análise das conclusões e resultados do mesmo. A concretização do nosso projeto de estágio, que decorreu em 4 locais de prestação de cuidados distintos, permitiu-nos ir de encontro à competência de grau de Mestre que prevê que este se encontre capacitado para " saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo. Neste sentido, por se tratar de um estudo transversal aos locais de estágio em contexto de cuidados de saúde primários e em ambiente hospitalar, em serviços de internamento e de urgência, com uma população-alvo distinta, permitiu-nos aprimorar a capacidade de "integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (…)" (MCTES, 2018, p. 4162).

De referir, uma vez mais, que durante a concretização do projeto, foram assumidas todas as responsabilidades éticas, deontológicas e legais, as quais tivemos em consideração durante todas as fases, desde a colheita de dados até à publicação dos mesmos. Também no contexto de prestação de cuidados zelámos pelo cumprimento dos nossos deveres éticos, legais e deontológicos, cumprindo os documentos reguladores da profissão e os direitos dos clientes, neste caso das crianças e jovens e respetivas famílias, os recetores dos nossos cuidados. Neste sentido, concretizamos as competências de Mestre no âmbito na responsabilidade ética e deontológica que acarretamos através da realização de "(…) reflexões sobre as complicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem" (MCTES, 2018, p. 4162).

Desta forna, consideramos que as aprendizagens no âmbito da realização da componente teórica deste curso de Mestrado, bem como o planeamento e concretização do projeto de estágio sobre a temática dos maus tratos a crianças e jovens, a par da realização das horas preconizadas em cada local de estágio, permitiu-nos afigurar a obtenção e consolidação das competências comuns e específicas do EEESIP e do grau académico de Mestre em Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os maus tratos a crianças e jovens constituem um tópico atual e de extrema importância, tratando-se de um problema de saúde pública, não pelos fatores causais por si só, mas também pelas repercussões e consequências que advém para as vítimas, que serão os futuros adultos do amanhã. A este nível, as entidades de saúde, em particular os enfermeiros, que constituem a classe profissional mais ampla e que mais contacto tem com os utentes, têm obrigação moral, legal e responsabilidade acerca desta matéria. Em particular, o EEESIP assume como competência detetar precocemente situações que coloquem em risco ou que afetem negativamente a qualidade de vida das crianças/jovens e assume um papel importante na deteção de situações de risco como os maus tratos nas suas diferentes tipologias e em contextos distintos de prestação de cuidados, tanto em ambiente hospitalar como no âmbito dos cuidados de saúde primários. Encontra-se numa posição privilegiada, tanto na proteção destas crianças e jovens em risco através da deteção precoce dos sinais de alerta e devido encaminhamento destas situações, como no campo de ação da prevenção primária, através da promoção das competências parentais (sobre os papeis parentais, vigilância de saúde, ensinos sobre as etapas de crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes, entre outros) no sentido de diminuir o risco da ocorrência de maus tratos. Por outro lado, o EEESIP assume ainda um importante papel de liderança e disseminação do conhecimento acerca desta e outras temáticas, no seio das suas equipas, como elemento de referência e dinamizador de boas práticas em saúde.

Assim, ao longo deste percurso trabalhámos no sentido de desenvolver este projeto acerca das Crianças e jovens em risco e respetivo papel do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos no âmbito da realização do Estágio I e Estágio Final, com o intuito de contribuir para a segurança da criança através da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização e estabelecendo como população-alvo as 4 equipas de enfermagem com quem tivemos contacto ao longo deste caminho.

Tendo por base a metodologia de projeto, emergiu o problema “Os maus tratos a crianças e jovens com um problema de saúde pública a nível nacional”, definida a população-alvo e foi elegido como objetivo geral “Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização” e estabelecidos os seguintes objetivos específicos: Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens; Sensibilizar as equipas de enfermagem acerca dos maus tratos a crianças e

jovens, como um problema de saúde pública a nível nacional; Otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco; Promover a divulgação dos resultados junto das equipas de enfermagem da região do Alentejo nos seus diferentes contextos de trabalho. No seguimento, surgiram o planeamento e efetivação das atividades traçadas, assentes essencialmente em 3 eixos distintos: a sensibilização e capacitação das equipas para atuarem em situações de maus tratos ou suspeita destes, através da realização de sessões de formação e da elaboração de normas de procedimento; a realização de um estudo descritivo que nos permita conhecer o conhecimento e a atuação dos enfermeiros estudados acerca da temática e a elaboração de materiais educativos que visem a promoção das competências parentais de modo a que os enfermeiros possam contribuir para a diminuição do risco de ocorrência de maus tratos através da promoção da parentalidade positiva e da efetivação das competências parentais.

A realização do estudo em questão permitiu-nos concluir que a maioria dos (74%) dos enfermeiros incluídos nesta amostra revelou já ter tido formação sobre a temática dos maus tratos a crianças e jovens e que a maioria refere sentir-se capacidade para o fazer. No entanto, 97,6% revela sentir necessidade de ter mais formação específica sobre o tema, talvez pela complexidade e especificidade do mesmo. Por outro lado, conferiu-nos a possibilidade de acrescentar algum conhecimento acerca da atuação dos enfermeiros no que concerne à sinalização e prevenção dos maus tratos a crianças e jovens e dos seus conhecimentos sobre o tema através da amostra estudada. Face a este projeto, importa referir as limitações do mesmo, nomeadamente a limitação do tempo para a sua realização e o facto de ter sido utilizada uma amostra de conveniência e pequena, o que pode não transmitir a realidade acerca da temática estudada.

A concretização das sessões de formação e da norma de procedimentos sobre a atuação em caso de maus tratos ou suspeita destes, permitiu-nos materializar os objetivos de sensibilizar as equipas de enfermagem para a problemática dos maus tratos e capacitar os enfermeiros incluídos na amostra para intervir na prevenção, deteção e sinalização dos maus tratos a crianças e jovens. Por outro lado, a realização da *Checklist* de avaliação das competências parentais implementada na UCIN e o Guia para Pais elaborado no âmbito do estágio na USF, permitiram-nos contribuir para a concretização dos objetivos acima descritos, através da contribuição com materiais de apoio que permitam a realização de educações para a saúde que possam contribuir

para a prevenção dos maus tratos através da promoção das competências parentais e da parentalidade positiva.

Com a realização deste projeto de intervenção, consideramos ter contribuído para a sensibilização dos enfermeiros acerca do tema e para consciencialização do seu papel enquanto profissional de saúde e enfermeiro que presta cuidados a crianças e jovens. Neste sentido, consideramos que contribuímos para a consolidação e incremento de conhecimentos sobre a temática das crianças e jovens em risco e para a definição de papéis e responsabilidades dos enfermeiros nesta área.

Observámos que se trata de uma temática debatida e estudada ao longo dos últimos anos, na qual é ainda importante apostar, na medida em que o caminho da prevenção dos maus tratos é longo e exigente para todas as entidades com competência em matéria de saúde. Por outro lado, consideramos que seria vantajoso e clarificador, que existissem mais estudos sobre o tema, nomeadamente acerca correlação entre a intervenção primária levada a cabo pelos enfermeiros, através da promoção das competências parentais, da parentalidade positiva, da vinculação e da parceria de cuidados com vista à promoção da saúde da criança e jovem e a prevenção dos maus tratos.

A nosso ver, o caminho percorrido desde o primeiro dia deste curso de Mestrado até à redação do Relatório de Estágio, constituiu uma trajetória pautada por aprendizagem, motivação e mais-valias para o desenvolvimento do nosso percurso profissional. A componente teórica permitiu-nos consolidar e acrescentar conhecimentos e competências baseados na mais recente evidência científica. Por outro lado, a realização dos 4 estágios em diferentes contextos de prestação de cuidados, concedeu-nos a oportunidade de conhecer novas realidades, diferentes equipas, variadas formas de trabalho e de organização e gestão dos cuidados, contribuindo para a nossa evolução pessoal, académica e profissional. A realização dos estágios permitiu-nos incrementar a nossa experiência profissional em vários contextos específicos de prestação de cuidados à criança/jovem e família e com isso adquirir competências práticas de prestação de cuidados, nomeadamente no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil e contextos de especial complexidade, como no caso da UCIN, na prestação de cuidados especializados a RN de risco, com instabilidade hemodinâmica.

No reverso da medalha, a realização do projeto de intervenção baseado na metodologia de projeto, permitiu-nos compreender de uma forma mais clara todas as suas fases e caminho a percorrer na procura de resultados que contribuam para a evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão e consciencializou-nos acerca da necessidade da procura constante da atualização de conhecimentos e práticas que contribuam para a melhoria dos cuidados e para a excelência da atuação do enfermeiro, nomeadamente do EEESIP. Por outro lado, o caminho percorrido despertou-nos a vontade de trabalhar este tema de forma mais aprofundada e continuar a dar passos na área da prevenção dos maus tratos a crianças e jovens, nomeadamente na área da promoção das competências parentais e prevenção primária, contribuindo para a segurança e qualidade de vida. Como perspetivas futuras pretendo dar continuidade ao projeto desenvolvido, através da apresentação de uma sessão de formação sobre a temática no local de trabalho e respetiva implementação e adaptação da norma de enfermagem realizada, de modo a contribuir para a formação dos pares. Por outro lado, enquanto elemento EEESIP e Mestre em Enfermagem, pretendo contribuir para a formação contínua em serviço e constituir um elemento dinamizador das boas práticas em enfermagem e do conhecimento baseado na evidência científica mais recente.

No final, importa referir que foi notório o crescimento pessoal e profissional e a aquisição de competências técnicas, cognitivas e comunicacionais, aplicáveis a nível prático, teórico e na implementação do projeto de intervenção, que nos permitiram desenvolver e consolidar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as Competências de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M., Marques, I., Martins, M., Fernandes, T. & Gomes, P. (2016). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes- estudo bicêntrico e comparação com dados europeus. Revista de pediatria do centro hospitalar do porto. volume XXV nº3, 141–146. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a03.pdf

Agathão, B., Reichenheim, M., & Moraes, C. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. Ciência & Saúde Coletiva, 23(2), 659–668. doi: 10.1590/1413-81232018232.27572016

Alarcão, I., & Rua, M. (2005, julho-setembro).Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto & Contexto Enfermagem. 14(3), 373–382. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf

Almeida, M. (2019). Cuidar da criança, jovem e família em situação de maus-tratos: Percurso para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A. & Xavier, A. (2017). O Estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. Texto & Contexto Enfermagem, 26(4), 1–12. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016

APAV. (2011). Manual: crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir. In APAV. Disponível em https://www.apav.pt/pdf/Manual_Criancas_Jovens_PT.pdf

Araujo, G., Miranda, J., Santos, D., Camargo, C., Sobrinho, C. & Rosa, D. (2015). Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. Revista Baiana de Enfermagem, 29(3), 261–270. doi: https://doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13695

Assembleia da República [AR]. (2015, setembro) Lei n.o 156/2015. Diário da República, 1ª série, nº181, 8059-8104. Disponível em https://dre.pt/application/file/a/70309872

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

Brighenti, J., Biavatti, V., & Souza, T. (2015, setembro). Metodologias de ensino-aprendizagem: uma abordagem sob a percepção dos alunos. Revista Gestão Universitária Na América Latina - GUAL, 8(3), 281-304. doi: https://doi.org/10.5007/1983-4535.2015v8n3p281

Carvalho, B. (2018). Papel do Enfermeiro nos Maus Tratos / Negligência das Crianças-Preocupação Contínua (Tese de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal

Cecconello, A., Antoni, C., & Koller, H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. Psicologia Em Estudo, volume 8, 45–54. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa07.pdf

Cecilio, H., Santos, K., & Marcon, S. (2014, julho-setembro). Modelo Calgary de Avaliação da Família: Experiência em um projeto de extensão. Cogitare Enferm, 19(3), 536–544. Disponível em http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/32729-140403-1-PB.pdf

Centro Hospitalar de Setúbal. (2020, fevereiro). In Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.. Disponível em http://www.chs.min-saude.pt/

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPCJ]. (2019). Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ. Lisboa, Portugal: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Disponível em https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj/relatorios-de-avaliacao-da-atividade-estatistica.aspx

Coutinho, I., Seabra-Santos, M., & Gaspar, M. (2012). Educação parental com famílias maltratantes: Que potencialidades?. Análise Psicológica, 4(XXX), 405–420. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v30n4/v30n4a04.pdf

Cruz, H. & Carvalho, M. (2011). Infância, famílias e educação parental. Crianças e Jovens em Risco. A família no centro da intervenção. Cascais: Principia.

Cruz, O. (2005). Parentalidade. Coimbra: Quarteto Editora

Direção-Geral da Saúde. (2011, fevereiro). Maus tratos em crianças e jovens Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção- Ação de Saúde para Crianças e Jovens em risco. Direção de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2013, maio). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010, janeiro- março). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, nº15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Figueiredo, M. & Martins, M. (2010, julho-setembro). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. Ciência Cuidado e Saúde, 9(3), 552–559. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.

Frade, J., Frade, M., Henriques, C., Silva, A. & Gonçalves, G. (2017, abril-junho). A enfermagem e a vacinação: evolução do cumprimento da vacina combinada contra o sarampo, parotidite e rubéola. Revista de Enfermagem Referência, série IV, nº13, 9–18. doi: https://doi.org/10.12707/RIV17002

Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes- Indicador de Qualidade em Saúde. Revista Portuguesa Clínica Geral, 26, 564-570. Disponível em http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf

Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E. (2020, fevereiro). In Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. Disponível em http://www.hevora.min-saude.pt/

Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E. [HESE, E.P.E.]. (2018). Relatório de Gestão 2017. Évora, Portugal: Hospital do Espírito Santo de Évora. Disponível em: http://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2020/01/relatorio-de-gestao-2017.pdf

Hockenberry, J.; Wilson, D.; Winkelstein, L. (2014) -Wong Enfermagem da criança e adolescente. 9.ª Edição. Vol I e II. Loures: Lusociência. ISBN: 9789897480041.

IEFP. (2013). Manual do Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores. In IEFP. Disponível em https://www.2siglas.com/ficheiros/area_reservada_formandos/manual-do-curso-de-fpif_c1314.pdf

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). Região Alentejo em números- 2018. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=418869771&PUBLICACOESmodo=2

Lopes, M., Catarino, H. & Dixe, M. (2010, julho). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Referência, III, 1, 109–118. Disponível em www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn1/serIIIn1a12.pdf

Martins, M. (2019). Identificar Práticas de Enfermagem de Qualidade no Ambulatório em Pediatria: Estudo de Revisão Sistemática da Literatura (Tese de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

Matos, C. (2018). O Enfermeiro na Linha da Frente: Avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2018, agosto). Decreto-Lei n.o65/2018. Diário da República, 1.a série, n.º 176, 4147-4182. Disponível em https://dre.pt/application/conteudo/116068879

Ministério da Saúde [MS] (2007, agosto). Decreto-Lei n.o 298/2007 de 22 de agosto. Diário da República, 1.ªsérie, n.º 161, 5587-5596. Disponível em https://dre.pt/application/file/a/640570

Ministério da Saúde [MS] (2008, fevereiro). Decreto-Lei no28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República, 1.a série, n.º 38, 1182-1189. Disponível em https://dre.pt/application/conteudo/247675

Ministério da Saúde [MS] (2015, maio). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 de 27 de maio de 2015. Diário da República, 2a série-n.º102, 13550-13553. Disponível em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/despacho-n-56132015--ministerio-da-saude--aprova-a-estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020-pdf.aspx

National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Disponível em https://www.nice.org.uk/terms-and-

Oliveira, L., Filho, A., Ribas, J., Campos, M. & Haddad, R. (2006). Pneumotórax. Jornal Brasileiro Pneumolologia, 32 (Supl 4), 212-216. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32s4/31840.pdf

Oliveira, V. (2016). Síndrome de Munchausen por Procuração na perspetiva dos Profissionais de Saúde (Tese de Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018, julho). Regulamento nº 422/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série, n.ºo 133, 19192-19194. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019, fevereiro). Regulamento n.º140/2019. Diário da República, 2a série-No26-6 de fevereiro de 2019, Diário da República, 2a série, nº.26, 4744-4750. Disponível em https://dre.pt/application/file/a/119189160

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2015). Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º156/2015 de 16 de setembro. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência. Disponível em: http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf.

Pedrosa, D. (2015). Cultura de Segurança do Doente Pediátrico (Tese de Mestrado em Enfermagem) - Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

Pordata (2020). Base de dados dos Municípios. In Pordata. Disponível em https://www.pordata.pt/Municipios

Reticena, K., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L., Abreu, F. & Fracolli, L. (2019). Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira infância:

revisão sistemática de escopo. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 27:e3213, 1-10. doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. Revista Gaúcha Enfermagem, 39:e 2017-0174. https://doi.org/10.1590/1983

Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. (2007). Manual de Normas de Orientação Clínica. Facultade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em https://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf

Rosa, C. (2014). Segurança do Doente em Contexto Hospitalar: Perceções dos Enfermeiros (Tese de Mestrado em Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

Saraiva, R., Rosas, A., Valente, G., & Viana, L. (2012). Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. Ciência y Enfermeria, XVIII (1): 17-27. Disponível em https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_03.pdf

Silva, D., Afonso, V. & Silva, E. (2014, junho-dezembro). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. Millenium, 47, 69–82. Disponível em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf

Soares, H. (2008). O Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de Enfermagem (Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2020, março). In Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132

Tojal, A. (2014). Perceção dos Enfermeiros sobre a formação em serviço (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005, fevereiro). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista Enfermagem, 18(3), 235-240. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf

Vieira, M., Souto, L., Souza, S., Lima, C., Ohara, C. & Domenico, E. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. Revista Norte Mineira de Enfermagem, 5 (1), 105–121. Disponível em https://docplayer.com.br/84530038-Diretrizes-curriculares-nacionais-para-a-area-da-enfermagem-o-papel-das-competencias-na-formacao-do-enfermeiro-1.html

World Health Organization [WHO]. (2005). WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. World Health Organization. Disponivel em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1

Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- USF

Exma. Sra. Enfª Gestora do Centro de Saúd[redacted]

Eu, Daniela Filipa Monte Abreu, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar atualmente na Unidade de Saúde Familiar Foral em Montemor-o-Novo, por um período de seis semanas, compreendido entre o dia 20 de Maio e 28 de Junho de 2019, venho por este meio solicitar consentimento a Vª.Exª para a aplicar um questionário de diagnóstico de situação (pré-teste) destinado à equipa de enfermagem, com o intuito de dar continuidade ao projeto integrado na linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida" subordinado à temática de Crianças e Jovens em risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos, que tem como Objetivo Geral: Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.
Com os melhores cumprimentos.

Montemor-o-Novo, 12 de Junho de 2019

(Daniela Filipa Monte Abreu)

[redacted]

Anexo 2

Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- UUP

[redacted]

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Gid
GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

DELIBERAÇÃO:

Aprovado

[redacted]

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

2019.10.14

[redacted]

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sra. Dra. Elisa Carvalhão, Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.

DE: Sr. Pedro Santos, Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

11-10-2019

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo "Criança e Jovens em risco: a actuação do Enfermeiro na detecção, sinalização e prevenção dos maus tratos" , a realizar na Unidade de Urgencia Pediatrica do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Trata-se de um estudo, conferidor de grau académico - Mestrado, cuja Investigadora Principal é a Exma. Sra. Enf.ª Daniela Filipa Monte Abreu, a realizar na Unidade de Urgencia Pediatrica do Centro Hospitalar de Setubal, E.P.E. (ver anexo e processo devidadamente instruído).

O estudo/questionário, no entendimento da Comissão de Etica, a passagem de questionários anónimos a não doentes, não requer análise da CES.

Contudo, teve o parecer favorável do Exmo. Sr. Enf.Chefe José Almeida.

A realização deste estudo/questionário tem como objectivo identificar o conhecimento e a atuação por parte das equipes de Enfermagem a exercer funções em diferentes contextos pediátricos (Cuidados de Saúde Primários, serviço de Urgência Pediatrica, Serviço de Neonatologia e internamento de Pediatria) acerca da problemática dos maus tratos a crianças e jovens.

À consideração superior,

[redacted]

DESPACHO

Tomei conhecimento.
À Exma. Enf.ª Chefe Sílvia Mendes, agradeço-se autorização para a realização do estudo em anexo

[redacted]

11-10-2019

Nada a opor
PCA.

[redacted]

14/10/2019

Ao Sec. do GID,
Para informar o IP da autorização do CA.

[redacted]

21-10-2019

ACTA Nº 42 / 19

Contactos GID: gid@chs.min-saude.pt
Rua Camilo Castelo Branco • 2910-446 Setúbal • Telefone: 265 549 000 • Ext.: 6818 (Pedro Santos) • www.chs.min-saude.pt

Anexo 3

Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- Internamento de Pediatria e UCIN

[redacted]

COMISSÃO DE ÉTICA

[redacted]

Título do Projeto: Crianças e Jovens em risco: a atuação do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção de maus tratos

Nome: Daniela Abreu

Instituição: [redacted]

Investigador Responsável/Orientador: Prof Doutora Ana Lucia Ramos

Enquadramento Académico: Mestrado

Tipo de Estudo:

- Prospectivo _X_

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão __Sim___

- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados ___Sim__

- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos __Sim___

- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes __Sim__

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável __X__

Condicional ____

NOTAS: Falta parecer da comissão de ética da instituição académica

Data: 05/12/19

O Presidente da Comissão de Ética

[redacted]

Anexo 4

Pedido de Autorização para efetivação do Projeto de Intervenção- Comissão de Ética do IPP

Instituto Politécnico Portalegre

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº Pedido____/ Data 28/11/2019

Ref. SC/2019/3712

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 26 de novembro de 2019, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de Investigação "Crianças e jovens em risco: Atuação do enfermeiro na delegação, sinalização e prevenção de maus tratos" no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica sob a responsabilidade da Investigadora Daniela Filipa Monte Abreu e orientação da Profª Doutora Ana Lúcia Ramos.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

[redacted]

28-11-2019

IPP COM-ETI 2 Rev 2

Anexo 5

Certificado de participação- “Sistemas de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)”

[redacted]

Declaração

Para os devidos efeitos, e a pedido da interessada declara-se que **Daniela Filipa Monte Abreu** Enfermeira, frequentou a Ação de Formação **"Sistemas de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)"**, que decorreu no [redacted] com a duração total de 15 horas. ----------

Por ser verdade, emite-se a presente declaração, que damos por firme e valiosa. ----------

[redacted] ----------

A Responsável do Gabinete de Formação,

[redacted]

JAM

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[redacted]

Anexo 6

Certificado Suporte Avançado de Vida Pediátrico

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Daniela Abreu

23/12/1993

Recebeu a qualificação de ERC

European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)

Em Portalegre, Portugal

[redacted]

GrP

CPR
CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO

Data do último curso: 18/10/2019

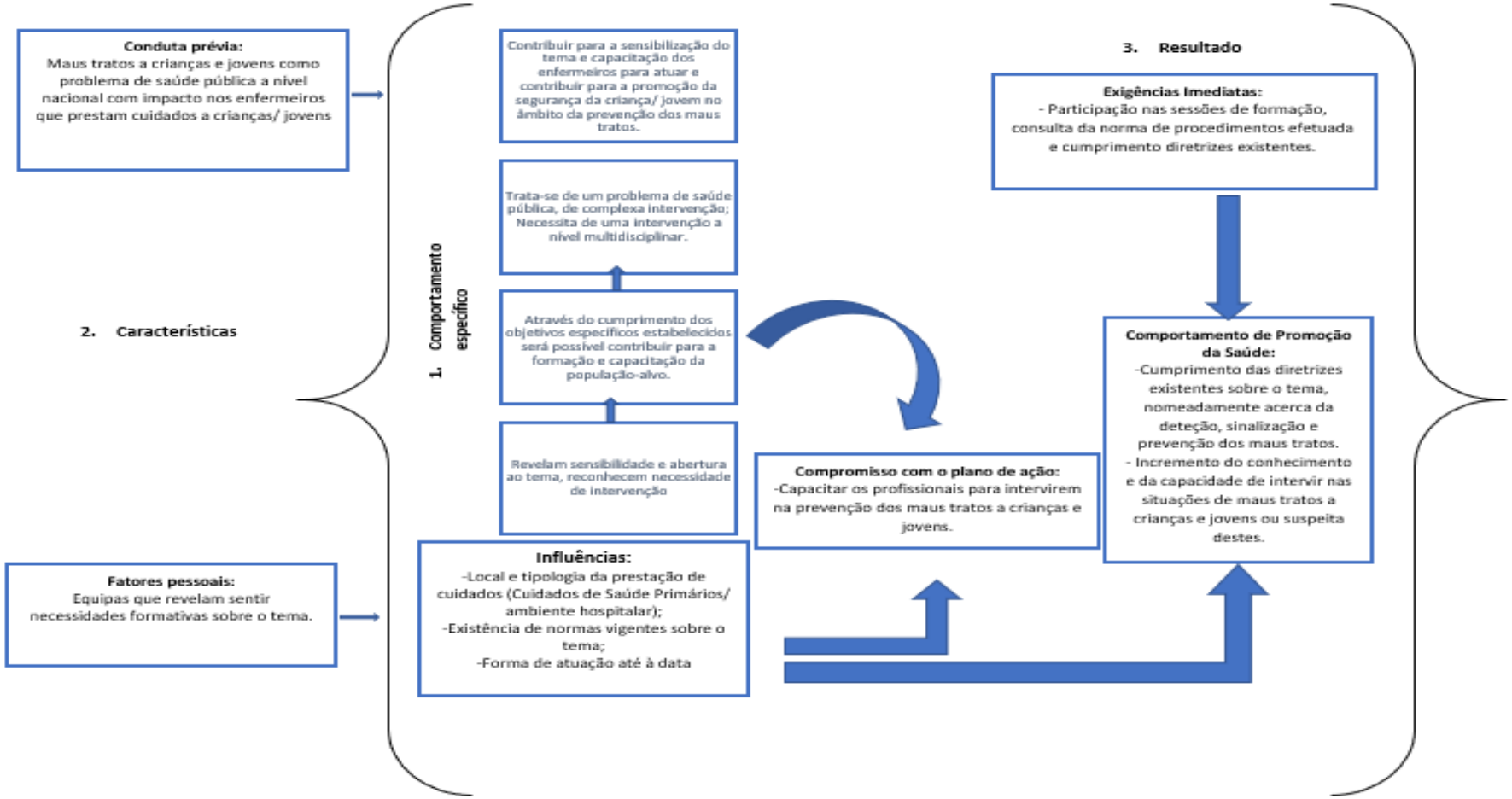
Este certificado é válido de 18/10/2019 e expirará em 18/10/2022,
a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 18/10/2021 em https://Cosy.ERC.edu

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate e digite ERC-421-515931

APÊNDICES

Apêndice A

Diagrama Nola Pender adaptado à temática dos Maus tratos


Conduta prévia:
Maus tratos a crianças e jovens como problema de saúde pública a nível nacional com impacto nos enfermeiros que prestam cuidados a crianças/ jovens
2. Características
Fatores pessoais:
Equipas que revelam sentir necessidades formativas sobre o tema.
1. Comportamento específico
Contribuir para a sensibilização do tema e capacitação dos enfermeiros para atuar e contribuir para a promoção da segurança da criança/ jovem no âmbito da prevenção dos maus tratos.
Trata-se de um problema de saúde pública, de complexa intervenção; Necessita de uma intervenção a nível multidisciplinar.
Através do cumprimento dos objetivos específicos estabelecidos será possível contribuir para a formação e capacitação da população-alvo.
Revelam sensibilidade e abertura ao tema, reconhecem necessidade de intervenção
Influências:
-Local e tipologia da prestação de cuidados (Cuidados de Saúde Primários/ ambiente hospitalar);
-Existência de normas vigentes sobre o tema;
-Forma de atuação até à data
Compromisso com o plano de ação:
-Capacitar os profissionais para intervirem na prevenção dos maus tratos a crianças e jovens.
3. Resultado
Exigências Imediatas:
- Participação nas sessões de formação, consulta da norma de procedimentos efetuada e cumprimento diretrizes existentes.
Comportamento de Promoção da Saúde:
-Cumprimento das diretrizes existentes sobre o tema, nomeadamente acerca da deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos.
- Incremento do conhecimento e da capacidade de intervir nas situações de maus tratos a crianças e jovens ou suspeita destes.

Apêndice B

Questionário aplicado às Equipas de Enfermagem

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica propusemo-nos à realização de um projeto integrado na linha de investigação 'Segurança e Qualidade de Vida', relacionado com a temática das Crianças Jovens em risco- a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos, que tem como Objetivo Geral: Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

"Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não acidental, perpetuada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima" (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7).

De modo a proceder à efetivação do projeto acima mencionado, convidamo-lo a participar neste projeto através da colaboração no preenchimento do presente questionário que tem como objetivo identificar o conhecimento e a atuação por parte das equipas de enfermagem a exercer funções em diferentes contextos pediátricos (Cuidados de Saúde Primários, serviço de Urgência Pediátrica, serviço de Neonatologia e internamento de Pediatria) acerca da problemática dos maus tratos a crianças e jovens .

Os dados recolhidos poderão ser divulgados de modo agregado, estando salvaguardado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados fornecidos. Os dados recolhidos serão guardados em computador da própria protegidos por chave de acesso, os questionários serão guardados à chave e os dados recolhidos serão destruídos um mês após a defesa pública do relatório de Mestrado.

Os custos deste projeto serão suportados pelo investigador principal.

Agradecemos desde já a colaboração e participação no projeto e disponibilizamo-nos para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Daniela Abreu, Enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação- Ramo de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Contacto: 962760413)

Profª Doutora Ana Ramos, Orientadora (Contacto: 932326845)

Consentimento informado, livre, esclarecido e livre para participação no projeto "Crianças e Jovens em risco: a atuação do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos"

Declaração do Investigador

"Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis neste contexto, no respeito pelos seus direitos".

Daniela Filipa Monte Abreu

Data: __/__/__ Assinatura: _____

Declaração do Participante

"Declaro ter compreendido os objetivos de quando me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/ Não Autorizo **(Riscar o que não interessa)** a participação no estudo indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas".

Nome:_____

Data:__/__/__ Assinatura:

Nota: Este documento é feito em duas vias- uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Fonte: Norma nº015/2013 de 03/10/2913 atualizada a 04/11/2015

Consentimento informado, livre, esclarecido e livre para participação no projeto "Crianças e Jovens em risco: a atuação do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos"

Declaração do Investigador

"Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis neste contexto, no respeito pelos seus direitos".

Daniela Filipa Monte Abreu

Data: __/__/__ Assinatura: _____

Declaração do Participante

"Declaro ter compreendido os objetivos de quando me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/ Não Autorizo **(Riscar o que não interessa)** a participação no estudo indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas".

Nome:_____

Data:__/__/__ Assinatura:

Nota: Este documento é feito em duas vias- uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Fonte: Norma nº015/2013 de 03/10/2913 atualizada a 04/11/2015

A____

Parte I – Caracterização da Equipa de Enfermagem

De acordo com a sua situação assinale com "X"

1. Idade:

- ☐ 20 a 29 anos
- ☐ 30 a 39 anos
- ☐ 40 a 49 anos
- ☐ 50 a 59 anos
- ☐ >60 anos

2. Habilitações Literárias

- ☐ Bacharelato em Enfermagem
- ☐ Pós-Graduação em_____
- ☐ Licenciatura em Enfermagem
- ☐ Pós-Graduação. Qual?_____
- ☐ Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem. Área de Especialização_____
- ☐ Mestrado. Qual?_____
- ☐ Doutoramento. Qual?_____

3. Anos de Experiência Profissional neste Serviço:

- ☐ 0 a 4 anos
- ☐ 5 a 9 anos
- ☐ 9 a 14 anos
- ☐ 15 a 19 anos
- ☐ > 20 anos

4. No âmbito da formação contínua, assistiu a alguma sessão de formação sobre a temática dos maus tratos a crianças e jovens?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Parte II- Conhecimento sobre a prevenção, deteção e sinalização dos maus tratos a crianças e jovens

1. Assinale com um X de acordo com a sua capacidade para detetar situações de maus tratos.

	Nada	Pouco	Indiferente	Capaz	Muito capaz
Maus tratos físicos					
Maus tratos emocionais					
Abuso Sexual					
Negligência					
Síndrome de Munchausen por procuração					

2. Na tabela seguinte, assinale os sinais e sintomas de uma criança/jovem que seja uma potencial vítima de maus tratos.

	Sim	Não	Não sei
Baixa autoestima			
Integração social sem dificuldades			
Ansiedade			
Lesões múltiplas em vários estados evolutivos			
Lesões com bordos bem delineados, figuradas ou delineadas			
Adequado estádio de desenvolvimento			

Lesões em locais comuns para traumatismos de natureza acidental			
Baixo rendimento escolar			
Comportamentos autolesivos			
Vigilância de saúde infantil adequada			
Comportamentos sexualizados			
Ideação suicida			
Depressão			
Rotinas e papeis familiares bem definidos			
Perturbações de somatização			
Roupa e vestuário inadequados			
Higiene pessoal adequada			

3. Na tabela seguinte, assinale com X os **fatores de risco** de maus tratos

Famílias monoparentais	
Gravidez desejada	
Pais adolescentes	
Profissões socialmente bem qualificadas	
Criança com temperamento fácil	
Prematuridade	
Criança com hiperatividade	
Criança com doença crónica	

Famílias com poucos filhos	
Estilo parental permissivo	
Suporte familiar adequado	
Parentalidade tardia	

4. Na tabela seguinte, assinale com um X com base no seu nível de concordância, ou não, com o tópico

	Concordo Plenamente	Concordo	Nem concordo, Nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. O risco diz respeito ao estado de vulnerabilidade da criança e jovem para sofrer de maus tratos. O perigo, refere-se à objetivação deste risco.					
2. O abusador é geralmente do sexo masculino, com baixo nível socioeconómico e educacional.					
3. Os sinais de alerta dizem respeito à probabilidade acrescida de ocorrer maus tratos e, por isso, existe a necessidade de uma vigilância e investigação detalhada.					
4. Os fatores de proteção da criança/jovem são o bom desempenho escolar, temperamento fácil, desenvolvimento adequado e vinculação segura.					
5. As crianças prematuras, com deficiência física ou intelectual, portadores de doenças crónicas, com distúrbios alimentares ou do sono, hiperatividade, apatia e personalidade e temperamento difíceis são mais vulneráveis ao risco de maus tratos.					
6.Qualquer criança pode ser vítima de maus tratos e, portanto, qualquer criança que apresente sinais ou sintomas poderá ser uma possível vítima.					
7. Por vezes, não existem sinais ou sintomas evidentes e a vítima demonstra ter uma relação saudável com o abusador. Em outras situações podem existir estes determinados sinais e sintomas sugestivos de abuso sem que o mesmo, de facto, ocorra.					

8. Identificar e diagnosticar uma situação de maus tratos é uma tarefa simples.					
9. Fatores socioculturais como a insatisfação no emprego, situação laboral precária e emigração não são fatores de risco dos abusadores.					

5. Na prestação de cuidados, alguma vez contactou com uma criança/jovem que suspeitasse que fosse vítima de maus tratos?

☐ Sim ☐ Não

6. Já prestou cuidados a uma criança/ jovem vítima de maus tratos?

☐ Sim ☐ Não

7. Já sinalizou alguma criança/jovem como potencial vítima de maus tratos?

☐ Sim ☐ Não

8. Se sim, como procedeu?

☐ Encaminhamento para a CPCJR ☐ Encaminhamento para o Médico de Família

☐ Encaminhamento para a Assistente Social ☐ Outro. Qual? _____

9. Considera-se capacitado (a) para identificar e detetar de forma precoce as situações de crianças/ jovens vítimas de maus tratos?

☐ Sim ☐ Não

10. Considera que possui conhecimentos para sinalizar potenciais situações de maus tratos a crianças e jovens?

☐ Sim ☐ Não

11. Conhece o "Guia Prático de abordagem, diagnóstico e prevenção" da DGS sobre os maus tratos em crianças e jovens?

☐ Sim ☐ Não

12. No Serviço onde desempenha funções existe alguma norma de atuação no âmbito das crianças e jovens em risco?

☐ Sim ☐ Não

13. Considera necessário ter formação sobre esta temática?

☐ Sim ☐ Não

14. Se sim, o que gostaria que fosse abordado de acordo com a temática?

_____

_____

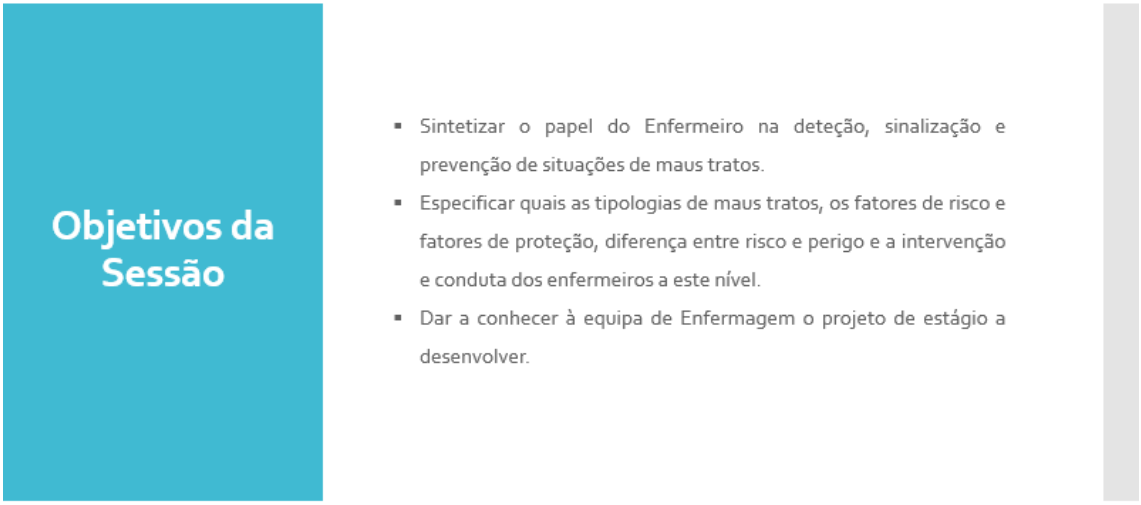
_____

Apêndice C

Sessões de Formação USF, UUP e Internamento de Pediatria

- **USF**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Crianças e Jovens em Risco
A atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos
3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2018-2019
Estágio I
USF Foral
Daniela Abreu
Montemor-o-Novo, 18 de Junho de 2019


Objetivos da Sessão
Sintetizar o papel do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção de situações de maus tratos.
Especificar quais as tipologias de maus tratos, os fatores de risco e fatores de proteção, diferença entre risco e perigo e a intervenção e conduta dos enfermeiros a este nível.
Dar a conhecer à equipa de Enfermagem o projeto de estágio a desenvolver.

Sumário

- Diagnóstico de situação
- Enquadramento Legal dos maus tratos a Crianças e Jovens
- Definição
- Classificação
- Diferença entre Risco e Perigo e fatores de Risco e Fatores de Proteção
- Breve apresentação do Projeto de Intervenção
- Considerações Finais

Diagnóstico de Situação

(Magalhães, 2010)

Diagnóstico de Situação

É importante **"sensibilizar os enfermeiros para as mudanças que ocorrem na sociedade e consequentes exigências do papel do enfermeiro na avaliação do risco de maus-tratos em crianças e jovens.**

Cabe aos enfermeiros **vigiar** mais de perto estes sinais, **detetá-los precocemente e encaminhá-los**, também tão precocemente quanto possível, pois quanto **mais precoce for a deteção e o encaminhamento mais eficaz será a ação e melhores serão os resultados para a criança e jovem, com implicações na melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde"** (Silva, Afonso & Silva, 2014, p.73).

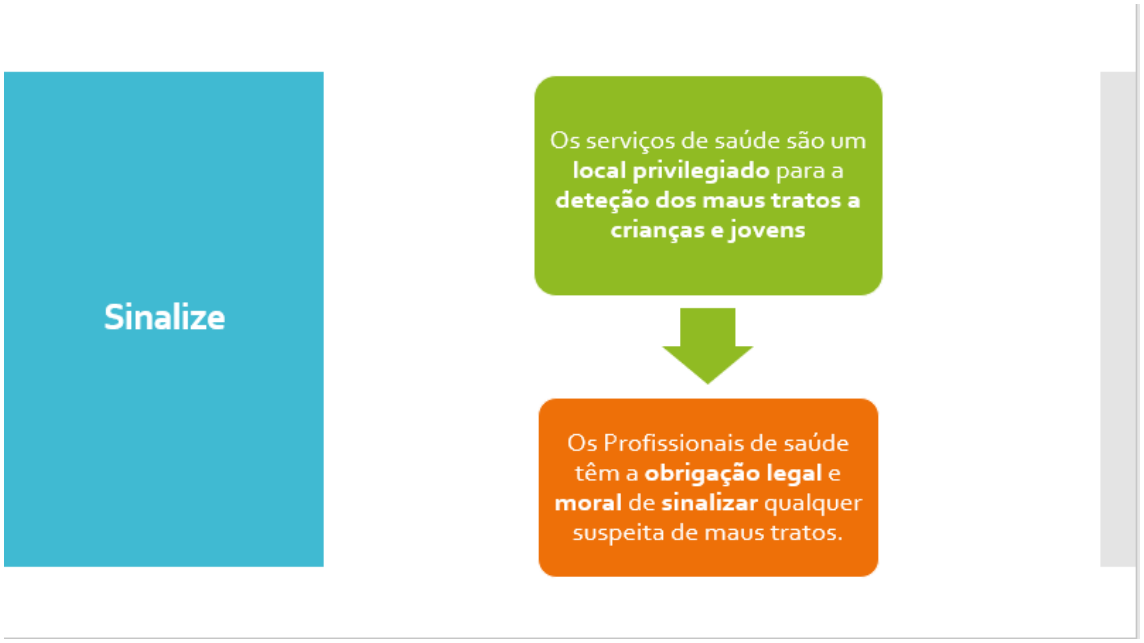
Enquadramento Legal

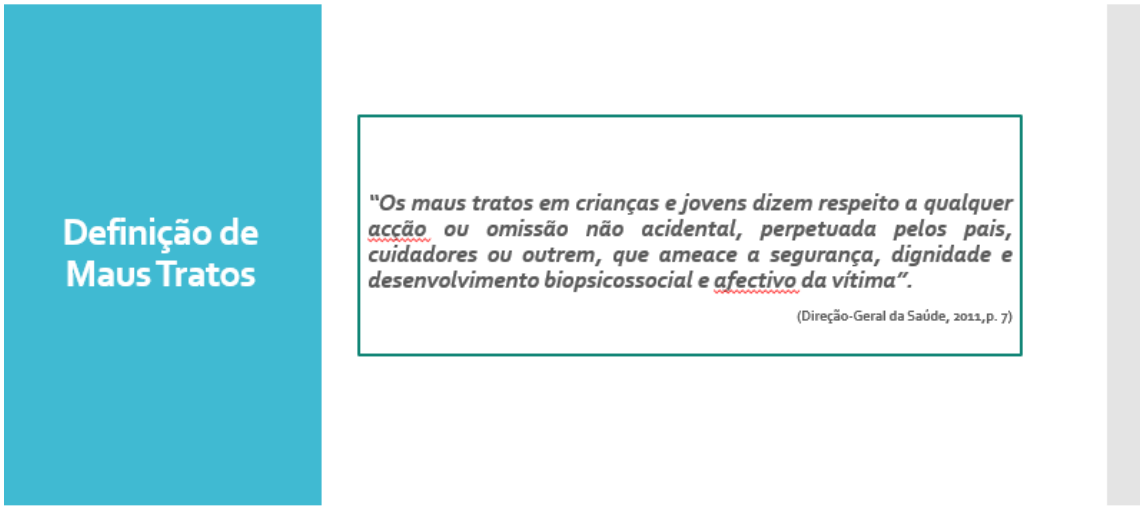
- Crimes de Violência doméstica
- Crimes de Maus Tratos
- Crimes contra a liberdade sexual que vitimem menores de 18 anos
- Crimes contra a autodeterminação sexual

Crimes Públicos

A Lei Portuguesa **obriga à sinalização dos crimes contra menores de idade** (artigo 242º do CPP) pelas **entidades policiais ou funcionários equiparados ao Ministério Público** para que o caso seja devidamente averiguado. Por outro lado, **obriga ainda a população em geral a comunicar** os casos de suspeita de maus tratos a crianças e jovens às entidades policiais, comissões de Proteção ou às autoridades judiciárias (artigo 66º da Lei nº147/99 de 1 de setembro).

(Magalhães, 2010)


Sinalize
Os serviços de saúde são um **local privilegiado** para a **deteção dos maus tratos a crianças e jovens**
Os Profissionais de saúde têm a **obrigação legal** e **moral** de **sinalizar** qualquer suspeita de maus tratos.


Definição de Maus Tratos
"Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não acidental, perpetuada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima".
(Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7)

Risco e Perigo

- O **risco** diz respeito ao estado de vulnerabilidade da criança e jovem para sofrer de maus tratos.
- **O perigo**, refere-se à objetivação do risco.
- **Fatores de risco relativos a características individuais do abusador são:**

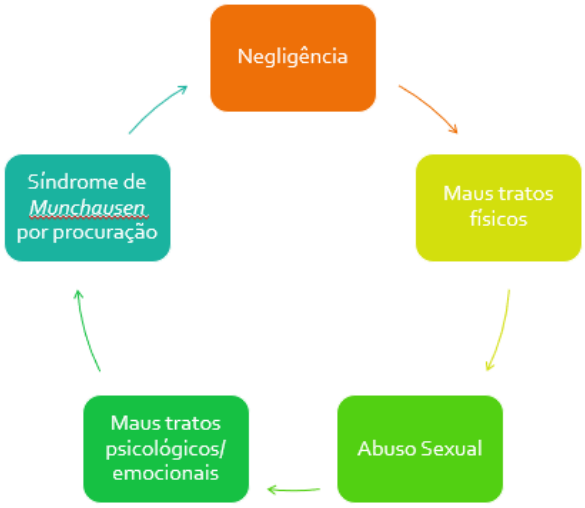
- idade inferior a 20 anos;
- sexo masculino;
- estatuto socioeconómico baixo,
- baixo nível educacional;
- Défice de conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento da criança.

São ainda características importantes quanto à sua **história familiar**: a existência de carências afetivas, de histórias de abusos, de institucionalizações e antecedentes de comportamentos desviantes. A paternalidade tardia ou precoce, excesso de atividade profissional, atitude intolerante, impulsiva e desadequada, limitações intelectuais severas e perturbações de saúde a nível físico ou mental são fatores de risco que delineiam o perfil do abusador (Alves, 2007, citado por Magalhães, 2010).

Fatores de Proteção e Sinais de Alerta

- Os **sinais de alerta** dizem respeito à probabilidade acrescida de ocorrer maus tratos e, por isso, existe a necessidade de uma vigilância e investigação detalhada. Não correspondem por si só a uma situações de diagnóstico de maus tratos mas indicam que existe a necessidade de intervir para proteger a criança/jovem (Direção-Geral da Saúde, 2011).
- Os **fatores de proteção** são variáveis biopsicossociais que **diminuem o impacto dos fatores de risco**. Exemplos: desenvolvimento adequado, bom desempenho escolar, temperamento fácil, vinculação segura com a família, suporte familiar adequado e segurança a nível económico (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Classificação



Negligência

- Refere-se à "incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados" (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7).
- São exemplos de negligência a **carência de higiene**, o **vestuário inadequado à estação do ano** e a existência de **lesões que possam ter advindo da exposição a condições climatéricas adversas**, **inexistência de rotinas**, **acidentes repetidos por falta de supervisão** adequada, **incumprimento do plano nacional de vacinação e de seguimento no programa de saúde infantil e juvenil**, criança com **doença crónica sem cuidados adequados** e **intoxicações e acidentes de repetição.**

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Maus Tratos Emocionais/ Psicológicos

- Os maus tratos do **foro emocional ou psicológico** dizem respeito à criança/jovem que não tem acesso ao afeto, à segurança, a um ambiente adequado para crescer e desenvolver-se e de forma saudável.
- Pode englobar vários comportamentos, desde a rejeição da criança/jovem, à sua depreciação permanente, défice de afeto e amor ou cuidar de forma precária.
- Alguns sinais e sintomas descritos na literatura são episódios repetidos de urgência devido a problemas como cefaleias, mialgias, dores abdominais sem causa ou explicação aparente; Criança/jovem com comportamentos agressivos ou autolesivos, com dificuldade estabelecer relações entre os pares ou ideação suicida, ansiedade, perturbações no controlo do esfíncteres (enurese e encoprese) e sinais de desconforto e choro incontrolável no primeiro ano de vida.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Maus Tratos Físicos

- Referem-se a **"qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico"** (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 8).
- Alguns sinais que podem ser indicativos de maus tratos físicos são as **equimoses, escoriações, queimaduras, cortes em locais que revelem ser de difícil localização para serem traumatismos causados por acidentes** (face, as orelhas, boca, pescoço, genitais e nádegas), síndrome da criança abanada/ sacudida *(Shaken baby syndrome)*, sequelas que indiquem traumatismo antigo, fraturas das costelas, demora/ausência de procura de cuidados médicos, história inadequada ou que não possa explicar a lesão existente, perturbações do desenvolvimento e alterações graves a nível nutricional.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Abuso Sexual

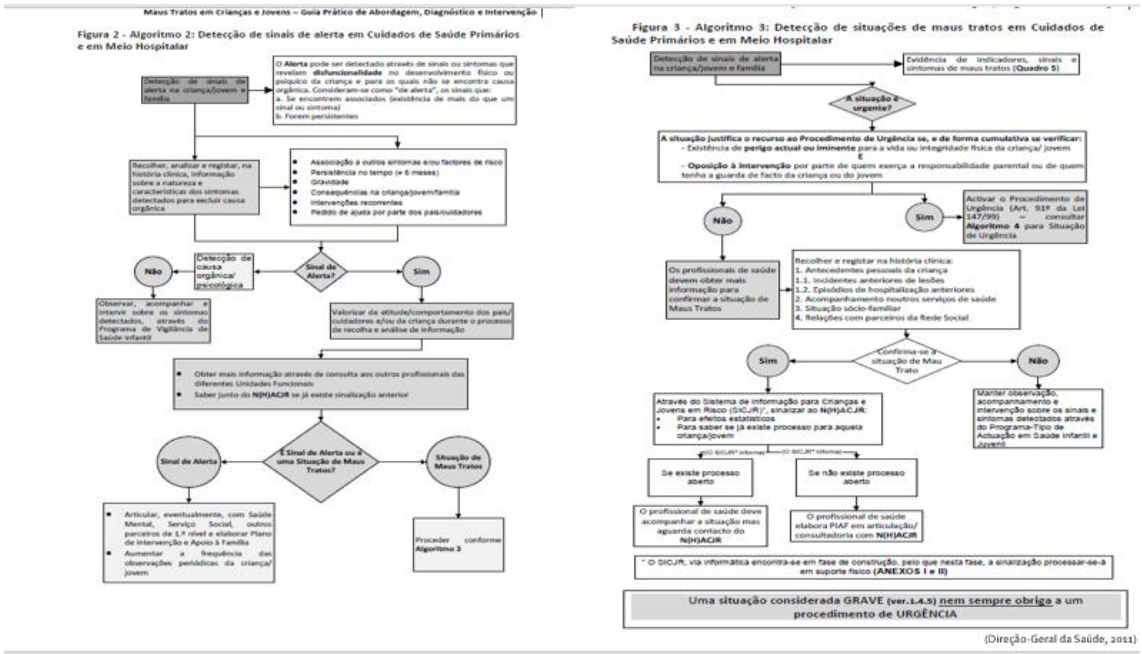
- Diz respeito a qualquer **"atividade cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha"** (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 9).
- Baseia-se numa **relação de poder** e em função da sua idade e de desenvolvimento, a criança **"não tem capacidade para perceber que é vítima; não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido"** (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 9).
- O abuso sexual pode ocorrer de variadas formas, desde obrigar a criança a presenciar conversas e espetáculos obscenos ou manipulação de órgãos sexuais até à prática de coito.
- O abuso sexual é de **difícil diagnóstico** uma vez que, por norma, não existem indícios físicos. No entanto, os sinais indicativos que poderá ter existido abuso sexual são: **lesões genitais externas, presença de sémen no corpo da criança/jovem, lassidão do esfíncter anal, prurido/dor/ edema nos genitais, laceração do hímen, petéquias ou lacerações na mucosa oral, diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez.**

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Síndrome de Munchausen por Procuração

- Trata-se da necessidade de **criar evidencias** da **existência de uma doença** e **induzir os profissionais de saúde** a admitir esta **falsa realidade.**
- Por vezes as crianças são submetidas a exames de diagnóstico exaustivos e invasivos e têm internamentos frequentes.
- São exemplos a **administração de drogas** e **medicamentos** que **comprometam o estado de saúde da criança, colocar sangue ou outros contaminantes às amostras de urina** e levar a criança ao **estado de apneia temporária por sufocação** e recorrer aos serviços de urgência nestes contextos.

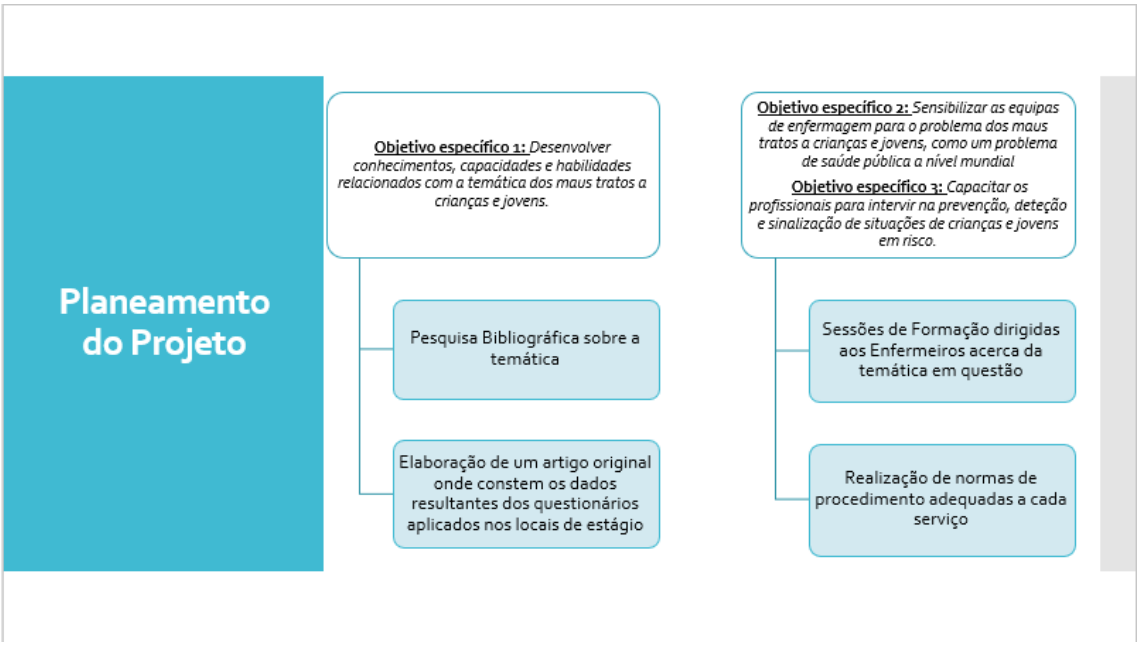
(Direção-Geral da Saúde, 2011)

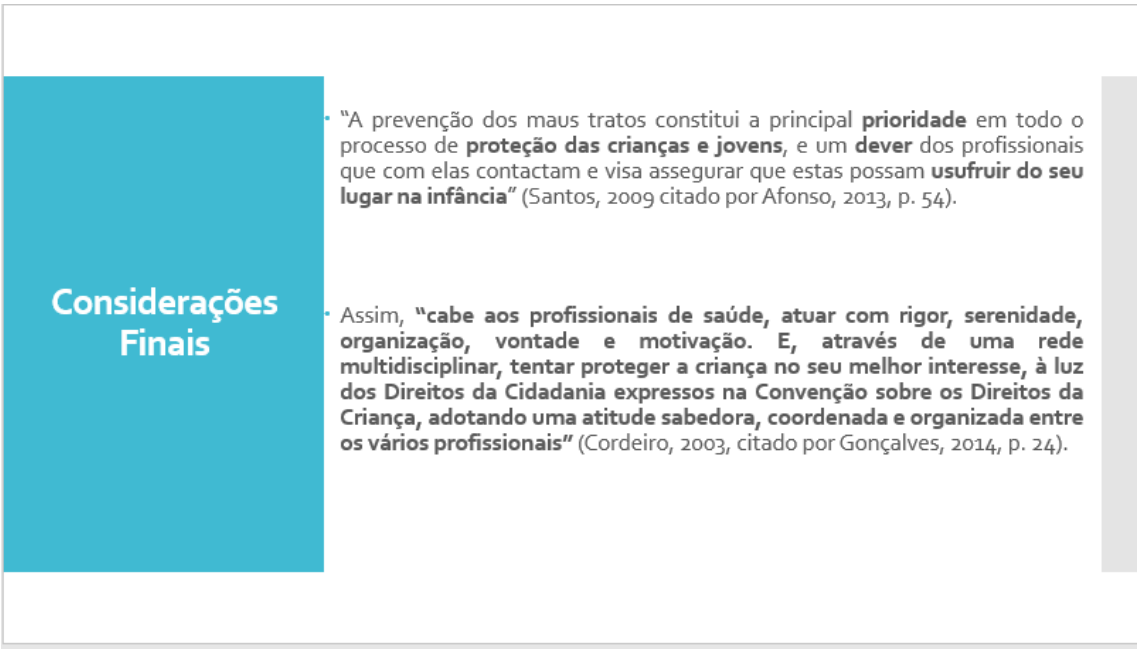


Objetivos do Projeto de Intervenção

Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

- -Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens.
- -Sensibilizar as equipas de enfermagem acerca dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível mundial.
- -Capacitar os profissionais para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco.


Planeamento do Projeto
Objetivo específico 1: Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens.
Pesquisa Bibliográfica sobre a temática
Elaboração de um artigo original onde constem os dados resultantes dos questionários aplicados nos locais de estágio
Objetivo específico 2: Sensibilizar as equipas de enfermagem para o problema dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível mundial
Objetivo específico 3: Capacitar os profissionais para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco.
Sessões de Formação dirigidas aos Enfermeiros acerca da temática em questão
Realização de normas de procedimento adequadas a cada serviço


Considerações Finais
"A prevenção dos maus tratos constitui a principal prioridade em todo o processo de proteção das crianças e jovens, e um dever dos profissionais que com elas contactam e visa assegurar que estas possam usufruir do seu lugar na infância" (Santos, 2009 citado por Afonso, 2013, p. 54).
Assim, "cabe aos profissionais de saúde, atuar com rigor, serenidade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Cidadania expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotando uma atitude sabedora, coordenada e organizada entre os vários profissionais" (Cordeiro, 2003, citado por Gonçalves, 2014, p. 24).

Considerações Finais

- Os **Enfermeiros** são quem contacta de uma **forma privilegiada** com as crianças e o seu contexto familiar, sendo frequentemente quem contacta com a criança maltratada. São responsáveis por um conjunto de competências que englobam a **prevenção, sinalização, tratamento, reintegração social da criança e jovem e evicção das situações que lhes causem risco ou perigo.**
- A **capacitação e formação** acerca da temática por forma a contribuir para a deteção precoce de sinais de alarme e de situações de risco são o primeiro passo na atuação do enfermeiro neste âmbito.

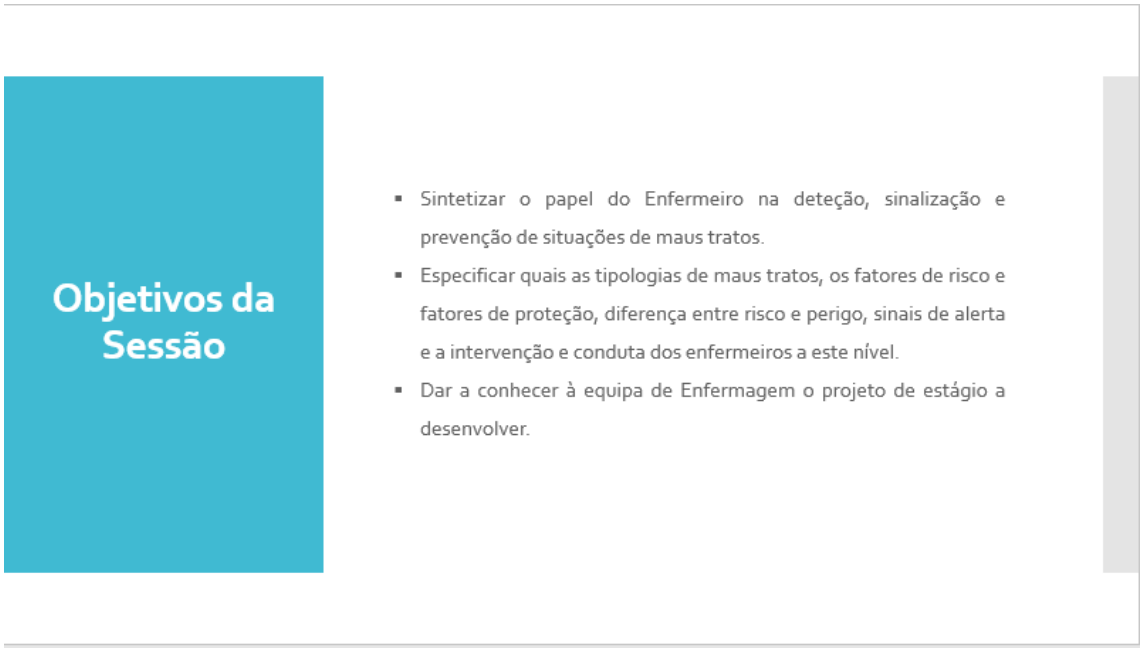
Referências Bibliográficas

- Afonso, V. (2013). *Conhecimentos dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus tratos na criança.* Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1985
- APAV. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir.* Retrieved from www.apav.pt
- Barroso, Z. (2015). Ser criança não deveria doer: contribuição para uma tipologia de maus-tratos infantis diagnosticados num hospital de Lisboa. (Extra Coleção). Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 987-972-772-686-8
- Decreto-Lei n.º 63/2016. Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. (2016). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/75319452
- Direção-Geral da Saúde. Maus tratos em crianças e jovens Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção (2011). Retrieved from https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco-relatorio-2010.aspx
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. Retrieved from http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf
- Gonçalves, J. (2014). *Cuidar de crianças em risco: papel do Enf.º na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos.* Instituto Politécnico de Santarém. Retrieved from https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1255/1/Cuidar de crianças em risco.....pdf
- Magalhães, T. (2010). Abuso de Crianças e Jovens: da suspeita ao diagnóstico. Lidel- Edições Técnicas. ISBN: 978-972-757-655-5
- Regulamento 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República, 2.ª série-N.º 133-12 de julho de 2018 (2018). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/19192194.pdf
- Regulamento nº. 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. (2019). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf
- Silva, D., Afonso, V., & Silva, E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium*, 47, 69–82. Retrieved from http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf

Obrigada pela vossa participação!

- **UUP**

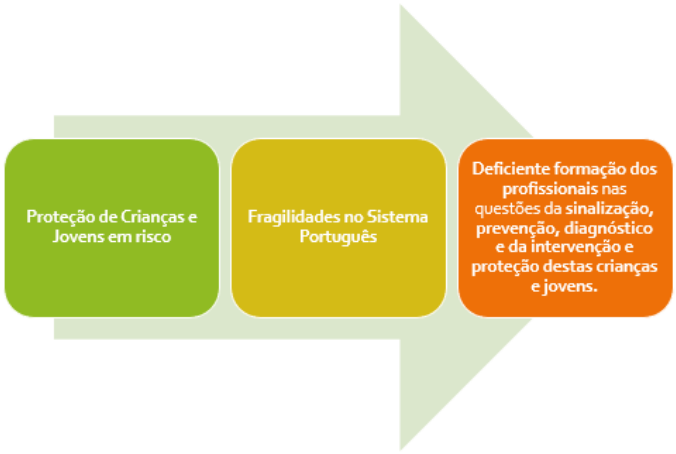
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Crianças e Jovens em Risco
A atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos
3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019-2020
Estágio Final
Unidade de Urgência Pediátrica HSB-CHS
Daniela Abreu
Sob orientação da Enfª Especialista Rute Trigo
e
Professora Doutora Ana Ramos
Setúbal, 10 de Outubro de 2019


Objetivos da Sessão
Sintetizar o papel do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção de situações de maus tratos.
Especificar quais as tipologias de maus tratos, os fatores de risco e fatores de proteção, diferença entre risco e perigo, sinais de alerta e a intervenção e conduta dos enfermeiros a este nível.
Dar a conhecer à equipa de Enfermagem o projeto de estágio a desenvolver.

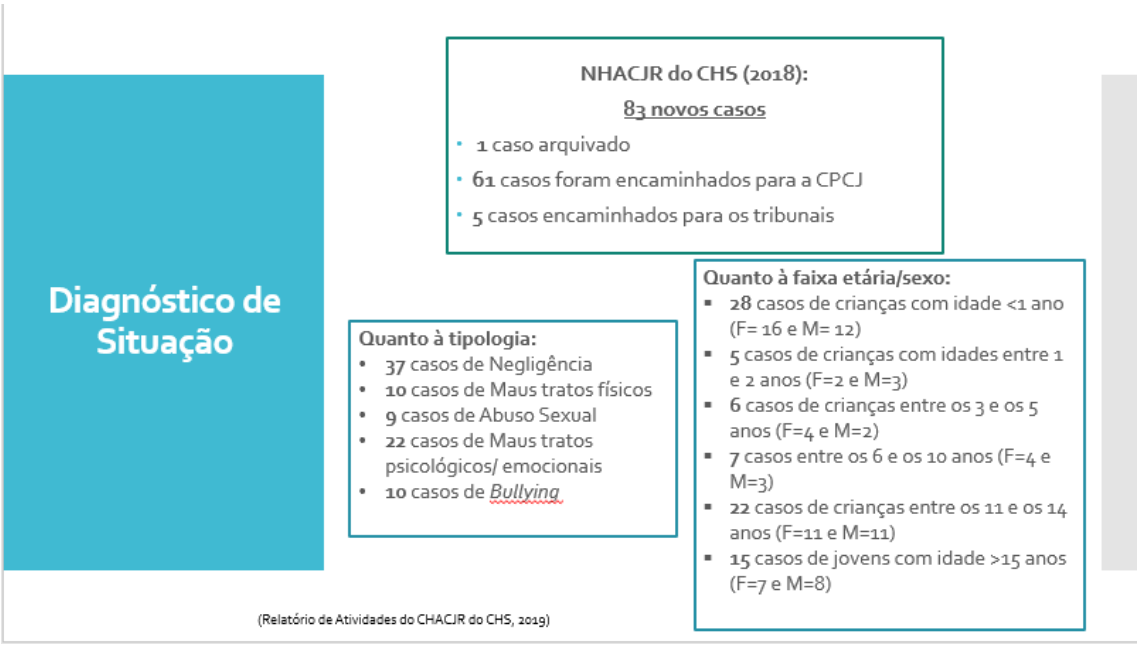
Sumário

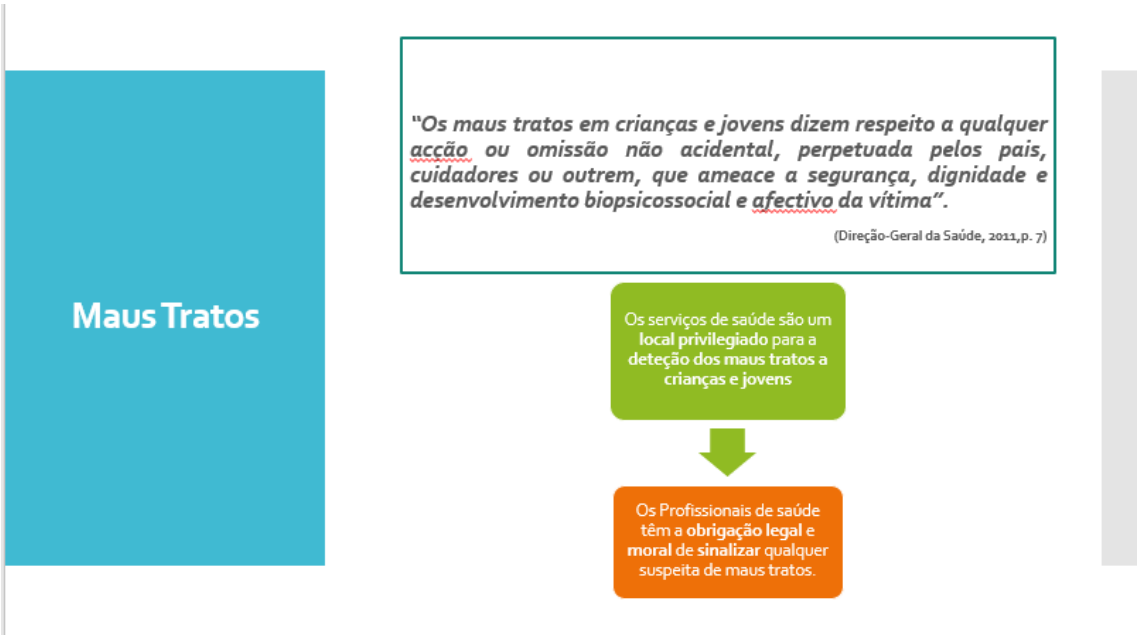
- Diagnóstico de situação
- Definição
- Diferença entre Risco e Perigo e fatores de Risco e Fatores de Proteção
- Classificação
- Sinais de alerta/ Clínica
- Breve apresentação do Projeto de Intervenção
- Considerações Finais

Diagnóstico de Situação



(Magalhães, 2010)


Diagnóstico de Situação
NHACJR do CHS (2018):
83 novos casos
1 caso arquivado
61 casos foram encaminhados para a CPCJ
5 casos encaminhados para os tribunais
Quanto à tipologia:
37 casos de Negligência
10 casos de Maus tratos físicos
9 casos de Abuso Sexual
22 casos de Maus tratos psicológicos/ emocionais
10 casos de Bullying
Quanto à faixa etária/sexo:
28 casos de crianças com idade <1 ano (F= 16 e M= 12)
5 casos de crianças com idades entre 1 e 2 anos (F=2 e M=3)
6 casos de crianças entre os 3 e os 5 anos (F=4 e M=2)
7 casos entre os 6 e os 10 anos (F=4 e M=3)
22 casos de crianças entre os 11 e os 14 anos (F=11 e M=11)
15 casos de jovens com idade >15 anos (F=7 e M=8)
(Relatório de Atividades do CHACJR do CHS, 2019)


Maus Tratos
"Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não acidental, perpetuada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima".
(Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7)
Os serviços de saúde são um local privilegiado para a deteção dos maus tratos a crianças e jovens
Os Profissionais de saúde têm a obrigação legal e moral de sinalizar qualquer suspeita de maus tratos.

Sinais de Alerta e Fatores de Proteção

- Os **sinais de alerta** dizem respeito à probabilidade acrescida de ocorrer maus tratos e, por isso, existe a necessidade de uma vigilância e investigação detalhada. **Não correspondem por si só a uma situações de diagnóstico** de maus tratos mas indicam que existe a **necessidade de intervir para proteger a criança/jovem**.

- Os **fatores de proteção** são variáveis biopsicossociais que **diminuem o impacto dos fatores de risco**. Exemplos: desenvolvimento adequado, bom desempenho escolar, temperamento fácil, vinculação segura com a família, suporte familiar adequado e segurança a nível económico.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Risco e Perigo

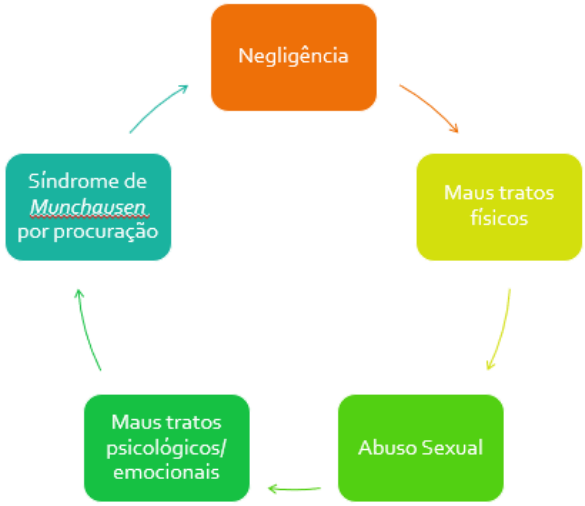
- **O risco** diz respeito ao estado de vulnerabilidade da criança e jovem para sofrer de maus tratos.
- **O perigo**, refere-se à objetivação do risco.

- **Fatores de risco relativos a características individuais do abusador são:**

- idade inferior a 20 anos;
- sexo masculino;
- estatuto socioeconómico baixo,
- baixo nível educacional;
- défice de conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento da criança;
- existência de história familiar de carências afetivas, histórias de abusos, de institucionalizações ou comportamentos desviantes;
- parentalidade tardia ou precoce;
- atitude intolerante, impulsiva ou desadequada;
- limitações intelectuais severas ou problemas de saúde a nível físico ou mental.

(Alves, 2007, citado por Magalhães, 2010)

Classificação



Negligência

- Refere-se à **"incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados"** (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7).

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

- Desnutrição e atraso estato-ponderal (pela privação de alimentação e afetos);
- Múltiplas cáries e higiene dentária inadequada;
- PNV desatualizado e má vigilância de saúde;
- Sujidade, odor marcado, má higiene corporal;
- Vestuário desadequado à estação do ano;
- Atitude indiferente, apatia, olhar triste;
- Criança com doença crónica sem cuidados adequados;
- Acidentes repetidos por falta de supervisão.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Maus Tratos Emocionais/ Psicológicos

- Os maus tratos do **foro emocional ou psicológico** dizem respeito à criança/jovem que não tem acesso ao afeto, à segurança, a um ambiente adequado para crescer e desenvolver-se de forma saudável.
- Pode englobar vários comportamentos, desde a rejeição da criança/jovem, à sua depreciação permanente, défice de afeto e amor ou cuidar de forma precária.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

- Criança com comportamentos desadequados (chama à atenção, atitude de agressividade, tristeza ou indiferença marcada);
- Instabilidade emocional;
- Baixa autoestima;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor;
- Ansiedade, depressão, ideação suicida;
- Alterações no controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Episódios repetidos de Urgência sem explicação aparente;
- Perturbações alimentares.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Maus Tratos Físicos

- Referem-se a **"qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico"** (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 8).

Tipologia:

- Lesões da pele:

1. Equimoses, hematomas
2. Feridas
3. Queimaduras

- Lesões viscerais
- Lesões ósseas
- Traumatismo crânio encefálico

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

Lesões da pele:

- Equimoses e hematomas: cabeça, dorso, glúteos, abdómen, anca, mãos (idades <4 anos);
- Lesões de maior dimensão e sem relação com a mobilidade da criança;
- Lesões que se assemelham com a forma/ marca do objeto utilizado;
- Equimoses em vários estádios evolutivos.

Queimaduras:

- Por abrasão
- Por imersão
- Por contacto com objetos

Feridas:

-Contusas

-Por arma branca (punctiformes)

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

Lesões Viscerais:

- Abdominais (Ingestão de produtos tóxicos, rutura do baço ou fígado)
- Musculares (suspensão da criança pelos braços, lesões ligamentares ou lesões do plexo braquial)
- Lesões genitais (contusões testiculares)

Lesões Ósseas:

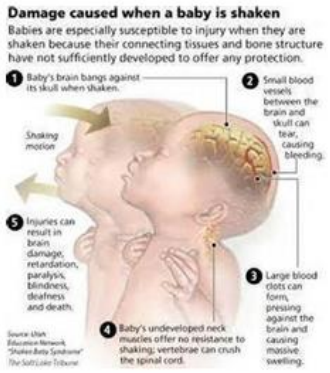
- Múltiplos traumatismos
- Fraturas (úmero, tíbia e fémur, fraturas de localização posterior)
- Múltiplas fraturas em diferentes estádios de consolidação.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

TCE

- >95% da lesões intracranianas graves no 1º ano de vida devem-se à ocorrências de Maus tratos.
- Convulsões
- Apneia
- Coma
- Fratura ou hematoma na TC-CE
- Sinais de hipertensão intracraniana
- *Shaken Baby Syndrome*



(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Abuso Sexual

- Diz respeito a qualquer **"atividade cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha"** (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 9).
- Baseia-se numa **relação de poder** e em função da sua idade e de desenvolvimento, a criança **"não tem capacidade para perceber que é vítima; não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido"** (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 9).

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

- Alterações comportamentais
- Alterações no padrão intestinal
- Alterações do apetite
- Terrores noturnos
- Comportamentos sexualizados
- Dificuldade em andar ou sentar-se
- Recusa despir-se para o exame físico
- Medo de uma pessoa/membro da família em particular
- Equimoses ou escoriações na face interna das coxas e região genital
- Cicatrizes, feridas ou fissuras dos grandes lábios
- Alargamento/distorção do hímen
- Laceração anal
- Petéquias ou lacerações na mucosa oral
- Gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Síndrome de Munchausen por Procuração

- Trata-se da necessidade de **criar evidencias** da **existência de uma doença** e **induzir os profissionais de saúde** a admitir esta **falsa realidade.**
- Por vezes as crianças são submetidas a exames de diagnóstico exaustivos e invasivos e têm internamentos frequentes.
- São exemplos a **administração de drogas** e **medicamentos** que **comprometam o estado de saúde da criança, colocar sangue ou outros contaminantes às amostras de urina** e levar a criança ao **estado de apneia temporária por sufocação** e recorrer aos serviços de urgência nestes contextos.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

- Criança que à aproximação se protege com os braços ou mãos;
- Fecha os olhos quando o Profissional de Saúde se aproxima;
- Baixa autoestima;
- Comportamento antissocial ou autolesivo.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Orientações

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Como Sinalizar?

NHACJR- Procedimento S.P.B. o6

- Preencher a folha de sinalização.
- Imprimir o episódio /Recolher informação possível (morada e contactos atualizados e identificação do acompanhante).
- Encaminhar para o secretariado da área da Pediatria ou entregar a informação a um elemento do NHACJR.

Contactos:
FAX: 265549039
Email: nhacjr.setubal@chs.min-saude.pt

Objetivos e Planeamento do Projeto de Intervenção

Objetivo Geral: Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

Objetivo específico 1: *Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens.*

- Pesquisa Bibliográfica sobre a temática
- Elaboração de um artigo original onde constem os dados resultantes dos questionários aplicados nos locais de estágio

Objetivo específico 2: *Sensibilizar as equipas de enfermagem para o problema dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível mundial*

Objetivo específico 3: *Capacitar os Enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco.*

- Sessões de Formação dirigidas aos Enfermeiros acerca da temática em questão
- Realização de normas de procedimento adequadas a cada serviço

Considerações Finais

- "A prevenção dos maus tratos constitui a principal **prioridade** em todo o processo de **proteção das crianças e jovens**, e um **dever** dos profissionais que com elas contactam e visa assegurar que estas possam **usufruir do seu lugar na infância**" (Santos, 2009 citado por Afonso, 2013, p. 54).
- **"Cabe aos profissionais de saúde, atuar com rigor, serenidade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Cidadania expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotando uma atitude sabedora, coordenada e organizada entre os vários profissionais"** (Cordeiro, 2003, citado por Gonçalves, 2014, p. 24).
- A **capacitação e formação** contribui para a deteção precoce de sinais de alarme e de situações de risco, ações que constituem o primeiro passo na atuação do enfermeiro neste âmbito.

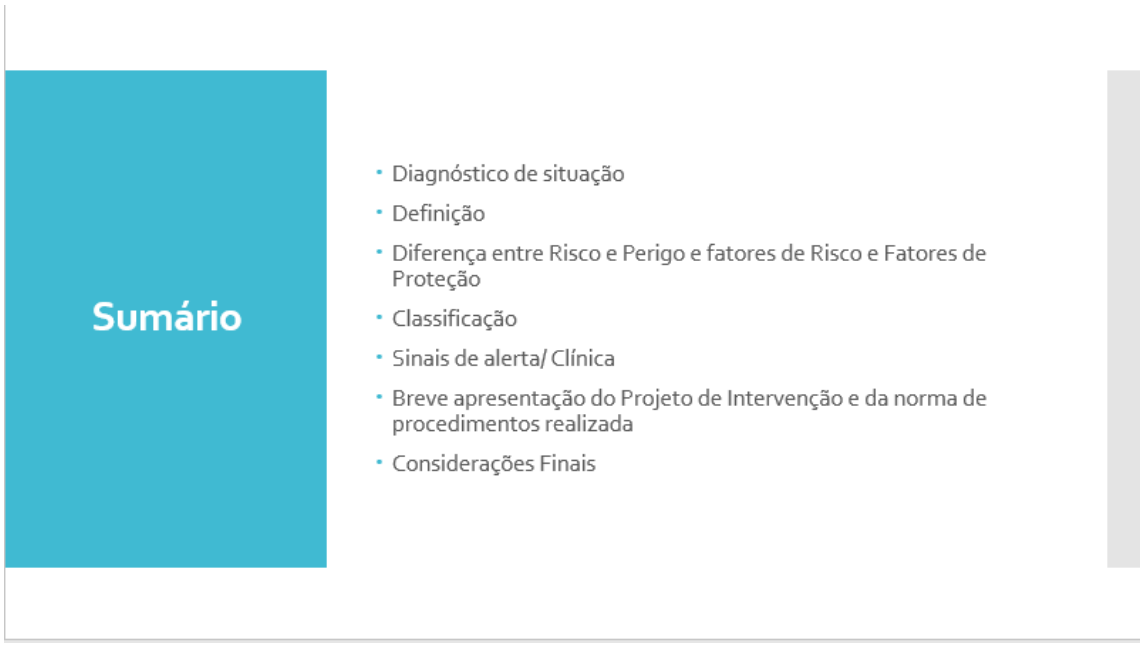
Referências Bibliográficas

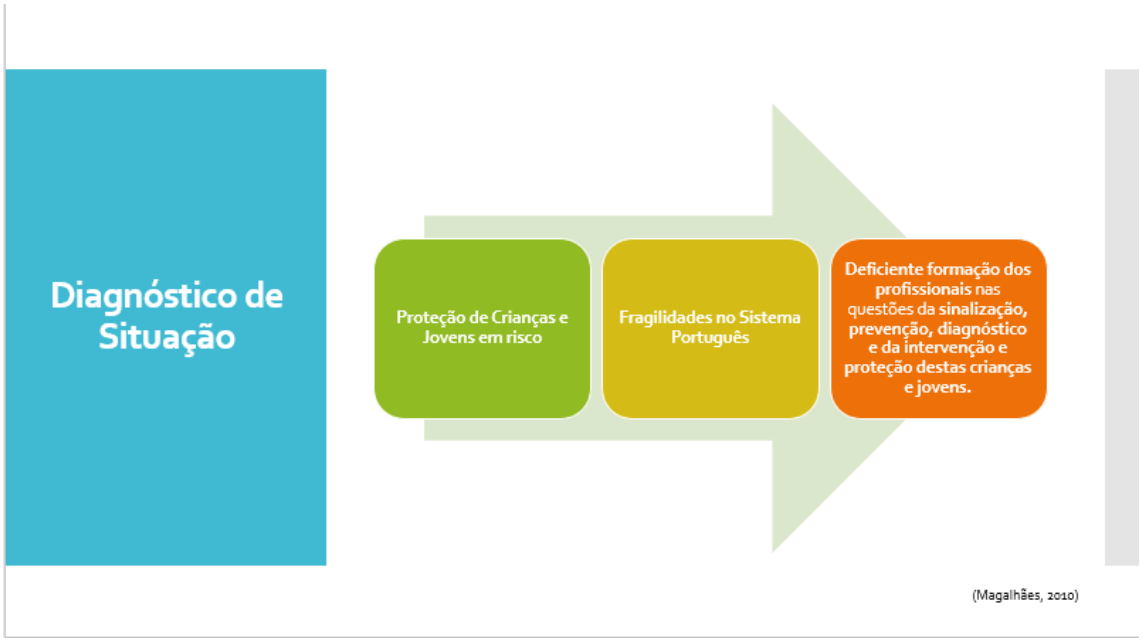
- Afonso, V. (2013). *Conhecimentos dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus tratos na criança*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1985
- APAV. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Retrieved from www.apav.pt
- Barroso, Z. (2015). Ser criança não deveria doer: contribuição para uma tipologia de maus-tratos infantis diagnosticados num hospital de Lisboa. (Extra Coleção). Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 987-972-772-686-8
- Decreto-Lei n.º 63/2016. Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. (2016). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/75319452
- Direção-Geral da Saúde. Maus tratos em crianças e jovens Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção (2011). Retrieved from https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco-relatorio-2010.aspx
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. Retrieved from http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf
- Gonçalves, J. (2014). *Cuidar de crianças em risco: papel do Enf.º na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos*. Instituto Politécnico de Santarém. Retrieved from https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1255/1/Cuidar de crianças em risco....pdf
- Magalhães, T. (2010). Abuso de Crianças e Jovens: da suspeita ao diagnóstico. Lidel- Edições Técnicas. ISBN: 978-972-757-655-5
- Regulamento 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República, 2.ª série-N.º 133-12 de julho de 2018 (2018). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf
- Regulamento nº. 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. (2019). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf
- Silva, D., Afonso, V., & Silva, E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium*, *47*, 69–82. Retrieved from http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf

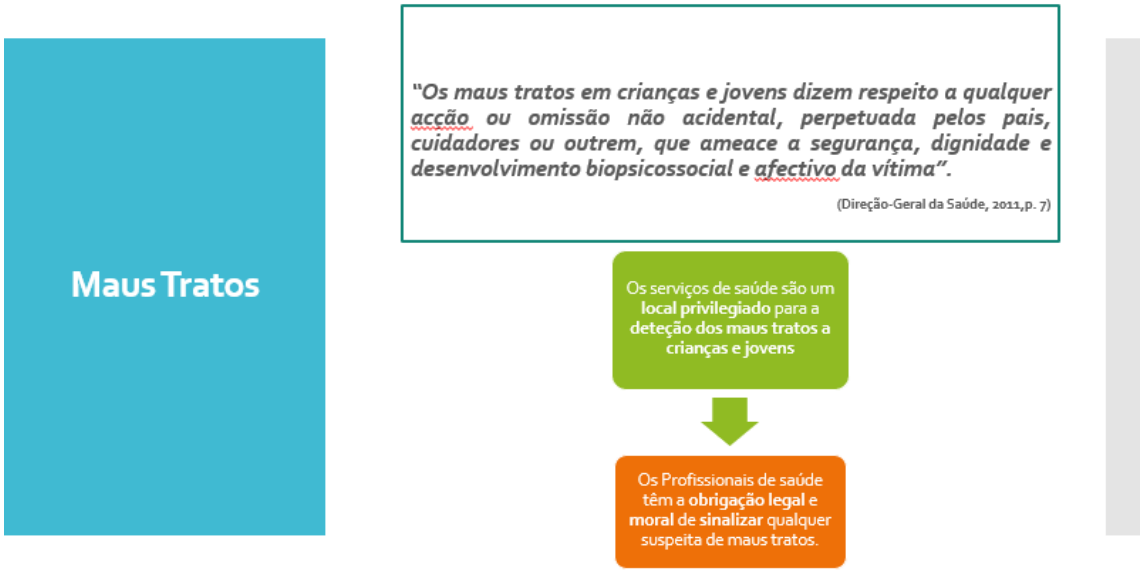
Dúvidas?

Obrigada pela vossa participação!

- **Internamento de Pediatria**




Diagnóstico de Situação
Proteção de Crianças e Jovens em risco
Fragilidades no Sistema Português
Deficiente formação dos profissionais nas questões da sinalização, prevenção, diagnóstico e da intervenção e proteção destas crianças e jovens.
(Magalhães, 2010)


Maus Tratos
"Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não acidental, perpetuada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima".
(Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7)
Os serviços de saúde são um local privilegiado para a deteção dos maus tratos a crianças e jovens
Os Profissionais de saúde têm a obrigação legal e moral de sinalizar qualquer suspeita de maus tratos.

Sinais de Alerta e Fatores de Proteção

- Os **sinais de alerta** dizem respeito à probabilidade acrescida de ocorrer maus tratos e, por isso, existe a necessidade de uma vigilância e investigação detalhada. **Não correspondem por si só a uma situações de diagnóstico** de maus tratos mas indicam que existe a **necessidade de intervir para proteger a criança/jovem**.

- Os **fatores de proteção** são variáveis biopsicossociais que **diminuem o impacto dos fatores de risco**. Exemplos: desenvolvimento adequado, bom desempenho escolar, temperamento fácil, vinculação segura com a família, suporte familiar adequado e segurança a nível económico.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

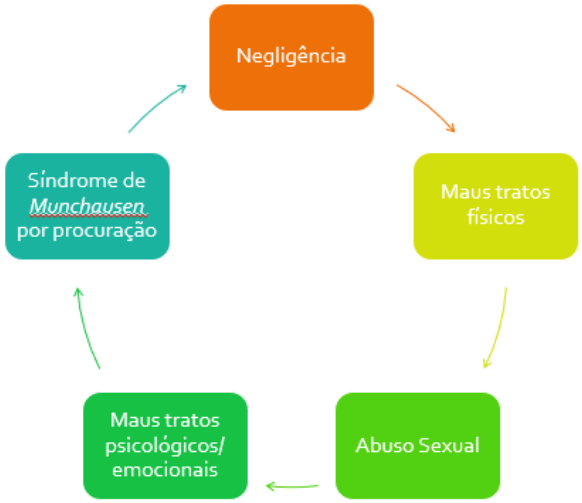
Risco e Perigo

- **O risco** diz respeito ao estado de vulnerabilidade da criança e jovem para sofrer de maus tratos.
- **O perigo**, refere-se à objetivação do risco.

- **Fatores de risco relativos a características individuais do abusador são:**
  - idade inferior a 20 anos;
  - sexo masculino;
  - estatuto socioeconómico baixo,
  - baixo nível educacional;
  - défice de conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento da criança;
  - existência de história familiar de carências afetivas, histórias de abusos, de institucionalizações ou comportamentos desviantes;
  - parentalidade tardia ou precoce;
  - atitude intolerante, impulsiva ou desadequada;
  - limitações intelectuais severas ou problemas de saúde a nível físico ou mental.

(Alves, 2007, citado por Magalhães, 2010)

Classificação



Negligência

- Refere-se à **"incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados"** (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 7).

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

- Desnutrição e atraso estato-ponderal (pela privação de alimentação e afetos);
- Múltiplas cáries e higiene dentária inadequada;
- PNV desatualizado e má vigilância de saúde;
- Sujidade, odor marcado, má higiene corporal;
- Vestuário desadequado à estação do ano;
- Atitude indiferente, apatia, olhar triste;
- Criança com doença crónica sem cuidados adequados;
- Acidentes repetidos por falta de supervisão.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Maus Tratos Emocionais/ Psicológicos

- Os maus tratos do **foro emocional ou psicológico** dizem respeito à criança/jovem que não tem acesso ao afeto, à segurança, a um ambiente adequado para crescer e desenvolver-se de forma saudável.
- Pode englobar vários comportamentos, desde a rejeição da criança/jovem, à sua depreciação permanente, défice de afeto e amor ou cuidar de forma precária.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

- Criança com comportamentos desadequados (chama à atenção, atitude de agressividade, tristeza ou indiferença marcada);
- Instabilidade emocional;
- Baixa autoestima;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor;
- Ansiedade, depressão, ideação suicida;
- Alterações no controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Episódios repetidos de Urgência sem explicação aparente;
- Perturbações alimentares.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Maus Tratos Físicos

- Referem-se a **"qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico"** (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 8).

Tipologia:

- Lesões da pele:

1. Equimoses, hematomas
2. Feridas
3. Queimaduras

- Lesões viscerais
- Lesões ósseas
- Traumatismo crânio encefálico

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta

Lesões da pele:

- Equimoses e hematomas: cabeça, dorso, glúteos, abdómen, anca, mãos (idades <4 anos);
- Lesões de maior dimensão e sem relação com a mobilidade da criança;
- Lesões que se assemelham com a forma/ marca do objeto utilizado;
- Equimoses em vários estádios evolutivos.

Queimaduras:

- Por abrasão
- Por imersão
- Por contacto com objetos

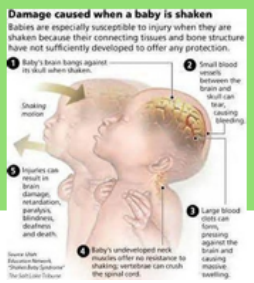
Feridas:

-Contusas

-Por arma branca (punctiformes)

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Sinais de Alerta



Lesões Viscerais:

- Abdominais (Ingestão de produtos tóxicos, rutura do baço ou fígado)
- Musculares (suspensão da criança pelos braços, lesões ligamentares ou lesões do plexo braquial)
- Lesões genitais (contusões testiculares)

Lesões Ósseas:

- Múltiplos traumatismos
- Fraturas (úmero, tíbia e fémur, fraturas de localização posterior)
- Múltiplas fraturas em diferentes estádios de consolidação.

TCE

- Convulsões; apneia ou coma
- Fratura ou hematoma na TC-CE
- Sinais de hipertensão intracraniana
- *Shaken Baby Syndrome*

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Abuso Sexual

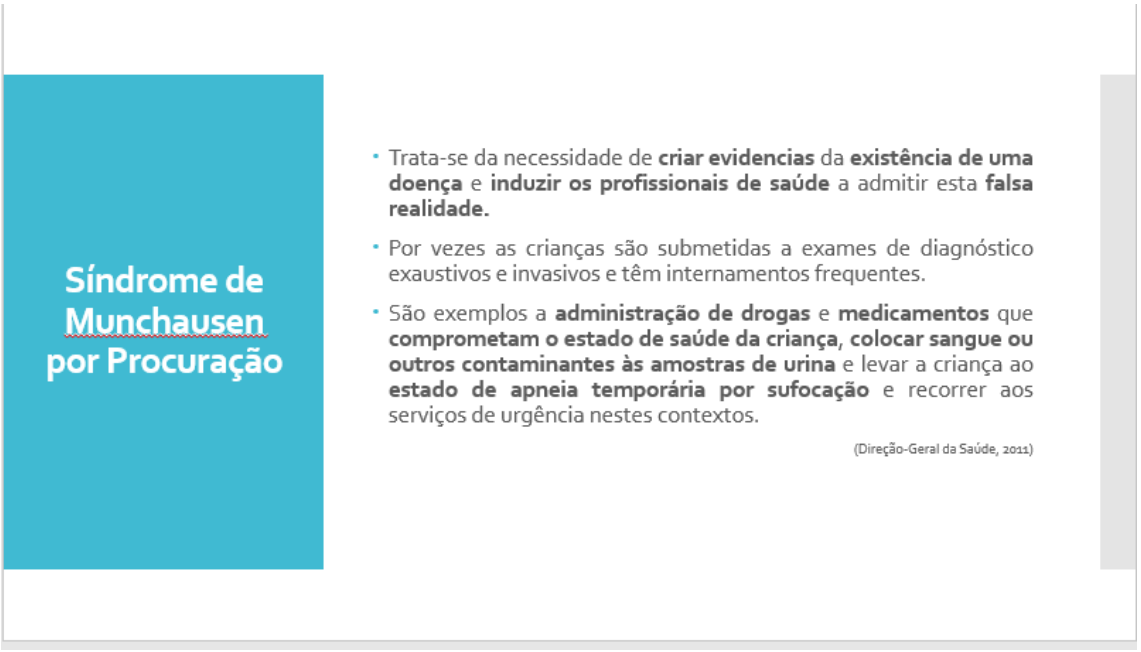
- Diz respeito a qualquer **"atividade cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha"** (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 9).
- Baseia-se numa **relação de poder** e em função da sua idade e de desenvolvimento, a criança **"não tem capacidade para perceber que é vítima; não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido"** (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 9).

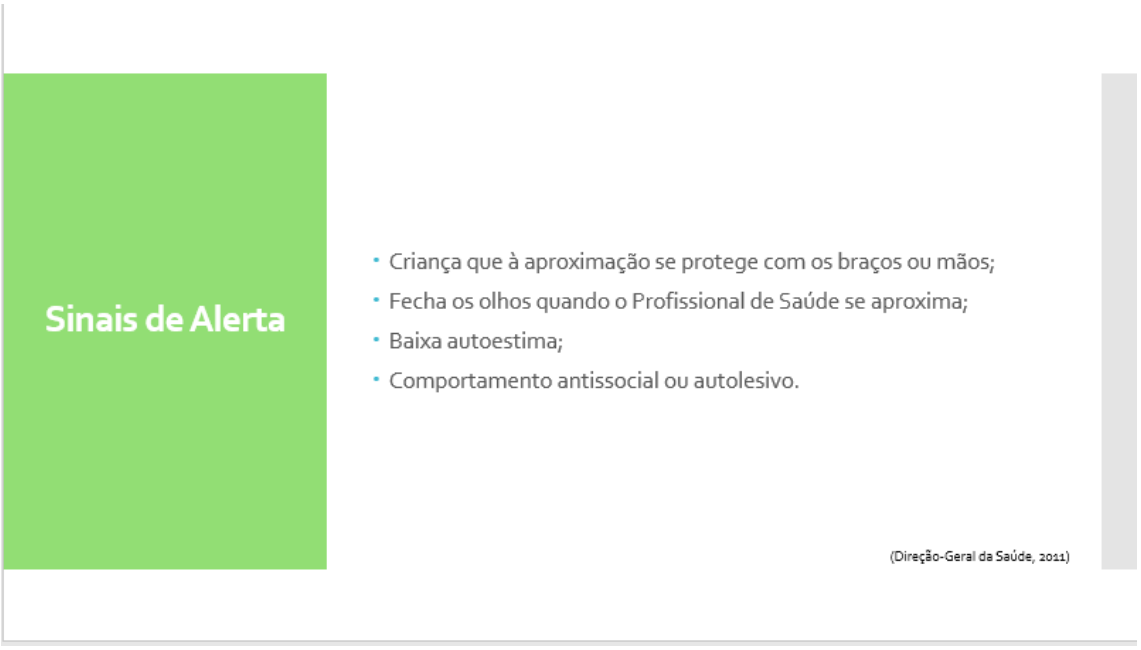
(Direção-Geral da Saúde, 2011)

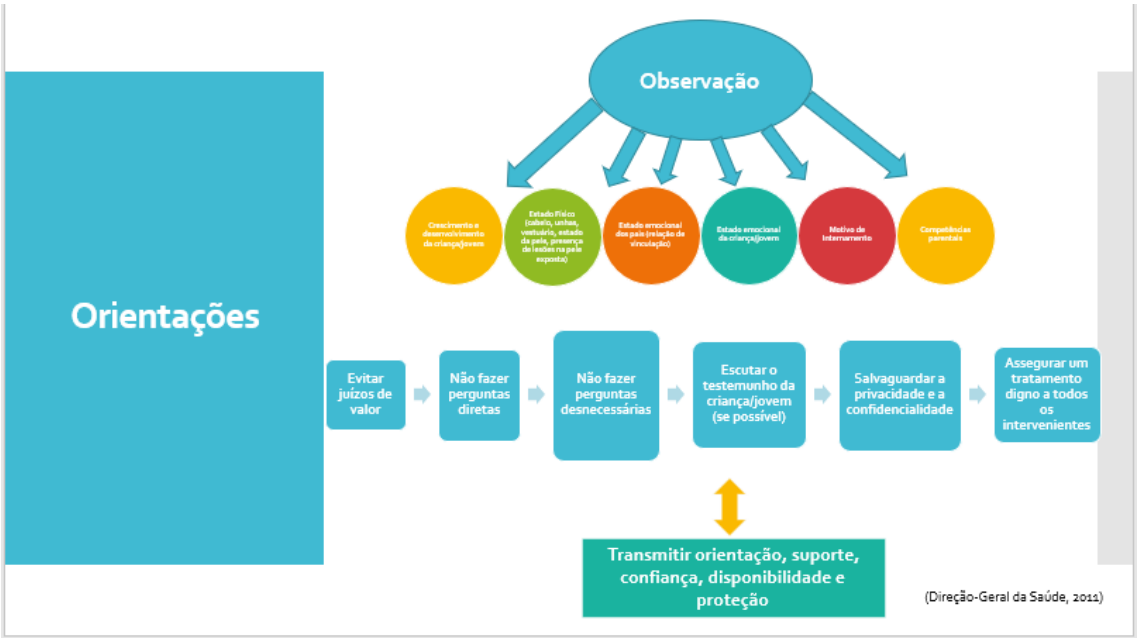
Sinais de Alerta

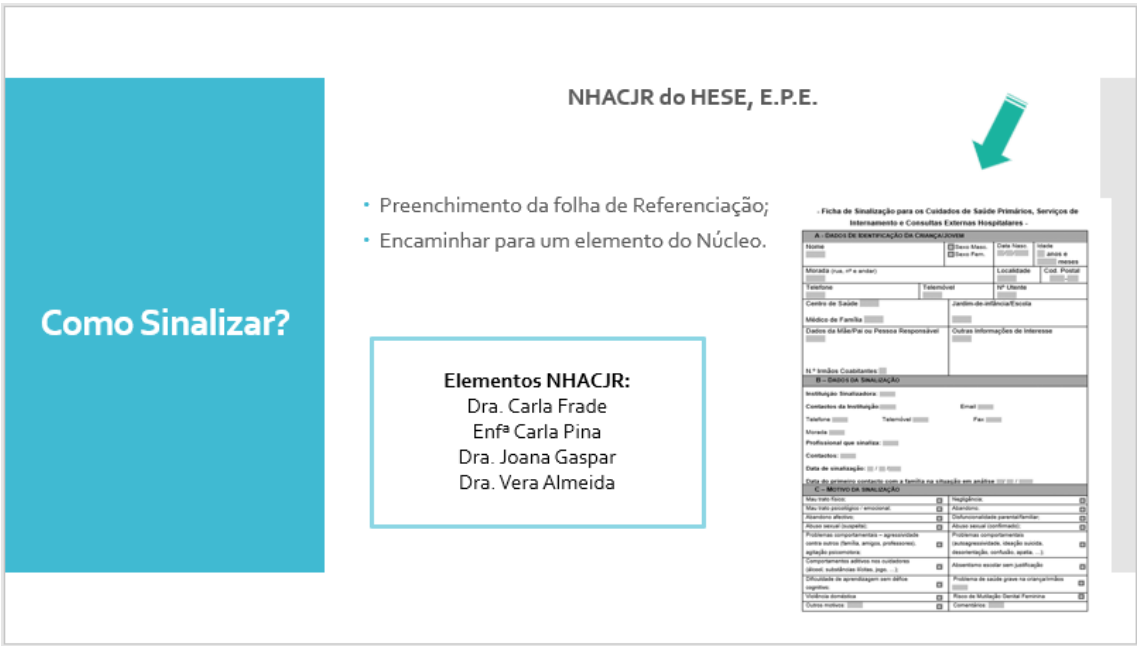
- Alterações comportamentais
- Alterações no padrão intestinal
- Alterações do apetite
- Terrores noturnos
- Comportamentos sexualizados
- Dificuldade em andar ou sentar-se
- Recusa despir-se para o exame físico
- Medo de uma pessoa/membro da família em particular
- Equimoses ou escoriações na face interna das coxas e região genital
- Cicatrizes, feridas ou fissuras dos grandes lábios
- Alargamento/distorção do hímen
- Laceração anal
- Petéquias ou lacerações na mucosa oral
- Gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis.

(Direção-Geral da Saúde, 2011)


Síndrome de Munchausen por Procuração
Trata-se da necessidade de criar evidencias da existência de uma doença e induzir os profissionais de saúde a admitir esta falsa realidade.
Por vezes as crianças são submetidas a exames de diagnóstico exaustivos e invasivos e têm internamentos frequentes.
São exemplos a administração de drogas e medicamentos que comprometam o estado de saúde da criança, colocar sangue ou outros contaminantes às amostras de urina e levar a criança ao estado de apneia temporária por sufocação e recorrer aos serviços de urgência nestes contextos.
(Direção-Geral da Saúde, 2011)


Sinais de Alerta
Criança que à aproximação se protege com os braços ou mãos;
Fecha os olhos quando o Profissional de Saúde se aproxima;
Baixa autoestima;
Comportamento antissocial ou autolesivo.
(Direção-Geral da Saúde, 2011)


Orientações
Observação
Crescimento e desenvolvimento da criança/jovem
Estado Físico (cabelo, unhas, vestuário, estado da pele, presença de lesões na pele exposta)
Estado emocional dos pais (relação de vinculação)
Estado emocional da criança/jovem
Motivo de internamento
Competências parentais
Evitar juízos de valor
Não fazer perguntas diretas
Não fazer perguntas desnecessárias
Escutar o testemunho da criança/jovem (se possível)
Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade
Assegurar um tratamento digno a todos os intervenientes
Transmitir orientação, suporte, confiança, disponibilidade e proteção
(Direção-Geral da Saúde, 2011)


Como Sinalizar?
NHACJR do HESE, E.P.E.
Preenchimento da folha de Referenciação;
Encaminhar para um elemento do Núcleo.
Elementos NHACJR:
Dra. Carla Frade
Enfª Carla Pina
Dra. Joana Gaspar
Dra. Vera Almeida

Objetivos e Planeamento do Projeto de Intervenção

Objetivo Geral: Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

Objetivo específico 1: *Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens.*

- Pesquisa Bibliográfica sobre a temática
- Elaboração de um artigo original onde constem os dados resultantes dos questionários aplicados nos locais de estágio

Objetivo específico 2: *Sensibilizar as equipas de enfermagem para o problema dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível mundial*

Objetivo específico 3: *Capacitar os Enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco.*

- Sessões de Formação dirigidas aos Enfermeiros acerca da temática em questão
- Realização de normas de procedimento adequadas a cada serviço

Procedimentos à Criança/ Jovem vítima de maus tratos ou suspeita destes

Objetivo: Sensibilizar as equipas de Enfermagem para o problema dos maus tratos a crianças e jovens como um problema de saúde pública a nível mundial e capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco através da uniformização das suas práticas e conhecimento os protocolos a seguir.

Destinatários: Equipas de Enfermagem de todos os serviços do Hospital do Espírito Santo, E.P.E. que admitem crianças ou jovens.

Considerações Finais

- "A prevenção dos maus tratos constitui a principal **prioridade** em todo o processo de **proteção das crianças e jovens**, e um **dever** dos profissionais que com elas contactam e visa assegurar que estas possam **usufruir do seu lugar na infância**" (Santos, 2009 citado por Afonso, 2013, p. 54).
- **"Cabe aos profissionais de saúde, atuar com rigor, serenidade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Cidadania expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotando uma atitude sabedora, coordenada e organizada entre os vários profissionais"** (Cordeiro, 2003, citado por Gonçalves, 2014, p. 24).
- A **capacitação e formação** contribui para a deteção precoce de sinais de alarme e de situações de risco, ações que constituem o primeiro passo na atuação do enfermeiro neste âmbito.

Referências Bibliográficas

- Afonso, V. (2013). *Conhecimentos dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus tratos na criança*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1985
- APAV. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Retrieved from www.apav.pt
- Barroso, Z. (2015). Ser criança não deveria doer: contribuição para uma tipologia de maus-tratos infantis diagnosticados num hospital de Lisboa. (Extra Coleção). Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 987-972-772-686-8
- Decreto-Lei n.º 63/2016. Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. (2016). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/75319452
- Direção-Geral da Saúde. Maus tratos em crianças e jovens Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção (2011). Retrieved from https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco-relatorio-2010.aspx
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. Retrieved from http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf
- Gonçalves, J. (2014). *Cuidar de crianças em risco: papel do Enf.º na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos*. Instituto Politécnico de Santarém. Retrieved from https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1255/1/Cuidar de crianças em risco:....pdf
- Magalhães, T. (2010). Abuso de Crianças e Jovens: da suspeita ao diagnóstico. Lidel- Edições Técnicas. ISBN: 978-972-757-655-5
- Regulamento 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República, 2.ª série-N.º 133-12 de julho de 2018 (2018). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf
- Regulamento nº. 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. (2019). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf
- Silva, D., Afonso, V., & Silva, E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium*, 47, 69–82. Retrieved from http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf

Dúvidas?

Obrigada pela vossa participação!

Apêndice D

Norma de Enfermagem realizada no âmbito do Estágio no Internamento de Pediatria

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

OBJETIVO: Uniformizar os critérios de atuação perante a criança ou jovem menor de 18 anos sujeita a maus tratos ou suspeita destes.

SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇOES:
CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CPP- Código Penal Português
EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
HESE- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.
NHACJR- Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

Abuso Sexual- Corresponde ao envolvimento de uma criança ou jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação de um adulto ou pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder na qual a criança ou jovem não tem capacidade para perceber que é a vítima e não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre a esclarecido.
Criança/Jovem- Pessoa com menos de 18 anos de idade.
Entidades de Primeira Linha- São todas as que desenvolvem atividades na área da infância ou juventude e têm a responsabilidade e a legitimidade para intervir no sentido da promoção dos direitos das crianças e jovens em risco (Hospitais, Centros de Saúde, Escolas, Forças Policiais, etc).
Guarda de Facto- Relação entre a criança/jovem e outra pessoa que assume de forma continuada as funções essenciais próprias de quem tem responsabilidades parentais.
Mau trato- Diz respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, praticada pelos pais, cuidadores ou outros, que ameace a segurança, dignidade e o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.
Mau Trato Físico- Refere-se a qualquer ação , não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros, a qual provoque (ou possa vi a provocar) dano físico à criança/jovem.
Mau trato Psicológico- Diz respeito à incapacidade de proporcionar à criança/jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e de segurança para que esta possa crescer e desenvolver-se de uma forma saudável. Engloba os comportamentos de rejeição da criança, depreciação permanente, défice de afeto e amor, ou cuidar de uma forma precária.
Negligência- Resulta da incapacidade de proporcionar à criança/jovem a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto, saúde indispensáveis para o seu crescimento e desenvolvimento adequados. Inclui as situações de abandono e mendicidade.
Perigo- Refere-se à objetivação do risco e a evolução negativa das situações de risco leva ao surgimento de situações de perigo para a criança/jovem.
Risco- Diz respeito ao estado de vulnerabilidade da criança/jovem para sofrer de maus tratos.
Situação de Urgência- Estado de perigo atual/iminente para a vida ou integridade física da criança/jovem.
Síndrome de Munchausen por Procuração- Necessidade de criar evidências da existência de uma doença e induzir os profissionais de saúde a admitir esta falsa realidade. Por vezes as crianças são submetidas a exames de diagnóstico exaustivos e invasivos e têm internamentos frequentes. São exemplos a administração de drogas e medicamentos que comprometam o estado de saúde da criança, colocar sangue ou outros contaminantes às amostras de urina e levar a criança ao estado de apneia temporária por sufocação e recorrer aos serviços de urgência nestes contextos.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	1/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

INTRODUÇÃO:

"Em 2010 as autoridades policiais portuguesas registaram 611 crimes de violência doméstica envolvendo menores e 231 crimes de maus tratos/ sobrecarga de menores. (…) A APAV registou 450 casos de maus tratos em 2010" (APAV, 2011, p. 11).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) (2006), citado por Magalhães (2010), p.18 "apenas 2,4% das crianças em todo o mundo estão legalmente protegidas dos castigos corporais nos diversos contextos em que estes possam ocorrer". Em 2004, 218 milhões de crianças foram submetidas a exploração infantil e 126 milhões dizem respeito a trabalhos considerados de risco (ILO, 2006, citado por Magalhães, 2010).

No ano de 2002 ocorreram 31 000 mortes por homicídio de crianças com idade inferior a quinze anos em todo o mundo. A crianças até aos 4 anos de idade são o grupo etário mais vulnerável e representam o dobro relativamente às crianças entre os 5 e os 14 anos de idade. Estima-se se que desde o ano 2000, 5,7 milhões de crianças foram obrigadas a cumprir trabalhos forçados, 1,8 milhões estiveram envolvidas em casos de prostituição e pornografia e 1,2 milhões de crianças foram vítimas de tráfico humano. A prevalência de abuso de menores é mais elevada em países com maiores desigualdades socioeconómicas. O abuso físico parece ser mais facilmente identificado quando comparado com a negligência e com o abuso psicológico e emocional (OMS, 2006, citado por Magalhães, 2010). Relativamente aos números nacionais, em 1985 foi publicado o primeiro estudo do CEJ (Centro de Estudos Judiciários) que revelou que existiam 30 000 novos casos de maus tratos por ano, sendo que desses 23000 corresponderem a casos de negligência, 6000 a casos de maus tratos físicos e 1000 vítimas de abuso sexual (Amaro, 1986, citado por Magalhães, 2010). Atualmente os números correspondem a estimativas que não acomodam a real extensão da problemática e provêm dos hospitais, dos órgãos da polícia criminal, das CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) e dos serviços médico-legais. Os estudos epidemiológicos revelam que género feminino é o mais vulnerável quando falamos de abuso sexual e quanto ao abuso na sua forma física, existe maior prevalência no género masculino (Magalhães, 2010).

É de referir que "os crimes de "violência doméstica" e de "maus tratos", os "crimes contra a liberdade sexual que vitimem menores de 18 anos" e "crimes contra a autodeterminação sexual" (com excepção do crime do artigo 173º do CPP(Código Penal Português) assumem natureza pública" (Magalhães, 2010, p. 142). Desta forma, a lei Portuguesa obriga à sinalização dos crimes contra menores de idade (artigo 242º do CPP) pelas entidades policiais ou funcionários equiparados ao Ministério Público para que o caso seja devidamente averiguado. Por outro lado, obriga ainda a população em geral a comunicar os casos de suspeita de maus tratos a crianças e jovens às entidades policiais, comissões de Proteção ou às autoridades judiciárias (artigo 66º da Lei nº147/99 de 1 de setembro) (Magalhães, 2010). Assim, os Serviços de Saúde têm um importante papel e legitimidade na intervenção e proteção das crianças e jovens. As CPCJ e os tribunais apenas deverão intervir quando não for possível às entidades de primeira linha agir para remover o perigo.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	2/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Todos os profissionais que contactam com crianças e jovens devem estar sensibilizados e dotados de conhecimentos para sinalizar estes casos. A verdade é que surgem muitas dificuldades na identificação e diagnóstico dos casos de maus-tratos em crianças. A compreensão do que é ou não é abuso face a uma situação específica é uma tarefa complexa que exige uma intervenção a nível multidisciplinar por forma a incidir de forma correta no diagnóstico efetuado (Magalhães, 2010).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e médicos, no exercício das suas funções contactam diretamente e de forma regular com crianças e jovens e devem, por isso, ser entendidos como entidades privilegiadas na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos (APAV, 2011).

Quanto à proteção das crianças e jovens em risco, existem fragilidades no sistema Português, tanto por falta de respostas e recursos institucionais diferenciadas (para crianças com comportamentos delinquentes, para adolescentes, crianças e jovens com doenças crónicas e portadores de doenças específicas, com necessidades educativas especiais, entre outros) como a deficiente formação dos profissionais. A formação a este nível é insuficiente nas questões da sinalização, da prevenção, do diagnóstico e da intervenção e proteção destas crianças e jovens (Magalhães, 2010).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente ao nível das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade prevê que o Enfermeiro Especialista desenvolva práticas de qualidade que visem a melhoria continua (Regulamento nº. 140/2019, 2019). Ao nível das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve basear "a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (Regulamento nº. 140/2019, 2019, p. 4745).

Relativamente às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) acerca dos maus tratos a crianças e jovens, é de salientar que: dentro da competência major que prevê que a maximização da saúde, surge competência E2. que afirma que o EEESIP "diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem". Por sua vez, a competência E1.2.4. "Identifica as situações de risco para a criança/jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)". A competência E1.2.5. prevê que o enfermeiro EEESIP sensibilize "pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção". A competência E1.2.6. reitera que o EEESIP assista a "criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos" (Regulamento 422/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018, p. 19193). Desta forma, o EEESIP tem responsabilidade e competências para atuar na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e de prevenir, detetar, sinalizar e cuidar de crianças que sejam vítimas de maus tratos. O enfermeiro que desempenha funções na área Pediátrica tem um conhecimento e aproximação privilegiados sobre cada criança e o seu contexto familiar e social, tendo, desta forma, a capacidade para detetar precocemente situações de risco e de perigo, para sinalizar,

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	3/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

intervir e cuidar das crianças e jovens em risco. São considerados as entidades de primeira linha, com legitimidade legal e deontológica para atuar no sentido de garantir a proteção da infância e da juventude, atuar na promoção dos direitos da criança e na sua proteção em relação ao perigo.

É importante "sensibilizar os enfermeiros para as mudanças que ocorrem na sociedade e consequentes exigências do papel do enfermeiro na avaliação do risco de maus-tratos em crianças e jovens. Cabe aos enfermeiros vigiar mais de perto estes sinais, detetá-los precocemente e encaminhá-los, também tão precocemente quanto possível, pois quanto mais precoce for a deteção e o encaminhamento mais eficaz será a ação e melhores serão os resultados para a criança e jovem, com implicações na melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde" (Silva, Afonso & Silva, 2014, p.73).

"A prevenção dos maus tratos constitui a principal prioridade em todo o processo de proteção das crianças e jovens, e um dever dos profissionais que com elas contactam e visa assegurar que estas possam usufruir do seu lugar na infância" (Santos, 2009 citado por Afonso, 2013, p. 54).

"Cabe aos profissionais de saúde, atuar com rigor, serenidade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Cidadania expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotando uma atitude sabedora, coordenada e organizada entre os vários profissionais" (Cordeiro, 2003, citado por Gonçalves, 2014, p. 24).

Perante os dados supramencionados, é possível aferir que os maus tratos a crianças e jovens constituem uma problemática emergente e com necessidade de intervenção por parte das equipas de enfermagem em todos os contextos de prestação de cuidados.

O objetivo da presente norma de procedimentos é sensibilizar as equipas de enfermagem para o problema dos maus tratos a crianças e jovens como um problema de saúde pública a nível mundial e capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco através da uniformização das suas práticas.

DESTINATÁRIOS: Equipas de enfermagem de todos os serviços do Hospital do Espírito Santo, E.P.E. que admitem crianças ou jovens.

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPORTAM O PROCEDIMENTO:

Afonso, V. (2013). *Conhecimentos dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus tratos na criança*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1985

APAV. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Retrieved from www.apav.pt

Barroso, Z. (2015). Ser criança não deveria doer: contribuição para uma tipologia de maus-

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	4/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

tratos infantis diagnosticados num hospital de Lisboa. (Extra Coleção). Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 987-972-772-686-8

Decreto-Lei n.º 63/2016. Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. (2016). Retrieved from https://dre.pt/application/conteudo/75319452

Direção-Geral da Saúde. Maus tratos em crianças e jovens Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção (2011). Retrieved from https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco-relatorio-2010.aspx

Gonçalves, J. (2014). *Cuidar de crianças em risco: papel do Enf.º na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos*. Instituto Politécnico de Santarém. Retrieved from https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1255/1/Cuidar de crianças em risco....pdf

Magalhães, T. (2010). Abuso de Crianças e Jovens: da suspeita ao diagnóstico. Lidel- Edições Técnicas. ISBN: 978-972-757-655-5

Regulamento 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República, 2.ª série-N.º 133-12 de julho de 2018 (2018). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf

Regulamento nº. 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. (2019). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Silva, D., Afonso, V., & Silva, E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium*, *47*, 69–82. Retrieved from http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Face a uma situação em que haja suspeita de maus tratos, a intervenção dos profissionais de saúde tem como objetivos prioritários:
-A proteção da criança/jovem;
-Intervir no risco para evitar a evolução para perigo;
-Evitar a recorrência.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	5/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Todas as situações suspeitas de maus tratos são de referenciação obrigatória para o NHACJR, independentemente de estarem em curso medidas de proteção levadas a cabo pela CPCJ ou pelo Tribunal.

A referenciação ao NHACJR é formalizada através do preenchimento de impresso próprio (Anexo 1) e encaminhada a um elemento do Núcleo.

1.Estabelecido o diagnóstico de Maus tratos, quer por referenciação ou por deteção em meio hospitalar:

1.1. Se a criança/ jovem apresenta lesões físicas, cuja gravidade exija vigilância ou tratamento em meio hospitalar, deverá ficar internada.

Os Pais ou representantes legais da criança, deverão ser informados e o processo segue os trâmites legais protocolados e ajustados à situação em questão. A situação deverá ser referenciada ao NHACJR através do preenchimento próprio (Anexo 1).

1.2. Se a criança/ jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista clínico, deverá proceder-se à avaliação do perigo de reincidência de mau trato.

Assim:

-Se a criança não se encontra em perigo e o prestador de cuidados garante um ambiente seguro, pode ter alta referenciada para o NHACJR que assumirá em diante a condução do processo;

-Se a criança/jovem não apresenta critérios de internamento, mas existe perigo iminente para a sua vida ou integridade física se retornar a casa, neste caso, o Chefe de Equipa, aciona o procedimento de urgência*, promovendo o acolhimento temporário da criança em Instituição (Solicitar apoio à Linha Nacional de Emergência Social (telefone 144) ou internamento em meio hospitalar, de modo a garantir a segurança e proteção da criança/jovem.

-Se a criança/jovem incorre perigo, mas os pais ou detentores do poder paternal, não se opõem à intervenção do Hospital (tratamento ou internamento), a situação deverá ser sinalizada ao NHACJR.

***Procedimento de Urgência:**

Deve considerar-se o procedimento de urgência sempre que exista perigo atual ou eminente para a vida ou integridade física da criança/jovem e sempre que exista oposição ao tratamento, por parte dos pais ou detentores do poder paternal. Assim, o médico responsável, ao abrigo do artigo 91º da Lei nº147/99, comunicar a situação e medidas adotadas ao Ministério Público do Tribunal de Família e Menores e requerer a intervenção das entidades policiais, no sentido de ser contactado do Magistrado do Ministério público escalado de turno. Em seguida, deverá ser enviado Fax com a informação detalhada sobre o caso e medidas adotadas (Anexo 2-Modelo de Relatório para aplicado do artigo 91º da Lei nº144/99 de 1 de setembro). Posteriormente, em 48 horas, determina a medida aplicada e determina o destino da criança/jovem.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	6/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

2. Suspeita de Abuso Sexual

2.1. Se ocorreu há menos de 72 horas:

-Durante o horário de funcionamento do Gabinete Médico-Legal de Évora, contactar para realização de perícia imediata.

-Fora do horário de funcionamento, assegurar a transferência da criança/jovem para realização do exame médico-legal. Habitualmente a unidade escolhida é o Hospital Dona Estefânia, devendo o chefe de Equipa de Urgência do HDE, ser informado que vai receber uma criança para ser observada.

-Se não for aconselhada a transferência da criança/jovem por necessidade da prática de cuidados/ atos médicos, garantir a colheita, acondicionamento de vestígios e observação pelo serviço de urgência do HESE, sob orientação do Perito de Medicina Legal.

-Colher o depoimento da criança/ jovem em ambiente hospitalar, na medida do possível para descrever a história clínica. Efetuar colheitas de sangue/urina, para estudo de doenças sexualmente transmissíveis e diagnóstico de gravidez, se necessário.

-Sinalizar ao NHACJR.

2.2. Se ocorreu há mais de 72 horas:

-Colher o depoimento na medida do essencial para descrição da história clínica.

-Realizar exames complementares de diagnóstico se necessários.

-Contactar o Gabinete Médico-Legal para acompanhamento do caso com a maior brevidade possível.

-Sinalizar ao NHACJR.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	7/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexos:

Anexo 1- Modelo para referenciação ao NHACJR (Modelo A- para os serviços de Urgência Pediátrica; Modelo B- para os serviços de internamento e consultas externas de Pediatria).

Anexo 2- Modelo de Relatório para aplicação do artigo 91º da Lei nº147/99 de 1 de setembro.

Anexo 3- Colheita de história/ entrevista/ observação.

Anexo 4- Fatores de risco e fatores de proteção.

Anexo 5- Negligência

Anexo 6- Mau trato físico

Anexo 7- Abuso Sexual

Anexo 8- Mau trato Psicológico

Anexo 9- Síndrome de Munchausen por Procuração

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	8/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 1. Modelo A (Fonte: NHACJR HESE)

Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica / Serviço de Urgência Básica / Consulta de Reforço ou outra

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Nome ☐ **Masc.** **Data Nasc.** / / **Idade** anos e meses

☐ **Fem.** **Nacionalidade:**

Morada (rua, nº e andar) **Localidade** **Cod. Postal** - **Telefone**

Centro de Saúde/USF **Nº Utente** **Telemóvel**

Médico de Família

Enfermeiro de Família **Outro Contacto**

Nome da mãe Idade Profissão

Nome do pai Idade Profissão

Responsável pela criança/jovem (registar grau de parentesco / outra situação):

Contacto:

Criança/Jovem Institucionalizado?

☐ Não ☐ Sim. Identificação da Instituição

Acompanhante da criança/jovem a criança ao SUP

☐ Familiar (Grau de Parentesco)- ☐ Acompanhante de Instituição

☐ Outro

Local que frequenta durante o dia:

☐ Ama ☐ Creche/ Jardim de Infância / Escola

☐ Domicílio, ficando com . ☐ Outro, ficando com

Outras informações de interesse:

Motivo porque recorre ao SUP/SUB/outro:

B - MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO **Identificação de uma situação de risco (suspeita ou confirmada)**			
Mau trato físico;	☐	Negligência grave;	☐
Mau trato psicológico / emocional;	☐	Abandono;	☐
Abandono afectivo;	☐	Disfuncionalidade parental/familiar;	☐
Abuso sexual (suspeita);	☐	Abuso sexual (confirmado);	☐
Violência doméstica	☐	Risco de Mutilação Genital Feminina	☐
Outros			
Agente(s) agressor(es) suspeito(s) Há quanto tempo? Local			
Tipo de Suspeição: ☐ **Suspeita**	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada	☐ **Evidência**	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada
Tipo de Intervenção: ☐ Ligeira ☐ Moderada		☐ Severa	☐ Muito Severa

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco, observados para a presente sinalização, sejam identificados no documento em anexo.

C - ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Foi Realizado algum tipo de acção?

☐ Não ☐ Sim. **Que intervenção foi realizada?**
☐ Radiografias
☐ TAC
☐ Análises laboratoriais (por exemplo DIG)
☐ Perícia Médico-Legal ☐ Colheita de amostra
☐ Fotografias das lesões;
☐ Consulta de oftalmologia (fundoscopia);
☐ Consulta de Ginecologia;
☐ Contacto com Psicólogo;
☐ Contacto com Serviço Social;
☐ Contacto com N(H)ACJR. Qual ;
☐ Contacto com CPCJ;
☐ Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP);
☐ Contacto com outras Instituições / Parceiros ;
☐ Internamento em Serviço Hospitalar: ;
☐ Accionado Artigo 91° da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo eminente;
☐ Outro contacto com o Ministério Público;
☐ Apoio junto de outro familiar;
Outros .

A família/responsável foi informada desta referenciação? ☐ Sim ☐ Não
Se a família/responsável não foi informada, qual a razão?

D – CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Foi solicitada intervenção do NHACJR/NACJR?

☐ Não, mantenho-me responsável pelo seguimento a nível Hospitalar / Centro de Saúde.

☐ Sim. Qual? ☐ NACJR de ☐ NHACJR de

(Em qualquer das situações, o N(H)ACJR deve ser sempre notificado para fins estatísticos.)

Que tipo de intervenção solicita:
☐ Vigilância e/ou Acompanhamento;
☐ Colaboração para articulação com outros recursos da comunidade;
☐ Informação;
☐ Outros

NOTA: Se estiver em presença de uma situação de **PERIGO**, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), assumir-se-á automaticamente como **Gestor de Caso**.

E - DADOS DA REFERENCIAÇÃO

Técnico responsável pela referenciação:
Contactos:

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

ANEXO - Sinais, Sintomas e indicadores de risco e/ou da suspeita de mau-trato

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:
Por favor, assinale com uma cruz todos os campos que considere presentes na sua observação.
No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.
Toda a informação constante na ficha é Confidencial.

Familiares, Criança / Jovem			
Desajustamento psicossocial (toxicodependência, alcoolismo, prostituição);	☐	Parentalidade precoce, sem suporte sócio-familiar sustentável;	☐
Antecedentes de negligência ou mau-trato com outros filhos;	☐	Família monoparental sem suporte sócio-familiar sustentável;	☐
Gravidez não desejada/mal vigiada/não vigiada;	☐	Violência familiar ou doméstica;	☐
Família em situação económica precária sem apoio social;	☐	Ausência de manifestações de afecto com a criança/ jovem;	☐
Episódios recorrentes em diferentes serviços de urgência;	☐	Famílias naturais dos países onde se pratica a Mutilação Genital Feminina / Viagem da criança ao país de origem sem explicação plausível	☐
Outros			

ABUSO SEXUAL			
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção);	☐	Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;	☐
Presença de esperma no corpo da criança/jovem;	☐	Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;	☐
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;	☐	Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;	☐
Gravidez;	☐	Lesões no pénis ou região escrotal;	☐
Infecções transmitidas sexualmente;	☐	Laceração do hímen;	☐
		Outros	

MAU TRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL			
Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;	☐	Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;;	☐
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encomprese);	☐	Comportamentos agressivos (Autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou Auto-mutilação;	☐
Choro incontrolável no primeiro ano de vida;	☐	Perturbações do comportamento alimentar;	☐
Comportamento ou ideação suicida;	☐	Outros	

MAU TRATO FÍSICO			
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;	☐	Demora ou ausência de procura de cuidados médicos;	☐
		Alterações graves do estado nutricional;	☐
Síndroma da criança abanada (sacudida ou chocalhada);	☐	Lesões provocadas que deixam marcam (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua…);	☐
Alopécia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;	☐	Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);	☐
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, …);	☐	Fracturas das costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;	☐
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos do tipo acidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);	☐	Outros	

NEGLIGÊNCIA			
Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e o meio familiar*);	☐	Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);	☐

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

ANEXO - Sinais, Sintomas e indicadores de risco e/ou da suspeita de mau-trato

Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;	☐	Incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou no do Programa de Vacinação;	☐
Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;	☐	Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados);	☐
Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas	☐	Intoxicações acidentais repetidas;	☐
		Outros:	

Circunstâncias do episódio actual

Há quanto tempo?

Local onde ocorreu:

Alegado Agressor (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante):

Outra Informação relevante:

Avaliação de Segurança da criança/jovem: (assinale com uma cruz)

	Sim	Não
O agressor está aqui agora?	☐	☐
A criança/jovem tem medo do agressor?	☐	☐
A criança/jovem tem medo de ir para casa?	☐	☐
As crianças testemunham a violência?	☐	☐
O agressor maltrata as crianças	☐	☐
Existem armas em casa?	☐	☐
Existem ameaças de homicídio?	☐	☐
Existem ameaças de suicídio?	☐	☐
A violência tem aumentado em gravidade?	☐	☐
Existe dependência de substâncias?	☐	☐
Já foi discutido um plano de segurança	☐	☐

Outros:

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		___/__/__	12/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Ficha de Referenciação e de Continuidade de Cuidados em Situações de RISCO

FINALIDADE:

A Ficha de Referenciação e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco pretende agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção consertada e célere entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da assistência a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Sistema Nacional de Saúde. Visa-se promover a continuidade de cuidados e uma intervenção mais precoce na prevenção e/ou abordagem de situações de risco biopsicossocial, desprotecção ou mau-trato identificadas no SUP/SUB ou outro serviço de atendimento que não o CS da área de residência da criança.

Assim, este instrumento deve ser utilizado para referenciar e solicitar, ao Centro de Saúde da área de residência da criança/jovem, a continuidade de cuidados para as situações citadas.

Qualquer profissional de saúde do SUP/SUB pode utilizá-la.

Toda a informação constante na ficha é Confidencial.

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para os quais se solicita a colaboração do NACJR do Centro de Saúde.

No campo "**Dados da mãe/pai ou pessoa responsável**", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á indicar o grau de parentesco da pessoa responsável.

No campo "**Jardim-de-Infância/Escola**", dever-se-á indicar o nome da escola.

No caso de se tratar de uma situação comum a vários irmãos, não é necessário o preenchimento de uma ficha para cada um. Poder-se-ão indicar os respectivos nomes e números de utente no espaço respeitante a "**Outras informações de interesse**". Neste campo, poder-se-á ainda referir a Nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos, entre outras considerações consideradas relevantes.

B – MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

Neste campo dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de referenciação que justificam a necessidade de intervenção do Centro de Saúde junto da criança/jovem e família. No campo "**Outros motivos**" poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de referenciação.

Desta secção da Ficha, também faz parte a "**Lista de sinais, sintomas, indicadores de risco observados**" que se encontra em anexo. A necessidade de seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco observado (potencial ou instaurado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "**Grau de Suspeição**" e à "**Tipo de Intervenção**". Quanto à Tipo de Intervenção, considere: **LIGEIRA** - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; **MODERADA** – quando necessita de uma intervenção mais específica; **SEVERA** – quando a situação implica medidas de promoção e protecção; **MUITO SEVERA** – quando a criança/jovem se encontra em perigo.

C – ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações já realizadas (ou iniciadas) com a criança/jovem e família no SUP/SUB ou em outros serviços de atendimento não programado, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram.

De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo.

D – CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Se a resposta for "Não", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.

Se a resposta for "Sim", indicar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto).

E – DADOS DA REFERENCIAÇÃO

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir os dados que permitam a identificação da instituição e do profissional que a estabelece, ao CS.

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO

1) O original da Ficha será enviado ao CS através de Fax, Email ou Correio;
2) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem.
3) Uma segunda cópia deverá ser sempre enviada ao N(H)ACJR do Hospital ou CS que referencia (conforme Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro do Ministério da Saúde (Diário da República, 2.ª série) .

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 1. Modelo B. (Fonte: NHACJR HESE)

- Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares -

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM			
Nome	☐ Sexo Masc. ☐ Sexo Fem.	Data Nasc. / /	Idade anos e meses
Morada (rua, nº e andar)		Localidade	Cod. Postal -
Telefone	Telemóvel	Nº Utente	
Centro de Saúde Médico de Família		Jardim-de-infância/Escola	
Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável N.º Irmãos Coabitantes:		Outras Informações de Interesse	

B – DADOS DA SINALIZAÇÃO
Instituição Sinalizadora:
Contactos da Instituição: Email
Telefone Telemóvel Fax
Morada
Profissional que sinaliza:
Contactos:
Data de sinalização: / /
Data do primeiro contacto com a família na situação em análise / /

C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO			
Mau trato físico;	☐	Negligência;	☐
Mau trato psicológico / emocional;	☐	Abandono;	☐
Abandono afectivo;	☐	Disfuncionalidade parental/familiar;	☐
Abuso sexual (suspeita);	☐	Abuso sexual (confirmado);	☐
Problemas comportamentais – agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora;	☐	Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia, ...);	☐
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo, ...);	☐	Absentismo escolar sem justificação	☐
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo;	☐	Problema de saúde grave na criança/irmãos	☐
Violência doméstica	☐	Risco de Mutilação Genital Feminina	☐
Outros motivos:	☐	Comentários:	

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.

Tipo de Suspeição:	☐ Suspeita	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada	☐ Evidência	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada	
Tipo de Intervenção:	☐ Ligeira	☐ Moderada	☐ Severa	☐ Muito Severa	

D – INICIATIVAS ACTUAIS E/OU MEDIDAS TOMADAS

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores? ☐ Sim ☐ Não

Iniciativas actuais / Medidas já tomadas:

- ☐ Encaminhamento para Urgência ;
- ☐ Apoio junto de outro familiar ;
- ☐ Contacto com Psicólogo ;
- ☐ Contacto com Serviço Social ;
- ☐ Contacto com outras Instituições / Núcleos da Rede / Parceiros ;
- ☐ Contacto com Consulta de Especialidade ;
- ☐ Internamento em Serviço Hospitalar: ;
- ☐ Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal;
- ☐ Contacto com CPCJ ;
- ☐ Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) ;
- ☐ Accionado Artigo 91º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo eminente;
- ☐ Outros

Técnico Responsável pelo plano:

Data de Inicio da Implementação do Plano: / /

A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização? ☐ Sim ☐ Não

Porquê?

E – MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO?

☐ Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pelo NACJR/NHACJR

☐ Não, pretendo a intervenção do NACJR/ NHACJR. Justifique

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de **PERIGO**, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), assumir-se-á automaticamente como **Gestor de Caso.**

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

NACJR/NHACJR - FICHA DE SINALIZAÇÃO

FINALIDADE:
A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção consertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação constante na ficha é Confidencial.
Esta Ficha destina-se a intervenções que visam prevenir ou abordar as situações de risco psicossocial, desproteção ou mau trato. Qualquer profissional de saúde pode preenchê-la. Assim, este instrumento deve ser utilizado para:
1. Sinalização para os Núcleos – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) / Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR);
2. Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial;
As intervenções podem realizar-se dentro de uma mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a actuação de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACJR / NHACJR.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM
Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para os quais se solicita a colaboração de outro profissional ou sector do SNS.
No campo "**Idade**", dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança.
No campo "**Jardim-de-Infância/Escola**", dever-se-á indicar o nome da escola e outros dados mais específicos, se disponíveis.
No campo "**Dados da mãe/pai ou pessoa responsável**", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos.
No campo "**Outras informações de interesse**" poder-se-á referir a Nacionalidade dos pais, défices da comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes.

B – DADOS DA SINALIZAÇÃO
Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data da sinalização ao NACJR/NHACJR e os dados que permitam a identificação da instituição e do profissional que a inicia e/ou que se mantém como responsável pelo caso.

C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO
Neste campo dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo "**Comentários**" poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de sinalização.
Desta secção da Ficha de Sinalização e Articulação, também faz parte a "**Lista de sinais, sintomas, indicadores e factores de risco observados**" que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco observado (potencial ou instaurado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "**Tipo de Suspeição**" e ao "**Tipo de Intervenção**". Quanto ao Tipo de Intervenção, considera: **LIGEIRA** - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; **MODERADA** – quando necessita de uma intervenção mais específica; **SEVERA** – quando a situação implica medidas de promoção e protecção; **MUITO SEVERA** – quando a criança/jovem se encontra em perigo.

D – ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS
Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações realizadas actual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo.

E – PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO NACJR/NHACJR
Se a resposta for "Sim", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.
Se a resposta for "Não", indicar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação).

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO
1) A Ficha será sempre enviada, preferencialmente por correio electrónico, ao NACJR/NHACJR para fins estatísticos.
2) Quando solicitada colaboração a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACJR/NHACJR), preferencialmente por correio electrónico.
3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem;

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	16/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

ANEXO - Suspeita de Maus tratos
Sintomas / Sinais / Indicadores

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:
Por favor, assinala os campos que considere presentes na sua observação (um ou vários).
No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.
Toda a informação constante na ficha é Confidencial.

Físicos	
Hemorragias conjuntivais;	
Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações);	☐
Traumatismo crânio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade sem uma explicação consistente;	☐
Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas;	☐
Fractura do fémur em criança que não iniciou marcha;	☐
Fractura de costelas e/ou corpos vertebrais, fractura da metáfise;	☐
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura)	☐
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo acidental	☐
Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);	☐
Síndroma da criança abanada/ (sacudida);	☐
Persistência de sintomas de difícil explicação;	☐
Ausência ou demora na procura de cuidados médicos;	☐
Consultas de urgência frequentes, aparentemente sem motivo justificativo;	☐
Intoxicações, sobretudo se ocorrer mais de um episódio;	☐
Síndroma de abstinência;	☐
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);	☐
Aspecto mal cuidado;	☐
Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade; dieta desadequada ...);	☐
Alopécia traumática por arrancamento, ou por postura prolongada com deformação do crânio;	☐
Cansaço, sonolência e apatia frequentes;	☐
Outros:	

Psicológicos/Emocionais	
Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa;	☐
Choro incontrolável no primeiro ano de vida;	☐
Perturbações do comportamento alimentar;	☐
Perturbações do sono;	☐
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);	☐
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;	☐
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas;	☐
Auto-mutilação;	☐
Comportamento ou ideação suicida;	☐
Relutância em regressar a casa e/ou fuga;	☐
Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição);	☐
Outros:	

Abuso Sexual	
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção);	☐
Infecções de transmissão sexual;	☐
Corrimento vaginal persistente ou recorrente;	☐
Presença de esperma no corpo da criança/jovem;	☐
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem;	☐
Laceração do hímen;	☐
Hemorragia vaginal ou anal;	☐
Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;	☐
Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;	☐
Lesões no pénis ou região escrotal;	☐
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua;	☐
Gravidez;	☐
Condutas sexualizadas;	☐
Prostituição infantil	☐
Outros:	

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	17/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Suspeita de Maus tratos
Sintomas / Sinais / Indicadores

Na Família ou Criança/Jovem	
Gravidez não aceite/mal vigiada/não vigiada (pedido de aborto, adopção, …);	■
Contracepção inadequada/ausente;	☐
Família monoparental sem suporte sócio-familiar sustentável	☐
Parentalidade precoce, sem suporte sócio-familiar sustentável	☐
Indisponibilidade para a prestação de cuidados aos dependentes (questão laboral, exiguidade habitacional, conflitos familiares, reclusão, outros);	☐
Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídio do estado (RSI);	☐
Carência de higiene e aspecto descuidado dos pais;	☐
Pais com comportamentos aditivos;	☐
Falta de autoconfiança na prestação de cuidados;	☐
Cuidador com doença mental;	☐
Pais apresentam dificuldades de compreensão;	☐
Situações anteriores de negligência ou mau trato e/ou de retirado poder paternal e/ou outras crianças institucionalizadas;	☐
Violência familiar ou doméstica;	☐
Separação/Divórcio e Conflitos de custódia;	☐
Dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (consultas, visitas domiciliárias, convocatórias diversas, …);	☐
Mudança sucessiva de serviços de saúde;	☐
Comportamento conflituoso e/ou agressivo nos serviços;	☐
Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da criança/jovem;	☐
Tentativa de ocultação de sinais de mau trato físico da criança/jovem ou o causador;	☐
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;	☐
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;	☐
Disciplina demasiado rígida e autoritária;	☐
Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação da atenção devida;	☐
Protecção excessiva da criança/jovem;	☐
Fuga às responsabilidades parentais e/ou abandono da criança/jovem;	☐
Procura excessiva de cuidados médicos;	☐
Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa de Vacinação;	☐
Expectativas irrealistas e/ou negativas em relação à criança/jovem;	☐
Desvalorização, rejeição ou culpabilização da criança/jovem;	☐
Vinculação insegura/desorganizada e/ou ausência de manifestações de afecto com a criança/ jovem;	☐
Antecedentes de abuso nos pais, no período da infância;	☐
Ansiedade excessiva perante a educação da criança/jovem;	☐
Famílias naturais dos países onde se pratica a Mutilação Genital Feminina / Viagem da criança ao país de origem sem explicação plausível	☐
Outros:	

Circunstâncias do episódio actual
Há quanto tempo ocorreu?
Local onde ocorreu:
Alegado Agressor (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante):
Outra informação relevante:

Avaliação de Segurança da criança/jovem se em situação de violência doméstica:	Sim	Não
O agressor está aqui, agora?	☐	☐
A criança/jovem tem medo do agressor?	☐	☐
A criança/jovem tem medo de ir para casa?	☐	☐
A criança assiste a violência doméstica?	☐	☐
O agressor maltrata a criança?	☐	☐
Existem armas em casa?	☐	☐
Existem ameaças de homicídio?	☐	☐
Existem ameaças de suicídio?	☐	☐
A violência tem aumentado em gravidade?	☐	☐
Existe dependência de substâncias?	☐	☐
Já foi discutido um plano de segurança	☐	☐
Outros:		

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 2. Modelo de Relatório para aplicação do artigo 91º da Lei nº147/99 de 1 de setembro

Exm.º Senhor
Procurador-Adjunto do Ministério Público do Tribunal de Família e Menores
ou
Sr. Procurador-Adjunto do Ministério Público do Tribunal da Comarca

O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de ..... (NACJR) *ou* o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de ..... (NAHCJR) com assento legal no Despacho da Sr.ª Ministra da Saúde nº 31292/2008, de 5 de Dezembro, *ou* o profissional de saúde ..... , a exercer funções na instituição ..... , vem, por este meio, participar a V. Ex.ª os seguintes factos relativos à criança/jovem:

1. *Dados de identificação da criança/jovem e agregado familiar;*
2. *Descrição dos factos que originaram o recurso ao Procedimento de Urgência, se possível, de acordo com os exemplos de "Situação de Perigo" mencionados no n.º 2 do art.º 3.º da Lei 147/99);*
3. *Descrição das intervenções tidas junto de quem exerce a responsabilidade parental, ou de quem tem a guarda de facto da criança/jovem, no sentido de aceitar a intervenção proposta e descrição dos factos que demonstrem oposição àquela;*
4. *Fundamentação da tomada de medida que se entende ser a adequada para por termo à situação de perigo (seguindo a hierarquia do art.º 35.º da Lei 147/99) e descrição dos princípios orientadores da intervenção (art.º 4º da mesma Lei);*
5. *Fornecimento de outros dados de que o profissional de saúde tenha conhecimento e sejam relevantes na análise da situação.*

Assim, e por tais factos, foi desencadeado um procedimento de urgência, de acordo com o que resulta do estipulado no art.º 91º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Local, data e identificação do participante (Profissional de saúde ou N(H)ACJR).

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	19/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 3. Colheita de História/ Entrevista

Pretende recolher informação sobre uma possível situação de maus tratos. Implica que exista um ambiente físico adequado e calmo. O Profissional que dirige a entrevista deve ter formação e competências para o fazer.

Pontos essenciais:

- Escutar o testemunho da vítima, caso seja possível;

-Entender a situação envolvente;

-Não emitir juízos de valor;

-Transmitir confiança, orientação e proteção;

-Utilizar linguagem simples;

-Demonstrar disponibilidade.

O que deve dizer-se à criança/jovem:

-Que o seu depoimento tem credibilidade;

-Que não é culpada do ocorrido;

-Que é importante que fale;

-Que existem outras crianças/jovens que vivem situações idênticas;

- Explicar que é necessário fazer perguntas;

-Que a criança pode também questionar;

-Que não vai ser enganada, manipulada e que não serão feitas promessas falsas;

-Que tem o tempo que for necessário;

-Respeitar o silêncio.

O que deve observar-se:

-Realizar o exame físico completo e efetuar os respetivos registos;

-Avaliar o crescimento/desenvolvimento da criança/jovem;

-Estado emocional dos cuidadores;

-Contexto social;

-Comportamentos observados durante a entrevista;

-Sequência dos eventos ocorridos;

-Presença de testemunhas;

-Tempo ocorrido entre a lesão e a procura de cuidados.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	20/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 4. Fatores de Risco e Fatores de Proteção

-Os fatores de risco dizem respeito à probabilidade acrescida de ocorrer maus tratos e, por isso, existe a necessidade de uma vigilância e investigação detalhada. Não correspondem por si só a uma situação de diagnóstico de maus tratos, mas indicam que existe a necessidade de intervir para proteger a criança/jovem.

-Os fatores de proteção são variáveis biopsicossociais que diminuem o impacto dos fatores de risco. Exemplos: desenvolvimento adequado, bom desempenho escolar, temperamento fácil, vinculação segura com a família, suporte familiar adequado e segurança a nível económico.

Relativamente à criança/jovem:

- Características que podem potenciar contextos de risco:
  -Crianças/ jovens portadores de deficiência (física ou mental);
  -Prematuros;
  -Crianças não desejadas;
  -Crianças/jovem com temperamento difícil;
  -Crianças com dificuldades na aprendizagem ou crianças sobredotadas.

- Características que podem considerar-se fatores de proteção:
  -Crianças saudáveis;
  -Temperamento fácil;
  -Desenvolvimento adequado;
  -Criança que corresponde às expectativas dos pais/cuidadores.

Relativamente ao sistema familiar:

- Características que podem potenciar contextos de risco:
  -Famílias adotivas ou famílias reconstituídas com fratria diversa;
  -Famílias com contexto de violência doméstica;
  -Pais que sofreram abusos, sofreram situações de negligência ou foram institucionalizados em criança;
  -Problemas do foro mental;
  -Problemas de dependência de substâncias como alcoolismo ou toxicodependência;
  -Ausência de suporte familiar ou redes sociais de apoio;
  -Limitações intelectuais severas ou falta de conhecimentos básicos sobre desenvolvimento infantil;
  -Pais adolescentes ou parentalidade tardia;
  -Estilos educacionais rígidos ou violentos;
  -Pais com vida profissional exigente;
  - Falta de condições habitacionais.

- Características que podem considerar-se fatores de proteção:
  -Vinculação segura;
  -Suporte familiar e rede de apoio adequados;

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	21/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 5. Negligência

Refere-se à "incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados" (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 7).

Sinais/Sintomas:

- Higiene precária;

-Sujidade das unhas;

-Picadas múltiplas de insetos;

-Eritema perineal prolongado ou recorrente;

-Inexistência de rotinas (refeições, horários de sono/vigília);

-Vestuário inadequado à estação do ano e lesões devido à exposição climática adversa;

-Intoxicações acidentais repetidas;

-Criança com doença crónica sem acesso aos cuidados necessários;

-Hematomas ou outras lesões sem explicação aparente;

-Acidentes frequentes por falta de supervisão adequada;

-Atraso ou incumprimento do PNV ou do Programa de Saúde Infantil e Juvenil;

-Progressão ponderal deficiente;

-Atraso no desenvolvimento da linguagem, motricidade e socialização;

-Perturbações do sono, depressão, apatia ou comportamentos agressivos;

-Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	22/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 6. Mau trato Físico

Refere-se a "qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico" (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 8).

Os sinais clínicos abaixo descritos não estabelecem, por si só, o diagnóstico de maus tratos, no entanto, podem constituir indícios de situações de possíveis maus tratos, principalmente se existirem mais do que do que um dos sinais descritos.

Sinais/ Sintomas:

- Lesões da pele em vários estádios evolutivos (equimoses e hematomas com diferentes colorações, por exemplo);

-Sequelas de traumatismos antigos (calos ósseos de fraturas antigas);

-Fraturas de costelas e corpos vertebrais;

-Traumatismo cranioencefálico em lactentes com menos de 1 ano de idade;

-*Shaken baby syndrome* (hematoma subdural e hemorragia retiniana em lactentes com menos de 1 ano);

-Lesões como equimoses, escoriações, queimaduras, cortes em locais que revelem ser de difícil localização para serem traumatismos causados por acidentes (face, as orelhas, boca, pescoço, genitais e nádegas);

-Lesões que se assemelham com a forma/marca do objeto que as causou (fivela de cinto, régua, mãos/nós dos dedos, por exemplo);

-Múltiplas queimaduras (por abrasão, imersão ou contacto) que simulem ato voluntário, atuais ou cicatrizadas;

-Alopécia traumática;

-Outras lesões de diagnóstico mais complexo (viscerais, oftalmológicas, neurológicas que devem ser pesquisadas e explicado o mecanismo de lesão se suspeita de situação de maus tratos;

-Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;

-História inadequada ou recusa em explicar o sucedido;

-Explicações contraditórias ou discordantes;

-Lesões repetidas e faltas frequentes à escola.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	23/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 7. Abuso Sexual

Diz respeito a qualquer "atividade cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha" (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 9).
Baseia-se numa relação de poder e em função da sua idade e de desenvolvimento, a criança "não tem capacidade para perceber que é vítima; não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido" (Direção-Geral da Saúde, 2011,p. 9).
O abuso sexual pode ocorrer de variadas formas, desde obrigar a criança a presenciar conversas e espetáculos obscenos ou manipulação de órgãos sexuais até à prática de coito.

Sinais/ Sintomas:

-Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, fissuras, lacerações, infeção, edema);

-Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;

-Laceração do hímen;

-Hemorragia vaginal ou anal;

-Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;

-Gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis;

-Presença de verrugas ou condilomas perineais e anais;

-Equimoses ou petéquias na mucosa oral ou lacerações do freio dos lábios;

-Infeções urinárias de repetição;

-Presença de sémen no corpo ou roupa da criança/jovem;

-Dor na região vaginal ou anal;

-Prurido vulvar;

-Disúria;

-Obstipação, encoprese ou enurese;

-Recusa em despir-se para o exame físico;

-Terrores noturnos;

-Comportamentos sexualizados.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	24/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 8. Mau trato Psicológico

Os maus tratos do foro psicológico dizem respeito à criança/jovem que não tem acesso ao afeto, à segurança, a um ambiente adequado para crescer e desenvolver-se e de forma saudável. Podem englobar vários comportamentos, desde a rejeição da criança/jovem, à sua depreciação permanente, défice de afeto e amor ou cuidar de forma precária.

Sinais/ Sintomas:

- **Perturbações Funcionais:**
  - Transtornos alimentares (anorexia, bulimia);
  -Perturbações do sono;
  -Perturbações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);
  -Choro incontrolável no 1º ano de vida;
  -Cefaleias, mialgias e dores abdominal sem causa orgânica aparente.

- **Perturbações cognitivas e relacionais:**
  -Atraso no desenvolvimento da linguagem;
  -Perturbações da memória relacionadas com as experiências de abuso;
  -Baixa autoestima, sentimento de inferioridade, de vergonha e culpa;
  -Alterações da memória, da concentração e défice de atenção;
  -Dificuldades na aprendizagem;
  -Medos, alucinações e pesadelos concretos ou inespecíficos;
  -Perturbações da maturidade emocional (excessivamente adulto ou excessivamente infantil para a sua idade);
  -Ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas;
  -Falta de confiança nos adultos, agressividade ou raiva contra pessoas específicas;
  -Relações escassas ou conflituosas com os pares.

- **Perturbações comportamentais:**
  -Desinteresse pela imagem corporal;
  -Falta de comportamento exploratório;
  -Incapacidade de brincar, jogar, divertir-se;
  -Fugas de casa ou relutância em voltar a casa;
  -Comportamentos obsessivos, de passividade, bizarros ou de violência;
  -Acidentes frequentes e mau rendimento escolar;
  -Comportamentos desviantes;
  -Tristeza;
  -Mudanças súbitas de comportamento e humor.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	25/26

[redacted]	Procedimentos à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	Versão: 01	A rever:

Anexo 9. Síndrome de Munchausen por Procuração

Trata-se da necessidade de criar evidencias da existência de uma doença e induzir os profissionais de saúde a admitir esta falsa realidade. Por vezes as crianças são submetidas a exames de diagnóstico exaustivos e invasivos e têm internamentos frequentes. São exemplos a administração de drogas e medicamentos que comprometam o estado de saúde da criança, colocar sangue ou outros contaminantes às amostras de urina e levar a criança ao estado de apneia temporária por sufocação e recorrer aos serviços de urgência nestes contextos.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, que coloca muitas dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados de forma a incitar uma doença ou estado de gravidade.

Sinais/ Sintomas:

-Criança que à aproximação se protege com os braços ou mãos;

-Fecha os olhos quando o Profissional de Saúde se aproxima;

-Criança submetida a técnicas invasivas de forma exaustiva e hospitalizações frequentes sem causa orgânica que os justifique;

-Baixa autoestima;

-Comportamento antissocial ou autolesivo.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Daniela Abreu	Novembro de 2019		____/__/__	26/26

Apêndice E

Guia para os Pais realizado no âmbito do Estágio na USF

USF [redacted]
Rua Fernando Pessoa 7050-236

Telefone Geral:
266898900

Se precisar, fale com o seu Enfermeiro ou Médico de Família!

Coordenadora da Unidade: Dra. Fátima Breia
Enfª Chefe: Enfermeira Especialista Natália Fonseca

Realizado por:
Profª Doutora Ana Ramos
Enfª Especialista Vera Branca
Enfª Daniela Abreu

[redacted]

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Olá Pais!

O nascimento de um filho desafia e envolve a responsabilidade parental, uma vez que requer maiores responsabilidades a vários níveis e algumas mudanças nos hábitos diários.

A parentalidade é um processo enriquecedor, exigente e muito gratificante. Todos os pais terão dúvidas, receios e dificuldades naturais nesta nova fase.

Este guia tem como objetivo fornecer alguns conhecimentos de modo a aumentar a confiança no seu papel de Mãe e Pai, de forma a prevenir eventuais problemas.

Cuidados a ter com o Bebé

-No 1º mês de vida o bebé poderá sair de casa, no entanto não deve estar exposto ao vento, frio, calor intenso, a ambientes hiperestimulantes ou ambientes com fumo de tabaco.

-Deite sempre o bebé de costas com cabeça lateralizada para um dos lados. O bebé deve dormir na cama de grades, com um colchão firme e sem almofada. Os pés devem tocar no fundo da cama e a roupa não deve cobrir a cabeça, deixando os braços por cima da roupa.

-Em caso de engasgamento deverá virar o bebé de barriga para baixo e deixá-lo tossir, se necessário aplicar pancadas nas costas. Se a situação não reverter, deverá ligar 112.

-A temperatura do quarto deve estar à temperatura de 20º e não deve ter fontes de calor ou frio junto à cama do bebé.

-Nunca deixe o bebé sozinho em cima de qualquer superfície.

-Lave as mãos antes de pegar no bebé, por forma a prevenir infeções.

-Coloque a água no banho até cerca de 10 cm de altura e verifique a temperatura com o cotovelo, face interna do pulso ou com termómetro (36,5º-37ºC).

-Use roupas de algodão em contacto com o corpo do bebé, lave sempre as roupas antes serem usadas e retire as etiquetas.

Calendário das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

1º ano de vida:
-1.ª semana de vida
-1 mês
-2 meses
-4 meses
-6 meses
-9 meses

1 -3 anos
-12 meses
-15 meses
-18 meses
-2 anos
-3 anos

4-9 anos
-4 anos
-5 anos – exame global de saúde
-6 ou 7 anos (final 1º ano de escolaridade)
-8 anos

10-18 anos
-10 anos (ano do início do 2º ciclo do ensino básico)
-12 /13 anos – exame global de saúde
-15 /18 anos

As idades previstas para as consultas correspondem a idades-chave e aos principais marcos do desenvolvimento da Criança e Jovem, pelo que é muito importante cumprir o plano de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil.

Sinais de Alerta

Consulte o seu Enfermeiro de Família, o seu Médico ou Serviço de Urgência Pediátrica se o bebé apresentar:

-Prostração, gemido, sinais de dor ou irritabilidade;

-Recusa alimentar;

-Vómitos persistentes ou fezes líquidas com sangue, muco ou pus;

-Convulsões;

-Manchas na pele que não desaparecem quando se pressiona com o dedo;

-Palidez acentuada, tom acinzentado ou olhos encovados.

-Falta de ar com respiração mais rápida e "covinhas" e na barriga e "costelas" quando respira.

-Febre no 1º /2º mês de vida.

-Se após o 1º/2º mês de vida, o bebé tiver febre alta e persistente, com gemido, irritabilidade, calafrio na subida térmica, recusa alimentar, diminuição do débito urinário ou urina com cheiro fétido.

-Se após o 1º /2º mês de vida, a febre for espaçada, com bom estado geral, boa disposição nos intervalos da febre, se a criança se alimenta e mantém o débito urinário, deverá ser observada 48-72h após o início da situação de doença ou antes se tiver alguns dos sinais de alarme acima descritos.

Na dúvida, não hesite.

Se o seu filho não lhe parecer bem, consulte o seu médico ou dirija-se ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Em caso de dúvida ligue para o SNS 24- 808242424

Febre:
Retal ≥ 38ºC;
Axilar ≥ 37,6ºC;
Timpânica ≥ 37,8ºC;
Oral ≥ 37,6ºC

9

Aleitamento Materno

Amamentar o seu bebé é proporcionar-lhe o melhor e mais equilibrado início de vida!

-A boca do bebé deve estar ao nível da mama ou ligeiramente abaixo, por forma que o bebé abocanhe a maior parte da aréola.

-A mãe coloca a mão na mama em C, com o polegar na parte superior e os quatro dedos na parte inferior, deixando a aréola livre.

O bebé está a fazer uma boa pega quando:

-Tem a boca bem aberta;

-Existe mais aréola visível acima do lábio superior do que abaixo do lábio inferior;

-O lábio inferior está virado para fora;

-O queixo do bebé está bem encostado à mama;

-A cabeça e o pescoço do bebé estão alinhados;

-As bochechas do bebé mantêm-se redondas;

-Faz deglutições audíveis, lentas e profundas;

-A mãe não sente dor no mamilo, sendo possível sentir dor no interior da mama e no útero.

Aspetos Importantes

-Use roupas confortáveis e realize os posicionamentos adequados para amamentar;

-O bebé deve esvaziar totalmente a mama, e em seguida oferecer a outra mama caso o bebé não esteja satisfeito. Na mamada seguinte, deverá oferecer a mama que foi oferecida em último lugar na mamada anterior;

-O tempo de permanência na mama depende da capacidade para esvaziar a mama e varia em cada mamada;

-Não deve interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama quando estiver satisfeito;

-Caso seja necessário interromper a mamada, coloque um dedo no canto da boca do bebé por forma a interromper a sucção de forma suave, sem lesionar a mama e sem provocar dor à mãe.

2

Vacinação

Conheça o Programa Nacional de Vacinação e as doenças que cada vacina pode prevenir.

As Vacinas são a melhor maneira de proteger a saúde do seu filho!

Idade	Nome da Vacina	Doenças que protege
Nascimento	1ª dose VHB + *BCG no 1º contacto na USF, se reunir os critérios de elegibilidade (grupos de risco)	Hepatite B *Tuberculose
2 meses	1ª dose da vacina Hexavalente DTPaHibVIP + 2ª dose VHB 1ª dose Pn13	Difteria, tétano e tosse convulsa, meningite, poliomielite e Hepatite B. Pneumonias, meningites e otites.
4 meses	2ª dose da vacina Pentavalente DTPaHibVIP 2ª dose Pn13	Difteria, tétano e tosse convulsa, meningite, poliomielite. Pneumonias, meningites e otites.
6 meses	3ª dose da vacina Hexavalente DTPaHibVIP + 3ª dose VHB	Difteria, tétano e tosse convulsa, meningite, poliomielite e Hepatite B.
12 meses	3ª dose Pn13 dose única MenC 1ª dose da VASPR	Pneumonias, meningites e otites. Meningite Sarampo, papeira e rubéola.
18 meses	4ª dose da vacina Pentavalente DTPaHibVIP	Difteria, tétano e tosse convulsa, meningite, poliomielite.
5 anos	5ª dose da vacina tetravalente DTPaHib 2ª dose da VASPR	Difteria, tétano e tosse convulsa e poliomielite. Sarampo, papeira e rubéola.
10 anos	Td (rapazes e raparigas) HPV (2 doses) (só raparigas)	Tétano e difteria Lesões e verrugas genitais provocadas pelo vírus do papiloma humano

Prevenção de Acidentes

· Não utilizar andarilhos/aranhas;
· Mantenha em local inacessível produtos tóxicos como: detergentes, medicamentos, bebidas alcoólicas, pilhas, cosméticos e plantas;
· Coloque proteções nas tomadas elétricas e nos cantos e superfícies com arestas;
. Mantenha os objetos de pequena dimensão como brinquedos pequenos ou balões fora do alcance da criança;
. Não coloque produtos tóxicos dentro de garrafas de água ou sumo.

Dos 8 aos 12 meses:

· Mantenha as medidas descritas anteriormente.
· Não deixe águas residuais em baldes e alguidares ou na banheira;
· Aplique limitadores de abertura nas janelas e gradeamento vertical nas varandas;
· Não dê ao bebé alimentos duros e lisos;
· Parta os alimentos sólidos em pedaços pequenos tendo em conta a capacidade de mastigação do bebé;
· Retire espinhas e caroços dos alimentos;
· Não deixe líquidos quentes na mesa ou nas extremidades das bancadas;
· Deixar as pegas das panelas e frigideiras voltadas para o centro do fogão e da mesa.

Prevenção de Acidentes

Dos 0 aos 4 meses:

· Nunca dar o biberão com o bebé deitado;
· Antes de dar o leite, verifique a temperatura no pulso;
· Ao preparar o banho, coloque a água fria antes da quente e misture;
· Verifique a temperatura da água do banho, no pulso antes de molhar o bebé;
· Durante o banho esteja sempre com o bebé;
· Não beba ou transporte líquidos quentes com o bebé ao colo;
· Coloque sempre o ovo no chão;
· Quando no ovo ou espreguiçadeira mantenha sempre os cintos colocados e justos ao corpo do bebé;
· Nunca deixe o bebé sozinho em cima da cama, sofá ou muda fraldas, mesmo que esteja a dormir;
· Confirme sempre a embalagem e as doses dos medicamentos antes de os dar;
· Não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas na cama do bebé.

Dos 5 aos 8 meses:

· Manter os cuidados atrás descritos.
· Coloque cancelas nas escadas;
· Verifique a temperatura do leite, da sopa ou papa antes de a dar ao bebé;
· Dar pouca comida de cada vez e incentivar a mastigação, sempre com a supervisão de um adulto;
· Não dar comida ou bebida à criança quando esta está a correr, rir ou chorar;
· Manter a cadeira da alimentação encostada à parede, sempre com o cinto apertado e evitar também que os pés do bebé cheguem a alguma superfície que possa dar o impulso para que a cadeira caia para trás;
· Proteja as lareiras e outras fontes de calor e não as deixe acesas sem vigilância.

O que fazem as vacinas?

As vacinas são produzidas a partir de agentes patogénicos (vírus ou bactérias) mortos ou enfraquecidos. Ao administrarmos as vacinas, fazemos com que o organismo aprenda a combater determinado agente, produzindo anticorpos.

Agende as vacinas do seu filho com o seu Enfermeiro de Família em horário e dia a combinar.

De qualquer modo, fica abaixo o horário de Vacinação da USF Foral:

Horário de Vacinação

[redacted]

Desenvolvimento até aos 6 meses

Nesta fase de crescimento o bebé aprende através dos sentidos e sensações, por isso pegue-o ao colo, embale-o e fale com ele num tom suave.

Repare que o seu bebé demonstra desde logo uma preferência pelo rosto humano e reconhece-o(a) pelo cheiro, pelo toque e pela sua voz.

O sorriso aparecerá por volta das 6 semanas de vida e o choro é a forma de o bebé comunicar, demonstrando fome, sono ou desconforto.

Parecerá assustado com movimentos bruscos, com sons fortes e vai ficar desconfortável quando estiver despido ou em lugares amplos, sem estar aninhado ou acomodado. Emitirá sons guturais em situações de prazer.

Cerca dos 4 meses o bebé começa a interagir mais com o ambiente envolvente, emite alguns sons que ouve à sua volta e distingue entre familiares e estranhos.

Progressivamente terá controlo da cabeça e cerca dos 6 meses será capaz de levantar a cabeça quando colocado de barriga para baixo e apoiar as pernas quando colocado de pé. Dará gargalhadas!

São atividades promotoras do desenvolvimento todas as atividades que envolvam a interação através da fala, embalar o bebé, falar com carinho e ouvir músicas suaves, colocar objetos pendentes para que possa segui-los através da visão.

Cerca dos 6 meses deverá incentivá-lo a sentar-se, emitir sons, conversar, dançar com ele e proporcionar-lhe brincadeiras que promovam a interação.

Desenvolvimento dos 6 aos 12 meses

Trata-se da fase de desenvolvimento da motricidade, é uma fase de descoberta de si e do ambiente que o envolve.

Cerca dos 8 meses começará a gatinhar e a realizar tentativas para se colocar de pé. Aos 9 meses sentar-se-á e permanecerá nesta posição sem apoio. Agarrará os objetos levando-os à boca. Repetirá várias sílabas e sons proferidos pelo adulto e progressivamente os sons emitidos darão lugar as palavras curtas e percetíveis como "mamã" e "papá". Vai palrar e vai começar a exprimir-se através de gestos acompanhados por palavras como "xau xau" e "beijinhos".

Vai aprender a apontar com o indicador e levará pequenas porções de alimentos à boca, mastigando-os.

Entre os 6 e os 12 meses deverá proporcionar ao bebé oportunidades para experimentar diferentes texturas, emitir sons de animais para promover o desenvolvimento da linguagem, oferecer diferentes brinquedos e posicionados em diferentes locais para promover os posicionamentos (levantar e sentar, por exemplo), a atividade motora e a interação com o ambiente em redor.

Coloque um tapete caso caia. Mais perto dos 12 meses deverá promover o desenvolvimento da linguagem, incentivando a criança a verbalizar os seus pedidos e estimulá-lo através de tarefas e ordens simples, dando reforço positivo quando as concretiza. Nesta fase os pais deverão ser firmes no termo "não" e é altura de começar a impor limites e regras.

Apêndice F

Checklist realizada no âmbito do Estágio da UCIN

Preencha a seguinte tabela no sentido de perceber se tem os conhecimentos necessários para a preparação para a alta do seu bebé. Nas questões em que assinalou "não", ou quaisquer outras dúvidas que possam surgir, deverão ser esclarecidas com a equipa de Enfermagem.

Questões:	**Sim**	**Não**
Alimentação/ Higiene/ Eliminação/ Sono:		
1.Sabe o que fazer em caso de engasgamento.		
2. Reconhece os sinais de fome do bebé.		
3. Posiciona o bebé de forma correta para o amamentar ou dar o biberão.		
4. Posiciona o bebé de forma correta para arrotar.		
5. Sabe reconhecer os sinais de que o bebé se está a alimentar de forma correta e que ingere a quantidade de leite necessária.		
6. Demonstra conhecimentos acerca da frequência das mamadas/ administração de biberão.		
7. Reconhece o padrão normal da urina e fezes do bebé.		
8. Sabe a posição em que o bebé deve dormir.		
9. Tem dificuldade em dar banho ao bebé de forma correta?		
Controlo da temperatura corporal:		
10. Sabe usar o termómetro.		
11. Sabe o que fazer em caso de febre.		
12. Identifica os sinais de frio/ calor e veste o bebé com a roupa adequada à estação do ano e à temperatura ambiente.		
Estado de Saúde / Segurança e Prevenção de acidentes:		
13. Sabe identificar os sinais de dificuldade em respirar aos quais deve estar atento.		
14. Reconhece os sinais de alerta que devem levar o bebé ao Serviço de Urgência Pediátrica.		
15. Sabe como deve transportar o bebé no ovinho e como instalá-lo no carro.		
16. Demonstra conhecimentos sobre segurança e prevenção de acidentes no bebé.		
17. Reconhece a importância das consultas de vigilância de saúde infantil.		
18. Tem dificuldade em pegar no bebé ao colo?		
Vinculação, capacidade para lidar com o choro e prestação de cuidados ao RN:		
19. Sabe porque o bebé está a chorar?		
20. Consegue acalmar o bebé?		
21. Demonstra conhecimentos para lidar com choro do bebé.		
22. Proporciona momentos de conforto através de colo e carinho.		

Apêndice G

Resumo do artigo realizado no âmbito do Estágio Final

Resumo

Introdução: Portugal tem vindo a demonstrar uma preocupação crescente com o bem-estar das crianças e jovens vítimas de maus tratos. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros da área pediátrica têm responsabilidade e competências para atuar na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e atuar na prevenção, deteção e sinalização das situações de maus tratos ou suspeita destes.

Objetivos: Identificar os conhecimentos e a atuação dos Enfermeiros acerca das questões da prevenção e sinalização dos maus tratos.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório realizado entre os meses de junho a dezembro de 2019, através de questionários aplicados a 43 Enfermeiros pertencentes às equipas de enfermagem de uma USF da ARS Alentejo Central, Serviço de Urgência Pediátrica da ARSLVT e serviços de Internamento de Pediatria e Neonatologia de uma instituição hospitalar do Alentejo.

Resultados: Os enfermeiros incluídos neste estudo sentem-se mais capacitados para detetar precocemente situações de maus tratos físicos, emocionais e situações de negligência. Por outro lado, revelam sentir-se menos capacitados para detetar situações referentes a abuso sexual e síndrome de *munchausen* por procuração. 74% dos enfermeiros que participam neste estudo referem já ter assistido a alguma formação sobre o tema. Por outro lado, 58,1% dos inquiridos revela não se sentir capacitado para identificar e detetar precocemente situações de maus tratos. 62,7% dos enfermeiros incluídos neste estudo refere não conhecer o Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção sobre os maus tratos em crianças e jovens da DGS de 2011, 46,5% revela que não existem documentos de apoio no serviço onde desempenham funções sobre a sinalização e referenciação de crianças e jovens vítimas de maus tratos ou suspeita destes e apenas 32% da amostra referiu que na sua prática profissional já referenciaram situações de maus tratos, o que corresponde apenas a 32% da amostra total. Por fim, 97,6% dos enfermeiros responderam que sentem necessidade de formação sobre o tema

Apêndice H

Planos de Sessão das formações na USF, UUP e Internamento de Pediatria

- **USF**

Plano da Sessão de Formação– USF [redacted]

Tema – Crianças e Jovens em risco: O papel do Enfermeiro da deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos

Grupo – Equipa de Enfermagem da USF

Local – USF

Data- 18 de junho de 2019

Objetivo geral:

- Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

Objetivos Específicos:

- Sintetizar o papel do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção de situações de maus tratos.
- Especificar quais as tipologias de maus tratos, os fatores de risco e fatores de proteção, diferença entre risco e perigo e a intervenção e conduta dos enfermeiros a este nível.
- Dar a conhecer à equipa de Enfermagem o projeto de estágio a desenvolver.

	Conteúdos	**Métodos**	**Recursos**	**Tempo**
Introdução	- Apresentação do preletor - Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Suporte Informático (computador/ powerpoint)	5 minutos
Desenvolvimento	- Apresentação dos objetivos da sessão. - Importância do papel do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos a crianças e jovens.	Expositivo/ Interrogativo	Suporte Informático (computador/ powerpoint)	15 minutos

	-Identificação dos fatores de risco, fatores de proteção e diferença entre risco e perigo. -Atuação e conduta do enfermeiro em situação de presença de fatores de risco ou suspeita de maus tratos. -Apresentação sumária do projeto de Estágio.			
Conclusão	- Síntese dos principais conteúdos. - Esclarecimento de dúvidas -Avaliação da sessão.	Expositivo/ Interrogativo	Diálogo	10 minutos

- **UUP**

Plano da Sessão de Formação– UUP do [redacted]

Tema – Crianças e Jovens em risco: O papel do Enfermeiro da deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos

Grupo – Equipa de Enfermagem da UUP

Local – UUP

Data- 10 de Outubro de 2019

Objetivo geral:

- Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar as equipas de enfermagem para o problema dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível nacional e apresentar a casuística do CHS relativamente ao ano de 2018.

-Capacitar os Enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco, através da especificação das tipologias de maus tratos, os fatores de risco e fatores de proteção, diferença entre risco e perigo e a intervenção e conduta dos enfermeiros a este nível.

- Dar a conhecer à equipa de Enfermagem o projeto de estágio a desenvolver.

	Conteúdos	**Métodos**	**Recursos**	**Tempo**
Introdução	- Apresentação do preletor - Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Suporte Informático (computador/ powerpoint)	5 minutos
Desenvolvimento	- Apresentação dos objetivos da sessão. - Importância do papel do enfermeiro na deteção,	Expositivo/ Interrogativo	Suporte Informático (computador/	10 minutos

	sinalização e prevenção dos maus tratos a crianças e jovens. -Identificação dos fatores de risco, fatores de proteção e diferença entre risco e perigo. -Identificação de sinais de alarme no momento na triagem ou durante a permanência na UPP. -Atuação e conduta do enfermeiro em situação de presença de fatores de risco ou suspeita de maus tratos. -Apresentação sumária do projeto de Estágio.		powerpoint)	
Conclusão	- Síntese dos principais conteúdos. - Esclarecimento de dúvidas -Avaliação da sessão.	Expositivo/ Interrogativo	Diálogo	5 minutos

- **Internamento de Pediatria**

Plano da Sessão de Formação– Internamento de Pediatria do [redacted]

Tema – Crianças e Jovens em risco: O papel do Enfermeiro da deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos

Grupo – Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria

Local – Internamento de Pediatria

Data- 12 de Dezembro de 2019

Objetivo geral:

- Contribuir para a segurança da criança, no âmbito da prevenção da prevenção dos maus tratos e a sua correta sinalização.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar as equipas de enfermagem para o problema dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível nacional.

-Capacitar os Enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco, através da especificação das tipologias de maus tratos, os fatores de risco e fatores de proteção, diferença entre risco e perigo e a intervenção e conduta dos enfermeiros a este nível.

- Dar a conhecer à equipa de Enfermagem o projeto de estágio a desenvolver e norma de procedimentos realizada no âmbito do estágio no serviço.

	Conteúdos	**Métodos**	**Recursos**	**Tempo**
Introdução	- Apresentação do preletor - Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Suporte Informático (computador/ powerpoint)	5 minutos
Desenvolvimento	- Apresentação dos objetivos da sessão. - Importância do papel do enfermeiro na deteção,	Expositivo/ Interrogativo	Suporte Informático (computador/	10 minutos

	sinalização e prevenção dos maus tratos a crianças e jovens. -Identificação dos fatores de risco, fatores de proteção e diferença entre risco e perigo. -Identificação de sinais de alarme durante a permanência no serviço de internamento de Pediatria. -Atuação e conduta do enfermeiro em situação de presença de fatores de risco ou suspeita de maus tratos. -Apresentação sumária do projeto de Estágio e da norma de procedimentos realizada.		powerpoint)	
Conclusão	- Síntese dos principais conteúdos. - Esclarecimento de dúvidas -Avaliação da sessão.	Expositivo/ Interrogativo	Diálogo	5 minutos

Apêndice I

Questionário de avaliação das Sessões de Formação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Questionário da Avaliação da Sessão de Formação

O preenchimento deste questionário avaliativo é anónimo e tem como propósitos a melhoria da formação em Enfermagem e avaliar a concretização dos objetivos propostos.

Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Médio; 3 – Bom; 4 – Muito Bom.

1. Sessão de Formação:	1	2	3	4
Clareza dos objetivos da sessão				
Relevância do tema abordado				
Adequação dos meios audiovisuais				
Adequação da duração da Sessão de formação				

2. Formador	1	2	3	4
Clareza dos conteúdos abordados				
Domínio do tema				
Criação de um clima favorável à participação dos formandos				
Esclarecimento de dúvidas				

3. Considera que os conteúdos abordados nesta Sessão de Formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a temática em questão?

☐ Sim ☐ Não

4. Sugestões/ Comentários

_____
_____
_____
_____

Obrigada pela sua Participação!

Apêndice J

Resultados das avaliações das Sessões de Formação

Frequência percentual das respostas às questões colocadas aos enfermeiros após as sessões formativas

Sessão de Formação	**1-Insuficiente**	**2-Médio**	**3-Bom**	**4- Muito Bom**
Clareza dos Objetivos da Sessão				USF 100% UUP 100% Internamento de Pediatria 100%
Relevância do tema abordado			UUP- 25%	USF 100% Internamento de Pediatria 100%
Adequação dos meios audiovisuais				USF 100% UUP 100% Internamento de Pediatria 100%
Adequação da duração da sessão de formação				USF 100% UUP 100% Internamento de Pediatria 100%
Formador	**1-Insuficiente**	**2-Médio**	**3-Bom**	**4- Muito Bom**
Clareza dos conteúdos abordados				USF 100% UUP 100% Internamento de Pediatria 100%
Domínio do tema				USF 100% UUP 100% Internamento de Pediatria 100%
Criança de um clima favorável à				USF 100%

participação dos formandos				UUP 100% Internamento de Pediatria 100%
Esclarecimento de dúvidas				USF 100% UUP 100% Internamento de Pediatria 100%

Considera que os conteúdos abordados nesta Sessão de Formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a temática em questão?

Sim- USF 100%

UUP 100%

Internamento de Pediatria 100%

Não- 0%