



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

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

**“Infância Ameaçada – Competências do EEESIP
na prevenção de riscos e promoção do bem-
-estar”**

Helena Patrícia Inteiro Correia

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia F. C. Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

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

**“Infância Ameaçada – Competências do EEESIP
na prevenção de riscos e promoção do bem-
-estar”**

Helena Patrícia Inteiro Correia

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia F. C. Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

“Infância Ameaçada – Competências do EEESIP na prevenção de riscos e promoção do bem-estar”

Helena Patrícia Inteiro Correia

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

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)

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

Arguente: Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata (Especialista em
Enfermagem, Decreto-Lei nº206 de 2009, de 31 de Agosto)

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

Orientador: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora (Doutorada em Sociologia)

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

Data: Novembro de 2020

“Quem convive muito com crianças descobre que nenhuma ação externa sobre elas permanece sem uma ação recíproca”.

(Johann Goethe)

Agradecimentos

À minha família, pelas palavras de apoio e pelo amor que me demonstraram, nesta fase como em todas as outras. Que sorte é ter-vos como família.

À minha mãe, que, como em todos os momentos da minha vida, acreditou em mim e me incentivou a ser melhor. Sem ti, o meu hoje seria muito diferente.

Aos meus amigos, por todo o apoio, pelas palavras de incentivo e por estarem sempre lá no momento certo.

À Sofia, pelas viagens, pela troca de incentivos e por toda a amizade. E aos pais da Sofia pelos almoços e pelo carinho.

À Cristina, colega, amiga e companheira nesta aventura, sem a qual o caminho teria sido muito mais difícil de percorrer.

Aos colegas “cotas” da Especialidade, que também tornaram esta jornada mais leve. Conhecer-vos fez esta aventura valer mais a pena.

Às enfermeiras EESIP orientadoras, por tão bem me terem recebido, por todos os ensinamentos e por toda a partilha. Ficarão para sempre na minha memória.

À professora Antónia Chora, por toda a paciência, orientação e carinho. A sua ajuda tornou a conclusão desta aventura possível.

Aos colegas de trabalho, pelo apoio, pelas trocas de turnos e pelas palavras de incentivo ao longo de todo o percurso.

À minha chefe e pessoa extraordinária Odete, por todo o apoio e incentivo.

E por último, mas não menos importante, ao meu companheiro André e à minha filha Lara, por todo o apoio e compreensão, por se terem privado tantas vezes da minha presença ou da minha atenção, sem nunca deixarem de me apoiar e incentivar. Por todo o amor. Sem vocês, não teria sido possível.

Por tudo, a todos o meu sincero obrigado.

Resumo

Os maus tratos infantis são considerados um problema de saúde pública.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) encontra-se numa posição privilegiada para identificar prematuramente alterações e/ou situações de risco, permitindo uma intervenção atempada no sentido de evitar ou minimizar as suas consequências.

Norteadado pela linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, o presente projeto tem como principal objetivo a otimização do bem-estar infantil, em todas as fases do desenvolvimento.

Através deste Relatório, e considerando o Modelo Conceptual desenvolvido por Betty Neuman, pretende-se contribuir para a minimização da atuação de stressores a diversos níveis, através da promoção da segurança infantil, nomeadamente ao nível da prevenção e encaminhamento de situações de maus tratos infantis, bem como ao nível da otimização da adaptação à vida extrauterina durante o período neonatal, em contexto de internamento em Unidade Neonatal. Para tal, as filosofias de Cuidados Centrados no Desenvolvimento, como o NIDCAP, são uma ferramenta valiosa na mitigação dos efeitos do stress neonatal em contexto de UCIN, assegurando o conforto do RN e o seu adequado desenvolvimento.

Descritores: Maus Tratos Infantis, Cuidados Centrados no Desenvolvimento, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Abstract

Child abuse is considered a public health problem.

The Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing (EEESIP) is in a privileged position to prematurely identify changes and / or risk situations, allowing a timely intervention in order to avoid or minimize its consequences.

Guided by the “Safety and Quality of Life” research line, the main objective of this project is to optimize children's well-being in all stages of development.

Through this Report, and considering the Conceptual Model developed by Betty Neuman, it is intended to contribute to the minimization of the performance of stressors at different levels, through the promotion of child safety, namely in terms of preventing and addressing situations of child abuse, as well as in terms of optimizing adaptation to extra-uterine life during the neonatal period, in the context of hospitalization in the Neonatal Unit. To this end, the philosophies of Development-Centered Care, such as NIDCAP, are a valuable tool in mitigating the effects of neonatal stress in the context of NICUs, ensuring the comfort of the newborn and its adequate development.

Descriptors: Child Abuse, Development-Centered Care, Child and Pediatric Health Nursing.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	88
ANEXO 2 – Certificado de participação na sessão “O Papel das Entidades de Primeira Linha no Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens”	90
ANEXO 3 - Certificado de frequência do Seminário “Os Comportamentos Aditivos na Adolescência”. 92	
ANEXO 4 - Certificação em Suporte Imediato de Vida Pediátrico	95

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Cronograma	98
APÊNDICE 2 – Plano de Formação “Maus Tratos Infantis” - Centro de Saúde	100
APÊNDICE 3 – Apresentação da Formação “Maus Tratos Infantis” - Centro de Saúde	103
APÊNDICE 4 - Plano de Formação “Maus Tratos Infantis” – Urgência Pediátrica	119
APÊNDICE 5 - Apresentação da Formação “Maus Tratos Infantis” – Urgência Pediátrica	122
APÊNDICE 6 – Proposta de Norma de Procedimentos de Enfermagem	139
APÊNDICE 7 – Plano da Formação “Cuidados Centrados no Desenvolvimento”	144
APÊNDICE 8 – Apresentação da Formação “Cuidados Centrados no Desenvolvimento”	147
APÊNDICE 9 – Artigo Científico “Cuidados Centrados no Desenvolvimento” - Revisão Integrativa de Literatura	156
APÊNDICE 10 – Poster Científico “Cuidados Centrados no Desenvolvimento”	158

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I - Expectativas dos participantes sobre a Ação de Formação (Centro de Saúde)	49
Gráfico II - Interesse da Ação de Formação – Opinião dos participante (Centro de Saúde)	49
Gráfico III - Avaliação da Ação de Formação – Opinião dos participantes (Centro de Saúde)	50
Gráfico IV - Expectativas dos participantes sobre a Ação de Formação (Urgência Pediátrica)	63
Gráfico V - Interesse da Ação de Formação – Opinião dos participantes (Urgência Pediátrica)	64
Gráfico VI - Avaliação da Ação de Formação – Opinião dos participantes (Urgência Pediátrica)	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Comunicações e Diagnósticos em Portugal em 2018	19
Figura 2 - Situações de Perigo diagnosticadas em 2018	19
Figura 3 - Níveis de Intervenção	23
Figura 4 - Entidades Sinalizadoras das situações de perigo em 2018	25
Figura 5 - Medidas de Promoção e Proteção aplicadas em 2018	26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

ASCJR - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

BPAP - *Bi-level Positive Airway Pressure*

CCD - Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CNPDP CJ - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGE - Direção Geral da Educação

DGS - Direção Geral de Saúde

DRE - Diário da República Eletrónico

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECTS - *European Credit Transfer System*

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf^a – Enfermeira

et al – e colaboradores

IPSS - Instituição Privada de Solidariedade Social

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RN - Recém-nascido

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAV - Suporte Avançado de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Serviço de Observação

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Integrados

USP - Unidade de Saúde Pública

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS	7
ÍNDICE DE APÊNDICES	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
INTRODUÇÃO	14
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 Maus Tratos Infantis	18
1.2 Cuidados Centrados no Desenvolvimento	32
1.3 Modelo Conceptual de Betty Neuman	36
2 PERCURSO FORMATIVO	38
2.1 Metodologia de Trabalho de Projeto	38
2.2 Estágio I	43
2.3 Estágio Final	44
2.3.1 Cuidados de Saúde Primários / UCSP	44
2.1.2 Urgência Pediátrica	51
2.3.3 UCIN	65
3 ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	70
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	70
3.2 Competências Específicas do EEESIP	72
3.3 Competências do Mestre em Enfermagem	74
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	87
APÊNDICES	97

INTRODUÇÃO

A elaboração do Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Relatório, do terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em Associação com a Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Tal como definido na Unidade Curricular de Relatório, espera-se que o estudante, como resultado da sua aprendizagem:

- Evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Fundamente as suas decisões com base na teorização e na evidência científica;
- Conceba um projeto que integre as competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre;
- Descreva e avalie o desenho e a implementação desse mesmo projeto de intervenção;
- Apresente um relatório, sendo o mesmo o presente trabalho, a ser posteriormente discutido em provas públicas.

Este projeto teve por base a linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, tendo sido esta a linha condutora de todo o trabalho desenvolvido.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman baseia-se em dois principais componentes, que são o stress e a reação ao mesmo. Este considera o indivíduo como um sistema aberto e dinâmico, em que indivíduo e ambiente interagem e se afetam mutuamente. Neste Modelo, os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são descritos como forças ambientais que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema (Neuman e Fawcett, 2011). A saúde é considerada como resultante do equilíbrio entre stressores e fatores protetores (variáveis biopsicossociais, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos stressores).

Para Neuman, a enfermagem é uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos stressores, consistindo a sua intervenção em ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema (Neuman e Fawcett, 2011).

Cabe ao EEESIP focalizar a sua intervenção na interdependência criança/família e ambiente, considerando os stressores e os fatores protetores associados às suas vivências (DGS, 2011; OE, 2018). Assim, o enfermeiro deve avaliar o risco familiar, que diz respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (DGS, 2011).

Dos objetivos veiculados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) evidenciam-se:

1. “Promover a segurança, prevenindo acidentes e maus-tratos;
2. Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos” (DGS, 2013).

Neste sentido, define-se como linha orientadora deste projeto a segurança e qualidade de vida, através da promoção da segurança e do bem-estar, no âmbito da prevenção, deteção e encaminhamento de situações de Maus Tratos Infantis na Comunidade e em contexto de Urgência Hospitalar, e no âmbito da promoção do bem-estar em recém-nascidos prematuros em contexto de internamento em Unidade Neonatal, minimizando impactos negativos através de filosofias de Cuidados Centrados no Desenvolvimento, como o NIDCAP.

Os maus tratos resultam da conjugação de diversos fatores – de risco, de agravamento/ crises de vida e de proteção, que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação (DGS, 2011). Cabe ao EEESIP a identificação de fatores de risco, para a prevenção, minimização ou encaminhamento de situações de maus tratos.

Segundo Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri e Erdmann (2015), o internamento do RN numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais pode ser traumático para ambos, RN e pais. No caso de RN prematuros, associadas à prematuridade existem complicações associadas com dificuldade de adaptação à vida extra-uterina, secundária à imaturidade dos sistemas orgânicos (Stark, 2008). De facto, durante o internamento em Unidades Neonatais, estes estão sujeitos a diversos estímulos, quer

dolorosos, devido a procedimentos invasivos, quer por se encontrarem num ambiente rodeado por sons desconhecidos, luzes constantes e pessoas estranhas. Cabe ao EEESIP a aplicação de estratégias no sentido de diminuir os stressores externos, minimizando o impacto de todos estes estímulos negativos no cérebro imaturo do RN prematuro, promovendo, assim, a sua saúde e o seu bem-estar.

O presente projeto tem, assim, como objetivo principal a otimização do bem-estar infantil, em todas as fases do desenvolvimento. Nesse âmbito, e considerando o Modelo Conceptual desenvolvido por Betty Neuman, pretende-se contribuir para a minimização da atuação de stressores a diversos níveis, através da promoção da segurança infantil, nomeadamente ao nível da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de maus tratos infantis, bem como ao nível da otimização da adaptação à vida extra-uterina durante o período neonatal, em contexto de internamento em Unidade Neonatal.

Após a contextualização e fundamentação, emergem, assim, os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Capacitar os pares para a otimização do bem-estar infantil

Objetivos específicos:

- Capacitar os pares para prevenção, identificação e encaminhamento de situações de maus tratos infantis
- Capacitar os pares para otimização da adaptação à vida extra-uterina durante o período neonatal

Através do presente relatório pretende-se expor o percurso formativo, que permitiu a persecução dos referidos objetivos, num empreendimento de capacitação dos pares e enriquecimento pessoal.

Assim, o presente relatório inicia-se com um enquadramento teórico, no qual se contextualiza a problemática eleita e a sua pertinência, bem como o referencial teórico norteador de todo o trabalho desenvolvido. Seguidamente será explanada a metodologia de trabalho seguida neste projeto, e exposta a sua aplicação ao longo de todo o processo, através de uma análise de cada contexto de

Estágio. No final, urge levar a cabo uma reflexão acerca das aprendizagens realizadas ao longo de todo o processo formativo, analisando a sua relevância no desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEESIP, bem como das competências inerentes ao grau de Mestre.

A redação do presente documento obedeceu às normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, que se encontra na Regulamentação de Estudantes, está de acordo com a norma de referência American Psychological Association (APA), 6.ª edição, e foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico Português.

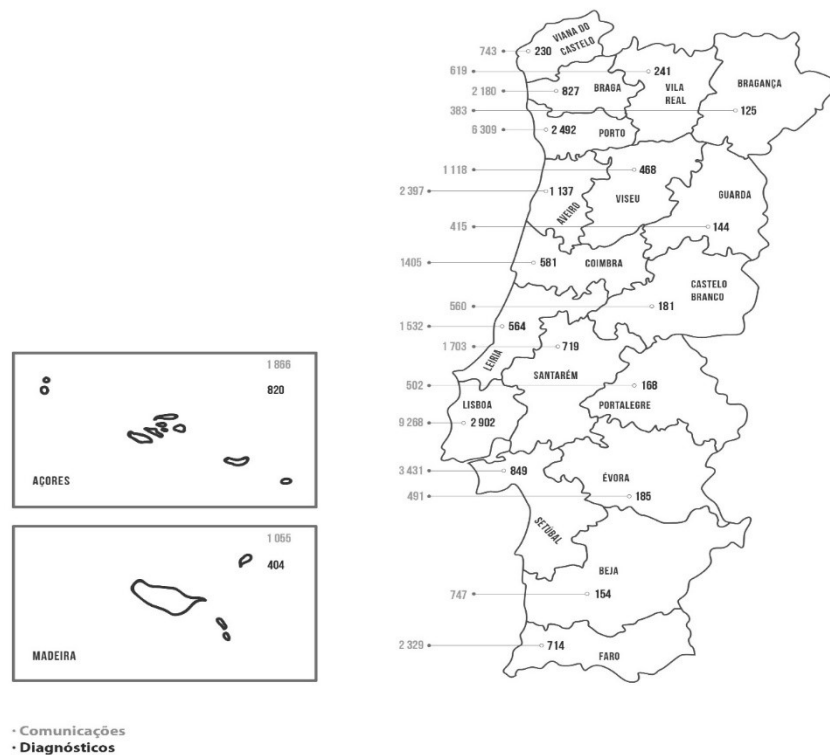
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se expor a fundamentação teórica que serviu de ponto de partida para o nosso projeto. Será abordada a temática dos Maus Tratos Infantis e a temática dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento. Seguidamente, será feita uma análise do Modelo Conceptual de Betty Neuman, norteador de todo o projeto.

1.1 Maus Tratos Infantis

No mundo atual, os Maus Tratos Infantis são considerados um problema de saúde pública. Esta premissa é facilmente corroborada pela análise dos dados disponíveis sobre os números nacionais referentes a esta temática. Nas figuras seguintes (Figuras 1 e 2), podemos observar o número de Comunicações e Diagnósticos feitos às CPCJ ao longo do ano de 2018, por Distrito, bem como o número de situações de perigo diagnosticadas no mesmo ano (CNPDPCJ, 2018).

Figura 1 - Comunicações e diagnósticos em Portugal em 2018



Fonte: Relatório anual 2018 (CNPDPJ)

Figura 2 - Situações de Perigo diagnosticadas em 2018



Fonte: Construção própria, adaptado de Relatório anual 2018 (CNPDPJ)

Com efeito, podemos verificar que, no decorrer do ano de 2018, foram feitas 39053 comunicações às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de todo o país, tendo sido diagnosticadas 13905 situações de Perigo.

Tal como proferido na Declaração dos Direitos da Criança, princípio 9º (DGE, 2019), “a criança deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração, e não deverá ser objeto de qualquer tipo de tráfico”.

Também na Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019, p.13) se pode ler que “o Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas”.

Tal como proferido neste documento, cabe aos Estados Partes tomar:

“todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada” (UNICEF, 2019, p.13).

Ainda na seção sobre a proteção contra maus tratos e negligência, verifica-se que:

“tais medidas de proteção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e aqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, e para identificação, elaboração de relatório, transmissão, investigação, tratamento e acompanhamento dos casos de maus tratos infligidos à criança, acima descritos, compreendendo igualmente, se necessário, processos de intervenção judicial” (UNICEF, 2019, p.13).

Segundo o conceito proferido pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2011), os maus tratos em crianças e jovens “dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais,

cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”. Estes provocam repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, autonomia e dignidade, e resultam da conjugação de diferentes fatores - de risco, proteção e agravamento/crises de vida - que interagem entre si.

Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos, representando variáveis biopsicossociais que, no meio em que ocorrem, podem potencializar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. Importa frisar que os fatores de risco, por si só, não evidenciam a existência de maus tratos, indiciando apenas a probabilidade do seu aparecimento.

Os fatores de proteção, por sua vez, incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem, conseqüentemente, remover ou minorar o impacto dos fatores de risco presentes.

Os fatores de agravamento/crises de vida são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, da família ou cuidadores que, aquando do seu surgimento, alteram a dinâmica entre fatores de risco e fatores de proteção, podendo precipitar a ocorrência de maus tratos.

A demarcação entre os conceitos de risco e de perigo pode ser difícil, na medida em que o conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças é mais amplo e abrangente do que o das situações de perigo.

As situações de risco implicam um perigo potencial para a concretização dos direitos da criança, embora não atingindo o elevado grau de probabilidade de ocorrência que o conceito legal de perigo encerra. Nestas situações, a intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo, tendo em vista a prevenção primária e secundária das situações de perigo, através de políticas, estratégias e ações integradas, dirigidas à população em geral ou a grupos específicos de famílias e crianças em situação de vulnerabilidade (CNPDPJ, 2018).

A manutenção ou a agudização dos fatores de risco poderão, por sua vez, em determinadas circunstâncias, conduzir a situações de perigo, particularmente na ausência de fatores de proteção ou compensatórios. Nas situações de perigo, por sua vez, a intervenção visa remover o perigo em que a criança se encontra, nomeadamente pela aplicação de uma medida de promoção e proteção, bem

como promover a prevenção de recidivas e a reparação e superação das consequências dessas situações (CNPDPJ, 2018).

A Lei de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo enumera as situações que se enquadram no conceito de perigo. Assim, considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando se encontra numa das seguintes situações:

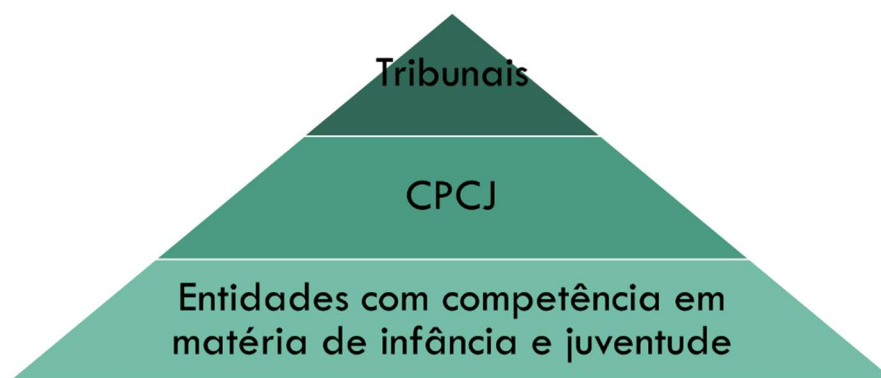
- “Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- Está ao cuidado de terceiros, durante um período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais;
- É obrigada a atividade ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assume comportamentos ou entrega-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda se oponha de modo adequado a remover essa situação” (Diário da República, 1999).

No entanto, como sublinhado pela CNPDPCJ, nem todas as situações de perigo decorrem, necessariamente, de uma situação de risco prévia. Estas podem instalar-se perante uma situação de crise aguda, como é o caso de uma morte, divórcio ou separação, a título de exemplo. Ainda segundo a CNPDPCJ (2018), “é esta diferenciação entre situações de risco e de perigo que determina os vários níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção, no nosso Sistema de Promoção e Proteção da Infância e Juventude”.

Atualmente, em Portugal, a ação da saúde no domínio dos Maus Tratos Infantis enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas por diferentes partes da comunidade, tal como consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Diário da República, 1999).

De acordo com esta, foram definidos três níveis de ação para o processo de intervenção, tal como pode ser visto na Figura 3.

Figura 3 - Níveis de intervenção



Fonte: Construção própria, adaptado de Relatório anual 2018 (CNPDPCC)

“- No primeiro nível é atribuída legitimidade de atuação às entidades com competência em matéria de infância e juventude, no sentido de estas intervirem na promoção dos direitos e na proteção das crianças e jovens, particularmente das que se encontrem em situação de risco ou perigo. Destas entidades fazem parte as que têm ação privilegiada em domínios com os da saúde, educação, formação profissional, ocupação de tempos livres, entre outros. São exemplos as Associações, Autarquias, Escolas, Entidades Policiais, IPSS, ONG, Segurança Social e Serviços de Saúde;

- No segundo nível encontram-se as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), que são acionadas quando não seja possível às entidades de primeiro nível atuar de forma adequada e suficiente;

- No terceiro nível, e numa intervenção que se pretende residual, a proteção de crianças e jovens em perigo cabe à intervenção judicial, a nível dos Tribunais” (CNPDPCC, 2018).

Às instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, é atribuída uma responsabilidade particular na deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, bem como na sinalização e acompanhamento dos casos.

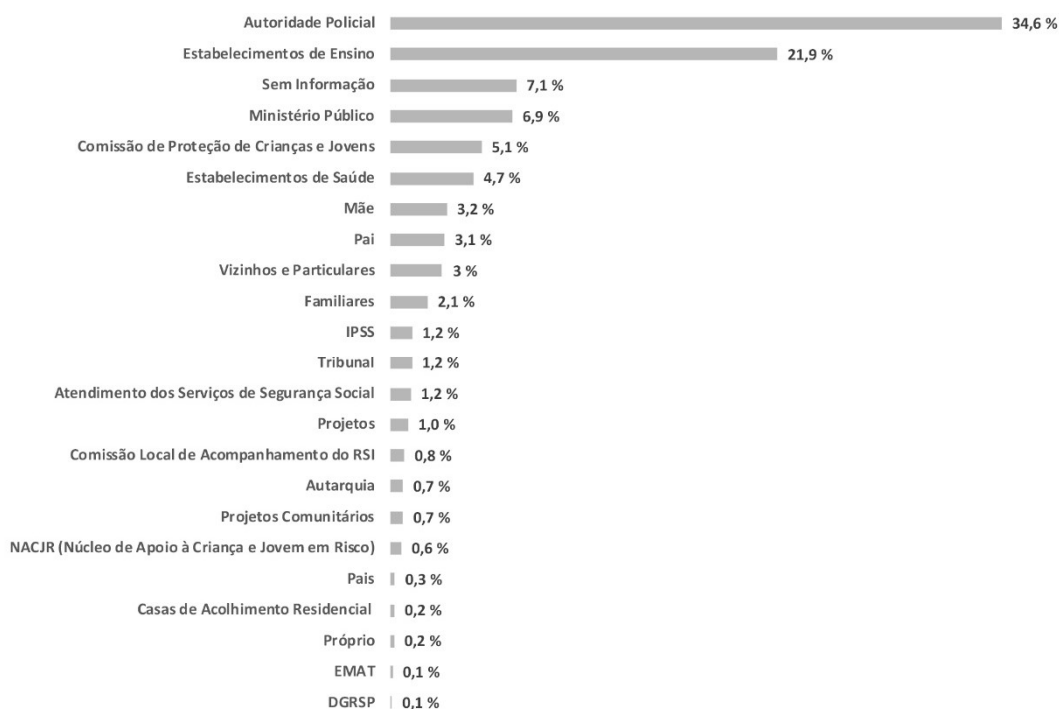
Com o objetivo de melhorar a qualidade das respostas do SNS à problemática dos Maus Tratos, bem como de prevenir mais efetivamente este fenómeno, foi criada a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), através do desenvolvimento da Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco. Nesta Rede inserem-se os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), que operam a nível de Cuidados de Saúde Primários, e os Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) (DGS, 2011). Estes Núcleos da ASCJR são “equipas pluridisciplinares que polarizam motivações e saberes sobre maus tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais da instituição nas intervenções neste domínio” (DGS, 2011). Está, assim, definido pela DGS que exista um NACJR em cada área geográfica correspondente a um Centro de Saúde ou Hospital com atendimento pediátrico (DGS, 2011).

Uma sinalização é a referenciação de uma possível situação de maus tratos a uma equipa multidisciplinar, que irá implicar a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora para a criança/jovem.

A nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS), todos os profissionais de saúde estão, no âmbito das suas competências, vocacionados para detetar, sinalizar e monitorizar as situações de risco de maus tratos (DGS, 2011), pelo que as sinalizações poderão ser efetuadas por qualquer profissional de saúde, ao NACJR ou à CPCJ correspondentes. No entanto, os Maus Tratos infantis são considerados, atualmente, crime público. Como tal, qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em perigo a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança e do jovem, ou de uma situação que considere suspeita de se enquadrar numa situação de maus tratos, tem obrigação de as comunicar, tanto às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, como às entidades policiais, ou ainda às comissões de proteção ou às autoridades judiciárias.

Na figura seguinte (Figura 4), podemos verificar as diferentes entidades que sinalizaram situações de perigo durante o ano de 2018.

Figura 4 - Entidades sinalizadoras das situações de perigo em 2018



Fonte: Relatório anual 2018 (CNPDPCCJ)

As CPCJ são instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem, bem como prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (CNPDPCCJ, 2018). A sua intervenção tem lugar quando não é possível às entidades com competência em matéria de infância e juventude atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo em que se encontram.

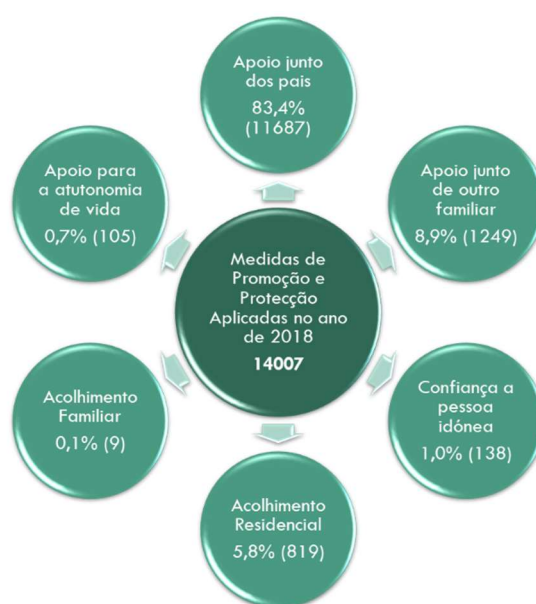
São várias as medidas de promoção e proteção que podem ser por elas aplicadas, nomeadamente:

- Apoio junto dos pais;
- Apoio junto de outro familiar;
- Confiança a pessoa idónea;
- Apoio para a autonomia de vida;

- Acolhimento familiar;
- Acolhimento residencial.

Na Figura 5 podemos verificar a quantificação de cada uma das Medidas de Promoção e Proteção aplicadas pelas CPCJ durante o ano de 2018.

Figura 5 - Medidas de promoção e proteção aplicadas no ano de 2018



Fonte: Construção própria, adaptado de Relatório anual 2018 (CNPDPCC)

Qualquer intervenção levada a cabo por estas entidades, visando a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo, obedece necessariamente aos seguintes princípios:

“Interesse superior da criança - a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem;

Privacidade - a promoção dos direitos da criança e do jovem deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;

Intervenção precoce - a intervenção deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;

Intervenção mínima - a intervenção deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo;

Proporcionalidade e atualidade - a intervenção deve ser a necessária e ajustada à situação de perigo e só pode interferir na sua vida e na vida da sua família na medida em que for estritamente necessário a essa finalidade;

Responsabilidade parental - a intervenção deve ser efetuada de modo a que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;

Primado da continuidade das relações psicológicas profundas – a intervenção deve respeitar o direito da criança à preservação das relações afetivas estruturantes de grande significado e de referência para o seu saudável e harmónico desenvolvimento, devendo prevalecer as medidas que garantam a continuidade de uma vinculação securizante;

Prevalência da família - na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a adoção;

Obrigatoriedade da informação - a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

Audição obrigatória e participação - a criança e o jovem, bem como os pais, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e proteção;

Subsidiariedade - a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais” (CNPDPJ, 2018).

Segundo o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção dos Maus Tratos em Crianças e Jovens (DGS, 2011), “embora exista uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, aliada à diversidade de formas clínicas que é possível constatar, o fenómeno pode ser classificado em diferentes tipos”, sendo estes os seguintes:

- Negligência;
- Mau Trato Físico;
- Mau Trato Psicológico/Emocional;
- Abuso Sexual;
- Síndrome de Münchausen por Procuração.

Negligência

“Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades” (DGS, 2011).

Alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência:

- “Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- Incumprimento do Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas);
- Intoxicações e acidentes de repetição” (DGS, 2011).

Mau Trato Físico

“O mau trato físico resulta de qualquer ação 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. Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde o Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas” (DGS, 2011).

Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato físico:

- “Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, região periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);
- Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;
- Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura);
- Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise;
- Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;
- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;
- Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);
- Alterações graves do estado nutricional” (DGS, 2011).

Mau Trato Psicológico/Emocional

O mau trato psicológico, por sua vez:

“resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem. Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação

permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental” (DGS, 2011).

Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato psicológico/emocional:

- “Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Comportamento ou ideação suicida” (DGS, 2011).

Abuso Sexual

O abuso sexual acomoda o:

“envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é, 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” (DGS, 2011).

Frequentemente, o abuso sexual é perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha ocorrido, facto que pode dificultar o diagnóstico. Contudo, em algumas situações, pode ser possível identificar sintomas ou sinais deste tipo de mau trato.

Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual:

- “Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção);
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- Lesões no pênis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infecções de transmissão sexual;
- Gravidez” (DGS, 2011).

Síndrome de Münchausen por Procuração

O Síndrome de Münchausen por Procuração diz respeito à:

“atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente” (DGS, 2011).

São exemplos de situações indicadoras de Síndrome de Münchausen por Procuração:

- “Ministrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia;
- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;
- Provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia” (DGS, 2011).

Os sinais de alerta constituem-se, portanto, como indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos, e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora. Por si só não permitem diagnosticar uma situação de maus tratos, já que podem surgir como sinais e sintomas de outras entidades clínicas, mas constituem uma orientação para o diagnóstico, na medida em que apontam para a necessidade de intervir.

1.2 Cuidados Centrados no Desenvolvimento

O recém-nascido de alto risco é definido como aquele que apresenta uma maior morbidade e/ou mortalidade, devido a condições ou circunstâncias associadas ao nascimento ou à adaptação à vida extrauterina (Hockenberry e Wilson, 2014, p.332).

O período de alto risco inicia-se no momento da viabilidade, no momento do parto, até 28 dias após o nascimento. Segundo Hockenberry e Wilson (2014, p.332), “os problemas mais comumente relacionados com o estado fisiológico estão intimamente associados ao estado de maturação do bebê e, geralmente, envolvem alterações bioquímicas e consequências da imaturidade dos órgãos e sistemas”. As complicações neonatais mais frequentes, e que originam os fatores de risco mais presentes em contexto de UCIN são:

- Dificuldade respiratória
- Instabilidade térmica
- Hipoglicémia
- Icterícia
- Problemas alimentares
- Problemas do neurodesenvolvimento
- Infecção (Hockenberry e Wilson, 2014, p.333).

A prematuridade é responsável pelo maior número de admissões em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (Hockenberry e Wilson, 2014, p.363). A prematuridade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se quando o RN nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, e com peso de nascimento igual ou inferior a 2500g.

A admissão numa UCIN é essencial para o apoio e o desenvolvimento dos RN de risco. Com efeito, é frequente que o primeiro contexto de desenvolvimento de uma criança nascida pré-termo seja a UCIN, devido à sua necessidade de cuidados especiais para sobreviver (Gaspardo, Cassiano, Gracioli, Furini, e Linhares, 2018). No entanto, a exposição a este ambiente pode, por outro lado, ser prejudicial aos RN, uma vez que estes não estão preparados para o stress de se encontrarem fora do ambiente protetor intra-uterino (Alvarez-Garcia, Fornieles-Deu, Costas-Moragas, e Botet-Mussons, 2014).

Tal como referido por Hockenberry e Wilson (2014, p.354), a experiência considerada normal para a criança pré-termo é estar no útero materno, e para a criança nascida a termo é o ambiente familiar. Qualquer destes ambientes considerados normais é completamente diferente do ambiente de UCIN sendo que, neste contexto, a experiência da criança de alto risco é composta por inúmeros condicionalismos que provocam alterações no envolvimento sensorial, passíveis de motivar consequências no desenvolvimento.

Inúmeras variáveis tornam as UCIN contextos de alto risco para o desenvolvimento, devido aos fatores ambientais que são incontrolláveis e prejudiciais aos RN, tais como o nível de ruído, a exposição precoce à dor e os estímulos tácteis, bem como devido aos variados procedimentos que causam dor, stress e desconforto aos RN vulneráveis (Gaspardo et al, 2018).

Com efeito, os RN em UCIN estão expostos a inúmeros agentes stressores, incluindo estímulos dolorosos, interrupção do sono, ruído e luminosidade excessivos, manipulação frequente relacionada com procedimentos médicos e de enfermagem, separação da mãe e alterações da parentalidade (Montirosso et al, 2016).

Estas experiências sensoriais nocivas, devidas a procedimentos frequentes, ruídos, luzes excessivas e ventilação mecânica prolongada, são agressivas para os RN e, particularmente, para os RN pré-termo, devido à imaturidade do seu organismo para lidar com os diversos estímulos adversos (Gaspardo et al, 2018). Estes stressores colocam em risco o desenvolvimento cerebral do RN pré-termo, e afetam o seu desenvolvimento neurológico a longo prazo (Venkataraman et al, 2018).

O sistema de órgãos imaturo, incluindo o cérebro, de um RN pré-termo internado em UCIN, é vulnerável a estímulos ambientais adversos, pelo que recém-nascidos pré-termo admitidos em UCIN estão em risco de sofrer alterações a nível do desenvolvimento cerebral, sendo sensíveis a qualquer alteração ao meio envolvente na UCIN (Venkataraman et al, 2018). De facto, o efeito dos vários stressores a que os RN estão sujeitos em ambiente de UCIN foi já associado a alterações da estrutura e função cerebrais (Smith et al, 2011).

Os RN pré-termo têm, portanto, maior risco de desenvolver complicações nos primeiros tempos de vida, mas a imaturidade associada à prematuridade não só coloca as crianças em risco de complicações neonatais, como também as predispõe a problemáticas que podem persistir na idade adulta, tais como problemas na aprendizagem e alterações do crescimento (Hockenberry e Wilson, 2014, p.363).

Fumagalli et al (2018), sugerem que as adversidades precoces podem, também, contribuir para a programação a longo prazo do desenvolvimento socioemocional. Vários estudos afirmam que a exposição precoce e repetida ao stress em UCIN pode, de facto, contribuir para dificuldades de neurodesenvolvimento, incluindo problemas comportamentais, sendo que os mais frequentemente reportados em crianças nascidas pré-termo ou com baixo peso são os problemas de atenção (Gaspardo et al, 2018; Montiroso et al, 2016). Isto corrobora a premissa de que os diversos stressores a que os RN estão sujeitos em ambiente de UCIN têm, de facto, influência no desenvolvimento dos RN.

Os avanços nos cuidados intensivos ao RN doente e imaturo, bem como o rápido aperfeiçoamento da tecnologia, estão associados com a melhor sobrevivência dos RN criticamente doentes e pré-termo. Esta evolução criou a necessidade de pessoal possuidor de conhecimento especializado e competências em várias áreas, nomeadamente pessoal altamente qualificado e treinado na arte de cuidar em cuidados intensivos neonatais (Hockenberry e Wilson, 2014, p.334).

Os enfermeiros, segundo Hockenberry e Wilson (2014, p.352), são os profissionais que possuem maior impacto sobre o quotidiano vivido pelos seus pequenos RN, sendo, portanto, da sua responsabilidade observar os padrões e as respostas individuais das crianças, de forma a melhor conhecê-las e apoiá-las na organização dos estados comportamentais.

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. O EEESIP é, assim, responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família, devendo ser esta a sua principal preocupação, sendo o cuidado, a compaixão e a empatia características inerentes ao EEESIP que cuida

das crianças e famílias. Deve, portanto, ser sua prática demonstrar interesse e preocupação pelo seu bem-estar, demonstrar afeto e sensibilidade para com os pais e a criança, comunicar com eles e garantir uma individualização dos cuidados de enfermagem (Hockenberry e Wilson, 2014, p.13).

Ainda segundo os mesmos autores (2014, p.353), “os cuidados de enfermagem devem ser planejados, tanto quanto possível, tendo em conta a capacidade de resposta da criança para otimizar a organização do desenvolvimento do sono e melhorar as manifestações de alerta”.

Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) são uma filosofia de cuidados que tem como objetivo favorecer o desenvolvimento harmonioso neuro-sensorial e emocional do RN, diminuir o stress associado com a estadia em UCIN, e diminuir a dor relacionada com exames diagnósticos e tratamentos invasivos (Gutiérrez-Padilla et al, 2017). Estes consistem em controlar os estímulos externos, associando diversas modificações ao ambiente hospitalar e à prática de Cuidados individualizados, de acordo com as necessidades de cada RN. Estes devem assegurar o conforto do RN, reduzindo a dor e o stress, monitorizando o desenvolvimento, e proporcionando cuidados centrados na família, e devem ser aplicados de maneira a que os RN experienciem a mínima quantidade de stress possível (Ceylan e Bolsk, 2018).

Tal como evidenciado por Hockenberry e Wilson (2014, p.352), os Cuidados Centrados no Desenvolvimento têm inúmeros efeitos positivos nos resultados de saúde e neuro-comportamentais nos RN de alto risco.

Este modelo de cuidados propõe um método sistematizado de observação nas UCIN para recolher informação relativa às competências de cada criança, às suas vulnerabilidades e limites, informação essa que irá servir de base ao planeamento de cuidados individualizados e adequados a cada criança (Hockenberry e Wilson, 2014, p.351).

A criança deve ser observada na prática clínica, sendo a sua forma de comunicação baseada na informação fornecida através das mudanças fisiológicas e da observação comportamental, através das funções de três subsistemas - autónomo, motor e regulação dos estádios de sono-vigília. A resposta da criança perante o meio ambiente, os cuidados físicos ou procedimentos, será o que permitirá ao enfermeiro fazer os devidos ajustamentos nas técnicas, para otimizar a estabilidade funcional da criança.

A utilização, pelo enfermeiro, de um modelo de CCD irá, assim, permitir uma monitorização reforçada dos sinais fisiológicos e comportamentais, o que favorece a organização e o bem-estar das crianças de alto risco durante a manipulação (Hockenberry e Wilson, 2014, p.354).

Esta filosofia de Cuidados inclui um vasto leque de intervenções designadas para minimizar os efeitos da exposição ao stress, tais como: controlo de estímulos externos, o método Canguru (colocação do bebé ao colo da mãe ou do pai durante um período de tempo, com contacto pele-a-pele) e o envolvimento parental, gestão das atividades de vida diária e gestão da dor (Montirosso et al, 2016).

Os CCD são apontados por diversos estudos como promotores de um melhor desenvolvimento cerebral, contribuindo para prevenir problemas comportamentais na infância. Está atestado o seu impacto na mitigação dos efeitos nefastos dos agentes stressores em UCIN, em diversos estudos. De acordo com Montirosso et al (2016), é possível aliviar, pelo menos parcialmente, os efeitos a longo prazo da exposição precoce ao stress em UCIN, através da adoção de práticas de CCD.

As filosofias de CCD são, portanto, uma ferramenta valiosa na mitigação dos efeitos do stress neonatal em contexto de UCIN, assegurando o conforto do RN e o seu adequado desenvolvimento.

1.3 Modelo Conceptual de Betty Neuman

A escolha de um referencial teórico de Enfermagem afigurou-se imprescindível como norteador de todo o trabalho desenvolvido, tendo sido esse mesmo modelo a linha condutora entre as diversas vertentes abordadas ao longo do presente projeto.

Neste trabalho optou-se por seguir o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, por permitir planejar cuidados de forma integral e sistematizada e por se centrar nas respostas das pessoas aos stressores, procurando minimizar essas variáveis que afetam as reações do sistema (Neuman e Fawcett, 2011), como é o processo de desenvolvimento infantil.

Este modelo permite assegurar as necessidades holísticas das crianças e suas famílias no que respeita à saúde, crescimento e desenvolvimento. A criança é encarada como um sistema aberto no contexto da família, composto por diversas variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais,

espirituais e de desenvolvimento. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, onde os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são descritos como forças ambientais que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema (Neuman e Fawcett, 2011).

Para Neuman a enfermagem é uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos stressores (Neuman e Fawcett, 2011). A intervenção consiste em ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema criando vínculos com o cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

Os cuidados de enfermagem constituem-se por intervenções de prevenção primária, dirigidos a obter o bem-estar da criança e família, intervenções de prevenção secundária, destinadas a apoiar a criança e a família para atingir o bem-estar, e intervenções preventivas terciárias, destinadas a promover a manutenção do bem-estar contínuo da criança e família (Neuman e Fawcett, 2011). Para a autora, a saúde é um contínuo de bem-estar ou mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança.

Neste sentido, o enfermeiro identificará os comportamentos e estímulos que possam gerar stress na criança: fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais e, com base nesse diagnóstico da situação, definirá estratégias de intervenção que reforcem a linha flexível de defesa da criança e, posteriormente, avaliará os resultados dessas mesmas intervenções.

A promoção da saúde, baseada no modelo de sistemas de Neuman, é a componente primária da intervenção, estando a intervenção de enfermagem focalizada na prevenção, por forma a evitar e minimizar o impacto dos stressores na criança (Neuman e Fawcett, 2011).

Uma importante estratégia é a orientação antecipatória, que envolve as famílias com o conhecimento sobre as etapas de desenvolvimento dos seus filhos e medidas de promoção de saúde que podem adotar para melhorar os resultados em saúde (Neuman e Fawcett, 2011). Os cuidados antecipatórios são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas do utente, tentando prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências (DGS, 2013). No PNSIJ são considerados como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao seu melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança, e ao exercício da parentalidade (DGS, 2013).

2 PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo será explanada a metodologia de trabalho seguida neste projeto, e exposta a sua aplicação ao longo de todo o processo, através de uma análise das etapas da Metodologia de Trabalho de Projeto. Serão, ainda, definidos os objetivos específicos e atividades desenvolvidas no âmbito deste projeto em cada local de Estágio.

2.1 Metodologia de Trabalho de Projeto

“A Metodologia de Projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ruivo et al, 2010, p.2).

O principal objetivo da Metodologia de Projeto é a resolução de problemas, e centra-se na aquisição de capacidades e competências, através da elaboração de projetos em contexto real. Esta metodologia, segundo Ruivo et al (2010, p.3), “constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” Ainda segundo os mesmos autores, este é um método que permite ao investigador compreender melhor a realidade da população que é afetada pelo problema em questão, o que irá permitir um melhor planeamento e “uma ação mais direta e dirigida para transformar e melhorar essa realidade” (Ruivo et al, 2010, p.4).

A Metodologia de Projeto compreende, assim, as seguintes etapas:

- Elaboração do Diagnóstico da situação
- Planificação das atividades, meios e estratégias
- Execução das atividades planeadas

- Avaliação

- Divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al, 2010, p.5).

O Diagnóstico de Situação corresponde à primeira etapa da Metodologia de Projeto, ao início deste processo. Esta etapa, segundo Brissos citado por Ruivo et al (2010, p.10), “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”. É nesta fase inicial do processo que se definem os problemas, se estabelecem prioridades e se selecionam os recursos (Ruivo et al, 2010, p.11).

Segundo Ruivo et al (2010, p.15-16), os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada, estando mais capacitados para identificar e atuar perante os problemas da população com quem mantêm contato. O mesmo autor refere, ainda, a importância do recurso aos instrumentos de avaliação para identificar as necessidades de saúde da população.

O Diagnóstico de Situação do nosso Projeto foi elaborado, numa fase inicial, com base na nossa prática clínica, na observação desarmada (Ruivo et al, pág. 13) diária da problemática cada vez mais frequente dos Maus Tratos Infantis. Esta observação foi corroborada pela consulta de dados nacionais disponíveis, que suportam a pertinência desta problemática, através da consulta do Relatório Anual de 2018 de Avaliação da atividade das CPCJ, da CNPDPCJ. No referido documento é, também, evidenciada “a diversidade de iniciativas dinamizadas pelas CPCJ, em parceria com as Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude, refletindo o investimento do trabalho em rede, que fortalece a dimensão preventiva e a promoção dos direitos das crianças” (CNPDPCJ, 2018).

Posteriormente, nos dois primeiros locais de Estágio foi realizada uma reunião informal com as respetivas EEESIP Orientadora de Estágio e Enfermeira Chefe, que em ambos os casos consideraram pertinente a abordagem da temática, bem como a formação na área, com o objetivo de colmatar possíveis lacunas existentes ao nível do conhecimento da mesma por parte dos Enfermeiros.

Relativamente ao Estágio em UCIN, a abordagem incidiu sobre uma outra vertente da Segurança e Qualidade de Vida, numa tentativa de apropriação da temática ao local de estágio. Assim, e após contato com a filosofia de cuidados NIDCAP durante a pesquisa científica para elaboração prévia de um artigo científico em contexto académico, despertou em nós uma particular sensibilização para a importância dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento. Integrando diariamente um serviço de

Pediatria, do qual faz parte uma Unidade de Neonatologia, rapidamente foi compreendida a importância da abordagem desta temática. Face a este fato, foi identificada, após observação e reunião com a Enfermeira Chefe e diversos colegas, a necessidade de sensibilização e formação da equipa de Enfermagem do nosso local de trabalho, com o objetivo de atingir uma otimização dos cuidados prestados em contexto de Neonatologia. A escolha do local de estágio teve em linha de conta a persecução deste objetivo de abordar a temática dos CCD, tratando-se de uma Unidade certificada em NIDCAP, e onde esta filosofia de cuidados é aplicada com rigor.

Assim, definiram-se para este trabalho de Projeto os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Capacitar os pares para a otimização do bem-estar infantil

Objetivos específicos:

- Capacitar os pares para prevenção, identificação e encaminhamento de situações de maus tratos infantis
- Capacitar os pares para otimização da adaptação à vida extra-uterina durante o período neonatal

Segundo Hungler citado por Ruivo et al. (2010, p.20), na fase de planificação do esboço do projeto são “definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma.”

A escolha das atividades deve estar em sintonia com os objetivos previamente definidos, visando o alcance dos mesmos.

É inerente às competências comuns do Enfermeiro Especialista a “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2018).

Nesse sentido, consideraram-se como pertinentes as seguintes atividades, constantes do leque de possibilidades de intervenção referido por Hungler, citado por Ruivo et al (2010, p.20):

- Realização de Poster;
- Realização de proposta para a elaboração de uma norma;
- Realização de Sessões de Formação.

Foi, também, elaborado um artigo científico subordinado à temática dos CCD, para complementar e fundamentar a aquisição de conhecimentos.

Por forma a ter uma visão global do trabalho a ser realizado, mostrou-se pertinente a elaboração de um cronograma, no qual foram antevistas as atividades planeadas para a persecução de cada objetivo, bem como a estruturação cronológica das mesmas, e do projeto em si (Apêndice 1).

Como estratégias, no Estágio em Centro de Saúde foi realizada uma Sessão de Formação para Enfermeiros, com recurso a computador e projetor, acerca dos diversos tipos de maus tratos, do reconhecimento de sinais de alerta e da adequada atuação perante os mesmos a nível de Cuidados de Saúde Primários.

A nível de Urgência Pediátrica foi, novamente, concretizada uma Sessão de Formação dirigida aos Enfermeiros do respetivo serviço, com recurso a computador e projetor. Nesta, foram abordados os diversos tipos de maus tratos, o reconhecimento de sinais de alerta e a atuação específica em contexto de Urgência.

A nível de Internamento de Neonatologia, por sua vez, o objetivo primário foi a aquisição de conhecimentos acerca dos CCD enquanto filosofia de cuidados para minimização de impactos negativos nos RN prematuros, amplamente colocada em prática no local de Estágio correspondente, e posterior transposição desses mesmos conhecimentos para o local de trabalho, através da elaboração de uma proposta de norma de Procedimentos de Enfermagem, e de uma sessão de Formação em serviço para os colegas do serviço de Pediatria/Neonatologia na qual fosse explanada essa mesma norma, bem como a sua pertinência. Foram utilizados os recursos disponíveis na

persecução de uma revisão de literatura, que permitiu um referencial teórico aprofundado sobre o tema em questão. Foram utilizados conhecimentos previamente adquiridos sobre pesquisa de literatura e extração de resultados, e foram utilizadas bases de dados eletrônicas na pesquisa de literatura pertinente para a temática. Esta revisão de literatura seria, posteriormente, sintetizada e colocada ao dispor dos colegas em formato de Poster Científico.

Relativamente à avaliação do projeto, sendo este um processo dinâmico, segundo Ruivo et al (2010, p.25), ao longo de todo o Estágio foi desenvolvida uma contínua análise e reflexão, bem como reuniões e comunicação frequentes com a Professora Orientadora, resultando num acompanhamento e troca de ideias frequentes, contribuindo para o constante ajuste e melhoria do projeto em si.

No que diz respeito às sessões de Formação de pares, foi analisado um questionário de autopreenchimento entregue aos participantes das sessões.

Segundo Ruivo et al (2010, p.31):

“a divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto é uma fase importante (...), na medida em que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema”.

Esta divulgação de resultados é feita, neste caso específico, através da redação do presente relatório, no qual se concretiza todo o processo de desenvolvimento do respetivo projeto. A elaboração deste relatório constitui um aspeto fundamental na transmissão de informação, permitindo “sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento” (Ruivo et al, 2010, p.32).

2.2 Estágio I

Tendo em conta a experiência profissional em contexto de serviço de internamento de Pediatria, candidatámo-nos ao Processo de Reconhecimento e Validação de Competências para acreditação da unidade curricular de Estágio I, conforme o Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências Adquiridas em Contextos Não Formais e Informais da Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre.

De acordo com o artigo 5.º deste Regulamento, e considerando que os objetivos do referido estágio dizem respeito ao desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do EEESIP e de Mestre de Enfermagem, para a candidatura foi elaborado um portefólio de competências, no qual foram atestadas as funções e atividades realizadas em contexto de trabalho, formações realizadas e respetivos comprovativos, bem como uma carta de motivações e Curriculum Vitae em modelo europeu. Esta documentação pretendia demonstrar como as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas em contexto de trabalho haviam permitido auferir os objetivos da unidade curricular em questão.

O portefólio foi analisado e avaliado por um júri de reconhecimento e validação de competências e, posteriormente, foi realizada entrevista, na qual nos foram colocadas questões baseadas no referencial de competências da unidade curricular, através das quais demonstrámos que a experiência profissional e a formação realizada haviam permitido completar os objetivos da unidade curricular de Estágio I.

O júri de reconhecimento e validação de competências deliberou atribuir validação e creditação das competências adquiridas em contexto profissional, correspondendo à validação total da unidade curricular, com a atribuição do respetivo número de ECTS (*European Credit Transfer System*).

2.3 Estágio Final

O Estágio final decorreu entre 16 de Setembro e 21 de Dezembro de 2019, tendo sido dividido em três contextos de Estágio - Cuidados de Saúde Primários/Centro de Saúde, Urgência Pediátrica e Neonatologia/UCIN. A escolha dos respetivos locais de Estágio teve em conta preferências pessoais, a localização geográfica para a facilidade de deslocação e conseqüente articulação com o horário de trabalho, bem como a capacidade de resposta aos objetivos definidos para cada contexto de Estágio.

2.3.1 Cuidados de Saúde Primários / UCSP

O Centro de Saúde onde decorreu a primeira parte do nosso Estágio, de 16 de Setembro a 11 de Outubro de 2019, tem 15150 utentes inscritos e está localizado na região do Alto Alentejo, faz parte de uma ACES e está integrado numa Unidade Local de Saúde.

O centro de saúde em questão integra duas áreas funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Relativamente à UCC, esta está situada nas mesmas instalações do centro de saúde e intervém no âmbito comunitário na área geográfica do concelho, tendo como missão:

- “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência, com o objetivo de obter ganhos em saúde;
- prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo;
- atuar na educação para a saúde” (UCC, Manual de Acolhimento, 2017).

Os programas e projetos da UCC integram o plano de ação da ACES em parceria com a UCSP, a Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), com os seguintes objetivos:

- “Intervir em programas no âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar (comportamentos de risco/consumos nocivos – educação para a saúde); Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar e prevenção das doenças orais);
- Intervir com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade – Rendimento Social de Inserção; Intervenção Precoce na Infância; Comissão de proteção de crianças e jovens em risco; viver com ostomias; programa comunitário – trabalhando as efemérides; programa comunitário – diabetes mellitus;
- Intervir com cuidados de reabilitação física a indivíduos dependentes e famílias/cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) – Equipa Coordenadora Local (ECL); Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Parceria com outras instituições, em projetos de promoção de estilos de vida saudável dirigidos à população ao longo do ciclo de vida – visando sensibilizar a comunidade para a promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis” (UCC, Manual de Acolhimento, 2017).

Existem ainda programas da carteira adicional da UCC, sendo estes:

- Visita domiciliária tradicional de enfermagem, em parceria com a UCSP;
- Colheita de espécimes para análise;
- Serviços de enfermagem em ambulatório, de 2ª a 6ª feira, das 18h às 20h, serviço de enfermagem em ambulatório nas extensões de saúde e apoio na consulta aberta, em parceria com a UCSP.

A UCC funciona das 8h às 20h nos dias úteis e das 9h às 17h nos sábados, domingos e feriados. Relativamente aos recursos humanos, a UCC conta com: 1 médico, 5 enfermeiros, 1 higienista oral, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta e 2 assistentes operacionais.

No que diz respeito à UCSP, local onde decorreu o nosso Estágio, as atividades de enfermagem são planeadas em função dos cuidados de enfermagem necessários à resposta das necessidades dos utentes e famílias inscritos, tendo como principais objetivos:

- promover consultas de enfermagem programadas, não programadas e consultas de enfermagem no domicílio;

- garantir tratamentos e administração de terapêutica;
- promover a vigilância de grupos de risco.

As ações e atividades de enfermagem são orientadas para os utentes, suas famílias e comunidade, e visam a manutenção da qualidade e eficiência dos cuidados. A sua atividade assistencial caracteriza-se por:

- utilização dos serviços;
- atos de enfermagem (administração de injetáveis, realização de pensos);
- vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida (vacinação; planeamento familiar; saúde materna; vigilância no puerpério; saúde infantil e juvenil; saúde no adulto; programa de vigilância da diabetes; programa de vigilância da hipertensão; saúde no idoso; consulta de enfermagem de hipocoagulados; visita domiciliária; realização de consulta de enfermagem após avaliação de sinais vitais);
- vigilância clínica das situações de doença.

O horário de funcionamento da UCSP é das 8h às 20h nos dias úteis. A equipa da UCSP é composta por 12 enfermeiras, das quais é parte integrante a Enf^a Chefe, 7 médicos e 1 interno de medicina geral e familiar, 10 administrativos e 6 assistentes operacionais.

Para este contexto de Estágio específico, foram por nós definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a estrutura física e funcional da UCSP;
- Adquirir conhecimentos acerca da dinâmica de uma UCSP;
- Analisar o papel do EEESIP na UCSP;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados diferenciados à criança e jovem em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

No sentido da persecução destes objetivos, ao longo do Estágio acompanhámos a enfermeira EESIP Orientadora no decurso das diversas atividades por ela arroladas. As horas de Estágio foram planeadas no sentido de acompanhar, maioritariamente e sempre que possível, as consultas específicas de saúde infantil, que têm lugar em dias fixos. No entanto, mesmo nos horários de consultas de adultos, foi frequente promover contactos de saúde infantil, quer por procuras por parte

dos pais para momentos de vacinação não integrados em horário de consultas médicas, quer por solicitações frequentes fora de horários de consulta, em que, não raras vezes, se tornou pertinente ou mesmo imprescindível o recurso a momentos informais de Educação para a Saúde aos pais, através de esclarecimento de dúvidas, de aconselhamento e de ensinamentos, evidenciando-se a importância do papel diferenciado do EEESIP em todas estas situações.

Ao longo de todos os momentos que se proporcionaram, foram desenvolvidas atividades tais como avaliação e registo de dados antropométricos, ensinamentos sobre comportamentos promotores da saúde, estimulação e apoio ao aleitamento materno, vacinação, registos no Boletim Individual de Saúde e no programa informático SClínico®, em suma, atividades que nos permitiram ir ao encontro dos objetivos previamente estabelecidos.

Relativamente às consultas de saúde infantil, foi-nos possível um acompanhamento ativo nas mesmas, através da participação em todas as suas etapas, obedecendo aos objetivos das mesmas. Dos objetivos veiculados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) evidenciam-se:

- “Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos;
- Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, como a nutrição, o brincar, a adoção de medidas de segurança;
- Promover o aleitamento materno, imunização contra doenças transmissíveis, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV);
- Promover a segurança, prevenindo acidentes e maus-tratos;
- Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor;
- Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde;
- Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos” (DGS, 2013).

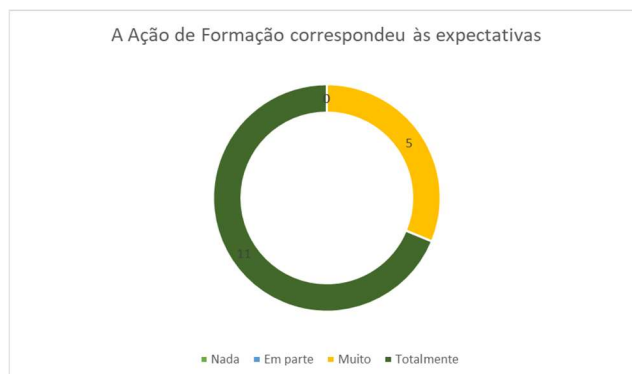
No decorrer das consultas de saúde infantil e juvenil, as avaliações devem “incluir identificação dos fatores de risco para a saúde, identificação dos problemas de saúde, escutas e informação dos pais sobre o crescimento e desenvolvimento” (Mello e Ferline, 2009, citado por Antão et al, 2016).

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil constitui-se, assim, como um momento privilegiado para a avaliação do desenvolvimento da criança e para a identificação prematuramente de alterações e/ou situações de risco, permitindo ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) uma intervenção atempada com a família de estratégias preventivas e/ou promotoras do desenvolvimento infantil, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (OE, 2018).

Ao longo do nosso Estágio não tivemos contacto com nenhuma situação considerada de risco. No entanto, a importância para o estado de alerta relativamente a este tipo de situações foi amplamente reforçada. Nesse sentido, foi por nós elaborada e ministrada, com o acompanhamento da enfermeira EESIP orientadora, uma ação de formação subordinada ao tema “Maus Tratos Infantis” (Apêndices 2 e 3), destinada aos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, através da qual abordámos a temática de uma maneira geral, reforçando a importância de uma deteção precoce ao nível de Cuidados de Saúde Primários. Foi procurada uma articulação com as entidades competentes, tendo sido estabelecido contacto com a pessoa de referência do NACJR no Centro de Saúde, no sentido de validar informações a serem fornecidas no decorrer da Formação. No final da sessão foi fornecido aos participantes um questionário de avaliação da sessão (Anexo 1), com questões relacionadas com a temática, a pertinência e a satisfação com a sessão. Seguidamente podemos analisar três gráficos referentes aos resultados obtidos através dos referidos questionários.

No Gráfico I, podemos verificar as Expectativas dos participantes sobre a Ação de Formação.

Gráfico I - Expectativas dos participantes sobre a Ação de Formação (Centro de Saúde)

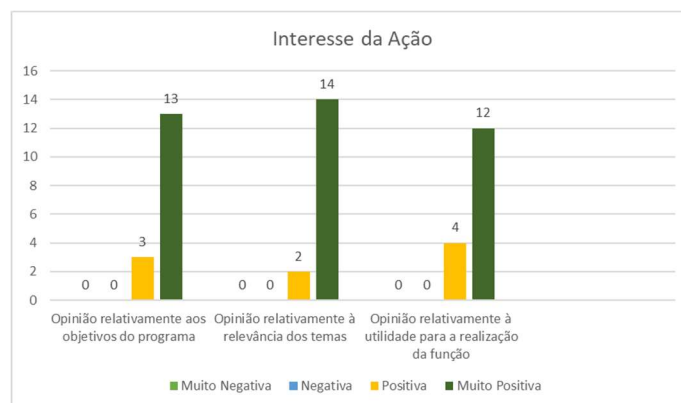


Fonte: Construção própria

No Gráfico I podemos verificar que a maioria dos participantes consideraram que a Ação de Formação correspondeu totalmente às expectativas, e os restantes consideraram que a Ação de Formação correspondeu muito às expectativas.

O Gráfico II é referente ao Interesse da Ação de Formação por parte dos participantes.

Gráfico II - Interesse da Ação de Formação – Opinião dos participantes (Centro de Saúde)

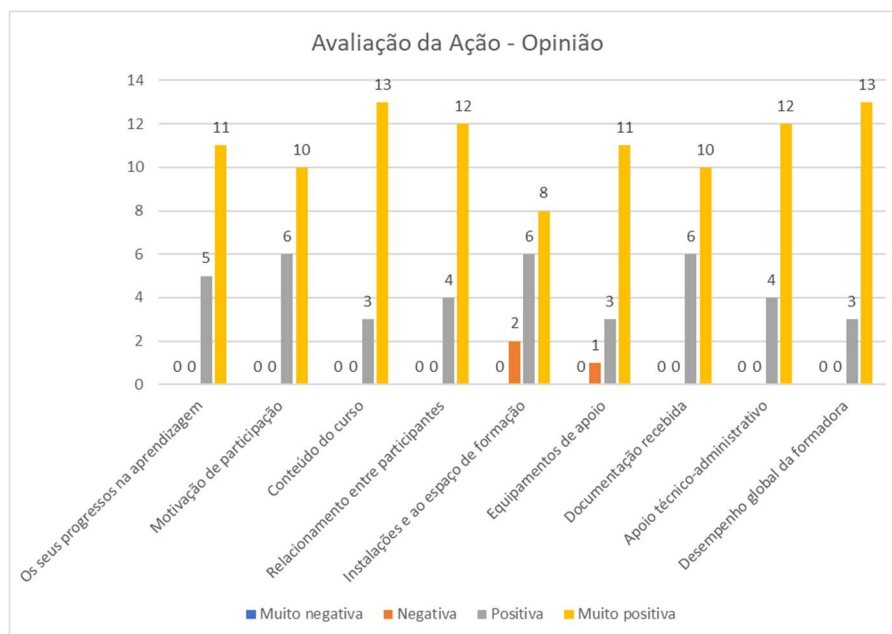


Fonte: Construção própria

No Gráfico II podemos, assim, constatar que a totalidade dos participantes demonstrou ter uma opinião positiva relativamente aos objetivos do programa, à relevância dos temas e à utilidade para a realização da sua função. As opiniões dividiram-se entre positivas e muito positivas, observando-se uma clara predominância das opiniões muito positivas.

Relativamente ao Gráfico III, este é relativo à opinião dos participantes acerca da Avaliação da Ação, sendo esta opinião avaliada tendo em conta os nove itens descritos.

Gráfico III - Avaliação da Ação de Formação – Opinião dos participantes (Centro de Saúde)



Fonte: Construção própria

No Gráfico III podemos, então, verificar que as opiniões acerca dos diversos itens avaliados foram quase unanimemente positivas, variando entre positivas e muito positivas, à exceção dos itens “Instalações e Espaço de Formação” e “Equipamentos de Apoio”. Consideramos que a avaliação da Ação de Formação foi, assim, bastante positiva, uma vez que os únicos itens que mereceram apreciação negativa foram itens externos ao nosso controlo, sendo fatores intrínsecos do local onde foi realizada a sessão.

Ainda no âmbito da temática dos Maus Tratos Infantis, tivemos oportunidade de frequentar uma Conferência proporcionada pela CPCJ de Arronches, sobre “O papel das entidades de primeira linha no Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens” (Anexo 2), na qual foram abordados os seguintes temas:

- Convenção dos Direitos da Criança;
- Enquadramento do Sistema de Promoção e Proteção;

- Entidades com competência em matéria de infância e juventude.

Esta conferência foi primordial na aquisição e aprofundamento de conhecimentos, indo perfeitamente ao encontro das nossas necessidades relativamente à temática abordada. Através desta experiência, foi-nos permitida uma melhor compreensão dos trâmites em que ocorrem situações efetivas de deteção e encaminhamento de suspeitas de maus tratos infantis, possibilitando igualmente a oportunidade de obter informações de pessoas diretamente envolvidas nesse processo.

Ainda neste contexto, pudemos também participar de um Seminário organizado pela CPCJ de Fronteira, subordinado à temática “Os Comportamentos Aditivos na Adolescência” (Anexo 3), sendo uma mais-valia na aprendizagem complementar e aprofundamento de conhecimentos acerca da temática em questão.

2.1.2 Urgência Pediátrica

O Estágio em contexto de Urgência Pediátrica decorreu entre 14 de Outubro e 8 de Novembro de 2019, num Centro Hospitalar da região centro com uma área de abrangência de 227000 habitantes. O referido Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade. Assume-se como um Centro de elevada competência na organização e prestação assistencial, e uma referência no esforço da investigação, desenvolvimento e inovação.

O serviço de Urgência Pediátrica é parte integrante do Serviço de Pediatria, que compreende três núcleos: Internamento Pediátrico, Consulta Externa de Pediatria e Urgência Pediátrica. A missão deste serviço assenta na “prestação de cuidados de saúde gerais e diferenciados à população infantil e juvenil da sua área de influência, numa perspetiva de atendimento global das necessidades das crianças e adolescentes” (Regulamento do Serviço de Pediatria, 2010). Os objetivos deste serviço são:

- “Garantir um trabalho assistencial global e diferenciado, consoante as necessidades e solicitações da população, instituições de saúde e outras instituições que lidam com a criança (Saúde 24, Sistema Educativo, Sistema Judicial, Projetos de Intervenção Precoce,

Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, Instituições Privadas de Solidariedade Social, entre outras);

- Colaborar com outras instituições com vista à continuidade de cuidados;
- Dar resposta a situações de urgência/emergência infantil;
- Dar resposta a situações de doença aguda ou fase de agudização de doente crónico infantil e juvenil da sua área de influência;
- Cumprir a legislação e as regras da Pediatria Internacional de forma integrada e atualizada;
- Promover reuniões de serviço multidisciplinares, com apresentação de temas, discussão de casos, discussão de problemas e assuntos internos;
- Contribuir para a formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde para os quais o Serviço tenha a devida idoneidade” (Regulamento do Serviço de Pediatria, 2010).

Os objetivos do serviço são construídos com base na missão e considerando o superior interesse da criança, tendo em conta a legislação em vigor, contemplando:

- Convenção dos Direitos da Criança
- Constituição da República Portuguesa
- Carta Europeia da Criança hospitalizada
- Carta Europeia dos direitos da criança e do adolescente relativamente à Pediatria Ambulatória
- Carta hospitalar de Pediatria
- Acompanhamento da criança hospitalizada
- Isenção de taxas moderadoras a crianças
- Licença para assistência a descendentes doentes

- Proteção da maternidade, paternidade e adoção (Plano de Integração de alunos de Enfermagem em Ensino Clínico, 2014).

A Filosofia de Cuidados em Enfermagem Pediátrica é a linha condutora em todo o serviço, reconhecendo e valorizando a importância da família, respeitando o conhecimento que a mesma possui da própria criança, a experiência em cuidar dela e a influência na sua recuperação. A parceria criança/jovem e família é amplamente valorizada, beneficiando a integração da família na equipa multidisciplinar, favorecendo a excelência do cuidar, bem como a continuidade de cuidados.

A equipa do serviço compreende sete Médicos Pediatras do Quadro (2 chefes de serviço, 3 Assistentes e 2 Internos de Pediatria), Médicos Pediatras e de Medicina Familiar com contrato de prestação de cuidados (em número variável), 20 Enfermeiros, 11 Auxiliares de Ação Médica, 1 Psicólogo, 1 Educador de Infância e 1 Secretária de Unidade.

A Urgência Pediátrica possui uma estrutura física específica, organizada por áreas funcionais onde diversos grupos profissionais desempenham funções e interagem entre si, com vista a uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A Urgência Pediátrica, especificamente, tem com propósito responder a situações de urgência/emergência infantil, a situações de doença aguda ou fase de agudização de doença crónica infantil, e ainda a utentes referenciados pelos Centros de Saúde, outras instituições de saúde e/ou outras instituições que lidam com a criança e jovem. Os utentes abrangidos por este serviço são crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias, com qualquer tipo de patologia e grau de gravidade da mesma. É utilizada a metodologia da Triagem de Manchester para estabelecer prioridades, sendo dada prioridade a situações de urgência/emergência infantil, lactentes, situações referenciadas por instituições de Saúde, Saúde 24 e outras instituições que lidam com a criança.

A Urgência Pediátrica situa-se no Piso 1, sendo a entrada principal comum à entrada da Urgência Geral. O espaço físico em que funciona compreende:

- Sala de espera para crianças e pais
- Gabinete de Triagem

- Sala de tratamentos
- Cantinho da amamentação
- 4 Gabinetes médicos
- Vestíbulo para macas e cadeiras de rodas
- Sala de inaloterapia
- Unidade de Internamento de Curta Duração (Serviço de Observação Pediátrico)
- 3 casas de banho
- 1 copa
- 1 zona de sujos.

Existe, ainda, uma sala de Emergência, que se encontra no espaço físico da Urgência Geral.

A equipa multidisciplinar da Urgência Pediátrica é composta por:

- 1 ou 2 Médicos Pediatras
- 2 Médicos de Medicina Geral e Familiar
- 3 Enfermeiros nos turnos da Manhã/Tarde e 2 no turno da Noite
- 1 Auxiliar de Ação Médica.

De acordo com o descrito no Regulamento do Serviço de Pediatria (2010), as competências comuns a todos os elementos constituintes da equipa de saúde são:

- “Assumir máxima responsabilidade pelos atos praticados;

- Sempre que prescrito um tratamento no Serviço de Urgência ou efetuados exames, estar atento ao tempo de atuação, acompanhando todo o processo até à Alta Clínica;
- Zelar pela boa colaboração, funcionamento e dinâmica da equipa;
- Organizar o trabalho de acordo com o grupo e chefe de equipa;
- Combinar as horas de refeição ou repouso;
- Informar os outros elementos do local onde se encontra sempre que haja saída do serviço de Urgência para qualquer diligência noutra setor hospitalar”.

Relativamente ao trabalho de Enfermagem, algumas das Técnicas levadas a cabo neste Serviço compreendem:

- Inaloterapia
- Oxigenoterapia
- Punção Venosa
- Administração de terapêutica
- Soroterapia
- Colheita de urina
- Estimulação retal
- Preparação de biberons
- Preparação de papas
- Hidratação oral fracionada.

Para este contexto de Estágio específico, foram por nós definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a estrutura física e funcional da Urgência Pediátrica;
- Adquirir conhecimentos acerca da dinâmica da Urgência Pediátrica;
- Analisar o papel do EEESIP em contexto de Urgência, nomeadamente em situações de especial complexidade;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados diferenciados à criança e jovem em contexto de Urgência.

Relativamente às atividades enquadradas com os nossos objetivos, promovidas ao longo do período de Estágio em contexto de Urgência Pediátrica, pudemos concretizar grande parte das atividades previstas dos diversos postos de trabalho existentes.

O Posto de Triagem de Manchester é a área do serviço onde se efetua a triagem de prioridades, segundo o protocolo de Manchester, de todas as crianças que dão entrada no Banco de Urgência. Não nos foi possível participar de forma autónoma no processo de Triagem, uma vez que não somos possuidores da formação necessária para tal. Ainda assim, foi possível observar o referido processo e, inclusivamente, colaborar com as enfermeiras durante a triagem, através das seguintes atividades:

- Acolher a criança/jovem/família, identificando os dados necessários para a triagem de prioridades;
- Garantir a privacidade no atendimento;
- Recolher as informações pertinentes acerca da criança/jovem, fornecidas pelo próprio, familiares, bombeiros ou outros;
- Identificar a criança/jovem com pulseira/etiqueta;
- Identificar com etiqueta o acompanhante que reúne requisitos para permanecer junto da criança/jovem;
- Explicar à criança/jovem/família qual a prioridade atribuída;

- Encaminhar ou fornecer orientações ao assistente operacional para que a criança/jovem/família seja conduzida ao local de espera para atendimento médico, de acordo com as indicações da Orientadora;
- Repor o material descrito no relatório de conteúdo no turno da noite e sempre que necessário, anotando e comunicando as faltas existentes em impresso próprio;
- Manter o equipamento em carga (monitor de sinais vitais).

A Sala de Tratamentos é uma sala contígua ao gabinete de Triagem, sendo a área do serviço onde se efetuam os cuidados de enfermagem a crianças e jovens. Quando necessário, segundo avaliação da enfermeira da Triagem, a criança entra diretamente para esta sala. Todos os procedimentos efetuados são realizados nesta sala. Aqui, e graças à experiência pessoal na área da Pediatria e de Urgência Pediátrica, foi-nos possível colaborar mais ativamente nas atividades realizadas, nomeadamente:

- Acolher a criança/jovem/família esclarecendo as dúvidas relacionadas com o funcionamento do serviço;
- Comunicar com a criança/jovem/família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento;
- Negociar a participação da criança/jovem/família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
- Demonstrar conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas;
- Identificar situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco);
- Avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde;
- Garantir a privacidade no atendimento;

- Colaborar na informação sobre o tempo de espera e fornecer o apoio necessário à criança/jovem/família;
- Avaliar as crianças/jovens que se encontram em espera no que se refere ao agravamento das queixas;
- Prestar cuidados de enfermagem globais e individualizados à criança/jovem que se encontra em observação;
- Identificar com etiqueta a data de abertura de alguns fármacos, pomadas e solutos;
- Vigiar as reações e as respostas da criança/jovem à terapêutica;
- Efetuar registos decorrentes da avaliação efetuada e dos cuidados de enfermagem prestados (cuidados prestados, reação da criança/jovem à terapêutica e tratamentos, informação fornecida, referenciação, etc.) no aplicativo informático SClínico®;
- Desenvolver ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças/jovens, facilitando o desenvolvimento de competências para gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- Informar e encaminhar a criança/jovem/família para a Sala de Espera/Exames complementares de diagnóstico/zona de macas/SO/internamento;
- Efetuar o arrolamento de espólios em articulação com o assistente operacional;
- Encaminhar as crianças/jovens que necessitam de cuidados de outros profissionais;
- Efetuar registos de enfermagem no aplicativo SClínico®;
- Se a criança for transferida para outra instituição, executar os procedimentos definidos para as transferências intra e inter-hospitalares;
- Verificar e conferir o equipamento (monitores de sinais vitais e máquina de glicemia capilar);
- Verificar o funcionamento de rampas de oxigénio e vácuo no início do turno;
- Registrar e controlar no final do turno as administrações de estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas;
- Efetuar o registo de temperatura e humidade (turnos da manhã e da tarde);

- Orientar o assistente operacional na reposição do material de consumo clínico no turno da noite e sempre que necessário.

A Zona de Macas é um espaço de observação junto à sala de tratamentos e gabinetes médicos, onde são instaladas as crianças ou jovens que necessitam de observação e/ou cuidados frequentes (como terapêutica endovenosa, monitorização cardiorrespiratória) e que aguardam resposta à terapêutica administrada. Nesta área específica foram planificadas as seguintes atividades:

- Instalar a criança/jovem em maca sempre que a situação clínica o justifique, independentemente de já ter tido ou não observação médica;
- Explicar à criança/jovem/acompanhante o motivo pelo qual foi instalada em maca;
- Planear a prestação de cuidados de enfermagem globais e individualizados decorrentes das prescrições médicas e de enfermagem;
- Reformular o planeamento dos cuidados sempre que a situação o justifique;
- Detetar precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico da criança/jovem, informando o médico responsável sempre que necessário;
- Cumprir o protocolo de monitorização da dor existente;
- Garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;
- Aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor;
- Efetuar registos decorrentes de avaliação efetuada e dos cuidados prestados (independentes e interdependentes) no aplicativo informático SClínico®;
- Acompanhar a criança/jovem nas transferências para outras áreas do serviço ou serviços de internamento;
- Se a criança/jovem for transferida para outra instituição, executar os procedimentos definidos para as transferências Intra ou Inter-Hospitalares;
- Desenvolver ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças/jovens, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;

- Demonstrar conhecimentos sobre o funcionamento do monitor cardíaco (localização, funcionamento e manutenção).

Junto aos gabinetes médicos existe, ainda, uma Sala de Nebulizações, onde se instalam as crianças que necessitam de realizar terapêutica inalatória ou oxigenoterapia. Esta sala está equipada com 6 rampas de Oxigênio, permitindo a permanência de várias crianças em tratamento em simultâneo. Neste posto foram executadas as seguintes atividades:

- Executar a terapêutica de acordo com prescrição médica;
- Explicar todos os procedimentos à criança/jovem/acompanhante;
- Detetar precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico da criança/jovem, informando o médico responsável sempre que necessário;
- Avaliar a resposta da criança/jovem à terapêutica instituída;
- Efetuar o registo de terapêutica no aplicativo SClínico®;
- Apoiar o acompanhante de crianças pequenas na realização de inaloterapia, sempre que se justifique;
- Orientar e supervisionar o assistente operacional na reposição do material de consumo clínico no turno da noite e sempre que necessário.

O SO Pediátrico é a área onde são assistidas as crianças ou jovens que necessitam de observação, procedimentos, terapêutica e vigilância, por um período máximo de 23h59m. Esta área situa-se no extremo do serviço, e é constituída por duas salas separadas por um corredor. Durante a nossa permanência nesta valência do serviço desenvolvemos as seguintes atividades:

- Verificar o funcionamento das rampas de oxigênio e de vácuo no início do turno;
- Acolher a criança/jovem/família garantindo privacidade no atendimento;
- Fornecer o guia de acolhimento/informações;

- Comunicar com a criança/jovem/família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento;
- Negociar a participação da criança/jovem/família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, visando os autocuidados (higiene, alimentação, iluminação, movimentação, atividades lúdicas);
- Demonstrar conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas;
- Identificar evidências fisiológicas e emocionais e mal-estar psíquico;
- Identificar situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco);
- Avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde;
- Efetuar o arrolamento de espólios com a colaboração dos assistentes operacionais;
- Planejar a prestação de cuidados de enfermagem globais e individualizados decorrentes das prescrições médicas e de enfermagem;
- Reformular o planeamento dos cuidados sempre que a situação o justifique;
- Acompanhar a visita médica, fornecendo dados sobre a resposta da criança/jovem às terapêuticas e tratamentos;
- Detetar precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico da criança/jovem, informando o médico responsável sempre que necessário;
- Providenciar a alimentação da criança/jovem nos horários estabelecidos e sempre que necessário;
- Cumprir o protocolo de monitorização da dor;
- Garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;
- Aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor;
- Efetuar registos decorrentes de avaliação efetuada e dos cuidados prestados (dependentes e independentes) no aplicativo informático SClínico®.

- Demonstrar conhecimentos sobre o funcionamento dos monitores cardíacos, seringas e bombas infusoras, etc. (localização, funcionamento e manutenção);
- Transmitir, sempre que tiver de se ausentar, a informação considerada pertinente sobre as crianças/jovens ao enfermeiro que se encontre mais disponível para assumir a continuidade dos cuidados;
- Acompanhar a criança/jovem nas transferências para outras áreas do serviço ou serviços de internamento;
- Se a criança/jovem for transferida para outra instituição, executar os procedimentos definidos para as transferências intra ou inter-hospitalares;
- Desenvolver ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças/jovens, facilitando o desenvolvimento de competências para gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- Orientar e supervisionar o assistente operacional na reposição do material de consumo clínico no turno da noite e sempre que necessário;
- Colaborar na prestação de cuidados nas outras áreas sempre que a situação na sua área o permita.

A Sala de Emergência é a área do serviço onde são assistidas as crianças ou jovens que necessitam de cuidados médicos emergentes. Esta sala encontra-se fisicamente integrada no espaço da Urgência Geral de Adultos, sendo que é da responsabilidade dos enfermeiros da Urgência Pediátrica, em colaboração com os enfermeiros da Urgência Geral, a assistência de crianças em situações de emergência que aqui deem entrada. Ao longo do período em que decorreu o nosso Estágio, não presenciámos nenhuma situação que necessitasse de intervenção emergente, pelo que não experienciamos a sala de emergência em funcionamento. Apesar disso, visitámos o local várias vezes, colaborando com os enfermeiros do serviço nas seguintes atividades:

- Manter o carro de emergência operacional após cada utilização;
- Conhecer as características do material e equipamento (localização, funcionamento e manutenção);

- Conhecer e dominar o espaço físico e os recursos disponíveis a utilizar em situações de emergência.

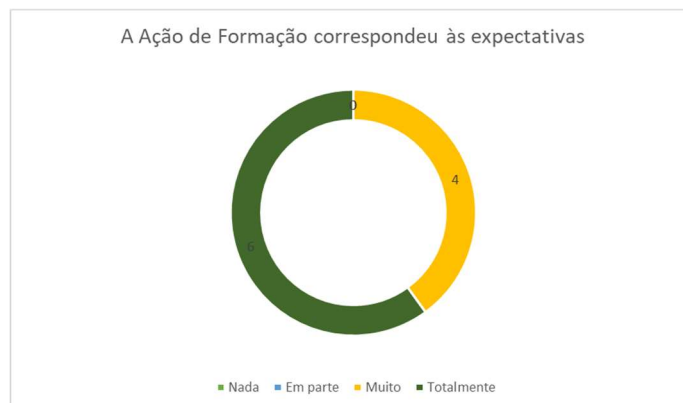
Durante o período de Estágio em Urgência Pediátrica, foi-nos proporcionado participar no Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico, organizado pelo Grupo de Reanimação Pediátrica (Anexo 4). Este curso proporcionou-nos a renovação e aquisição de conhecimentos a nível de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, altamente especializados, e que são inquestionavelmente uma mais-valia a nível de atuação, quer em contexto de Estágio, quer ao nível da nossa prática profissional diária. Permitiu, ainda, o desenvolvimento das competências inerentes ao EEESIP, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados em situações de especial complexidade.

Em contexto de Urgência Pediátrica, e dando continuidade ao trabalho desenvolvido a nível de Cuidados de Saúde Primários, foi igualmente proposta e concretizada a elaboração de uma sessão de Formação, dirigida aos enfermeiros, sobre a temática dos Maus Tratos Infantis, bem como das intervenções adequadas nesse sentido a nível de Serviço de Urgência (Apêndices 4 e 5). Mais uma vez, foi estabelecido contacto com a pessoa de referência do NHACJR do respetivo centro hospitalar, que nos forneceu documentação preciosa para o desenvolvimento de uma sessão de formação atualizada e enriquecedora.

No final da sessão foi fornecido aos participantes um questionário de avaliação da sessão, relativamente a questões como a temática, a pertinência e a satisfação com a sessão. Seguidamente encontram-se os gráficos referentes aos resultados obtidos através dos referidos questionários.

No Gráfico IV, podemos verificar as Expectativas dos participantes sobre a Ação de Formação.

Gráfico IV - Expectativas dos participantes sobre a Ação de Formação (Urgência Pediátrica)

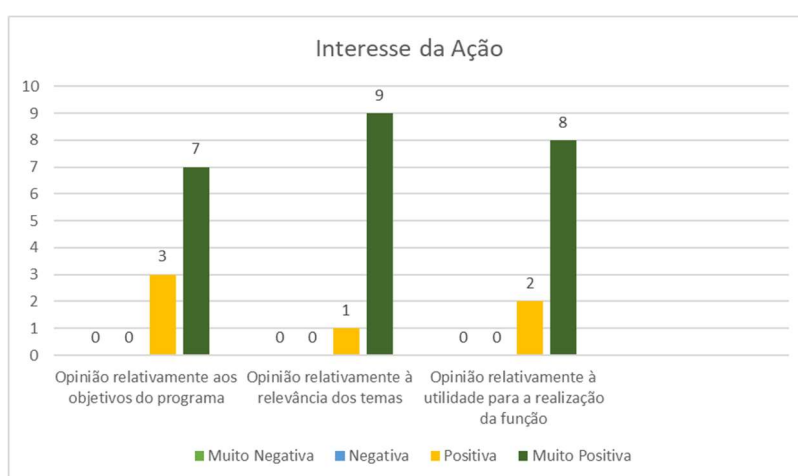


Fonte: Construção própria

No gráfico IV podemos verificar que 60% dos participantes consideraram que a Ação de Formação correspondeu muito às expectativas, e os restantes 40 % consideraram que a Ação de Formação correspondeu totalmente às expectativas.

O Gráfico V, por sua vez, é referente ao Interesse da Ação de Formação por parte dos participantes.

Gráfico V - Interesse da Ação de Formação – Opinião dos participantes (Urgência Pediátrica)

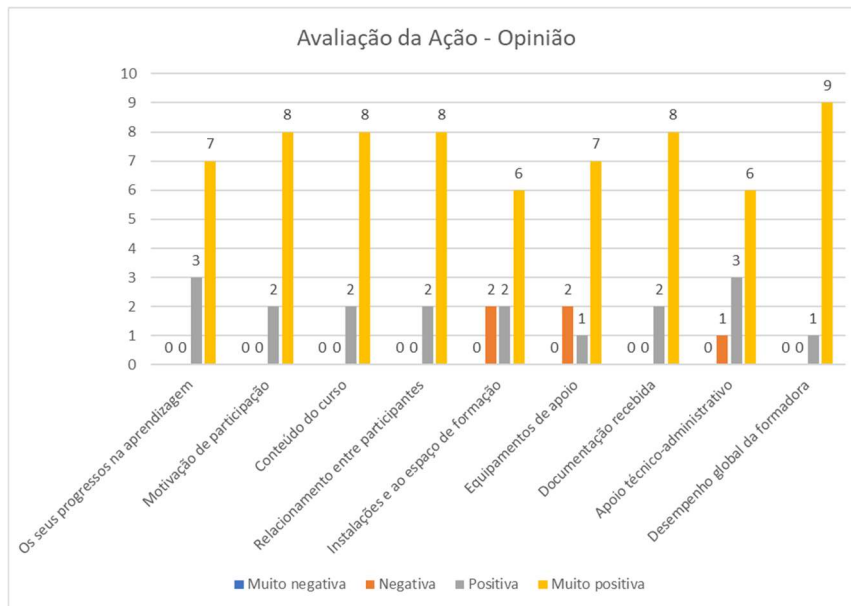


Fonte: Construção própria

No Gráfico V podemos, então, constatar que a totalidade dos participantes demonstrou ter uma opinião positiva relativamente aos objetivos do programa, à relevância dos temas e à utilidade para a realização da sua função. As opiniões dividiram-se entre positivas e muito positivas, observando-se uma clara predominância das opiniões muito positivas.

Relativamente ao Gráfico VI, este é relativo à opinião dos participantes acerca da Avaliação da Ação, sendo esta opinião avaliada tendo em conta os nove itens descritos.

Gráfico VI - Avaliação da Ação de Formação – Opinião dos participantes (Urgência Pediátrica)



Fonte: Construção própria

Quanto ao Gráfico VI podemos, assim, verificar que as opiniões acerca dos diversos itens avaliados foram quase unanimemente positivas, variando entre positivas e muito positivas, à exceção dos itens “Instalações e Espaço de Formação”, “Equipamentos de Apoio” e “Apoio técnico-administrativo”. Consideramos que a avaliação da Ação de Formação foi, portanto, bastante positiva, uma vez que os únicos itens que mereceram apreciação negativa foram itens externos ao nosso controlo, sendo fatores intrínsecos do local onde foi realizada a sessão.

2.3.3 UCIN

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) onde decorreu a fração final do nosso Estágio, entre 11 de Novembro e 21 de Dezembro de 2019, está situada no 5º Piso na Ala Central de um Hospital na região Sul, e integra a unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), que dá assistência ao RN até aos 28 dias de vida, e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), que recebe crianças desde os 29 dias de vida até aos 17 anos incompletos. Assiste, assim, um grande

leque de crianças, e envolve uma grande variedade de patologias, técnicas e conhecimentos. Estas particularidades exigem um esforço importante por parte dos profissionais, tal como a aprendizagem de técnicas muito específicas e uma atualização constante.

Dotada de equipamento de ponta e de cuidados especializados, proporciona uma resposta eficaz e eficiente aos RN da região do Algarve, bem como a crianças em inúmeras situações urgentes/emergentes e de risco de vida.

As ambições desta Unidade são, essencialmente:

- Prestar assistência ao RN de risco do foro médico-cirúrgico
- Prestar assistência a crianças com médio e alto risco de saúde do foro médico-cirúrgico
- Facilitar a observação intensiva e sistemática 24h por dia /de forma contínua (Manual de Integração para os Profissionais de Enfermagem, UCINP).

A UCIN é constituída por duas salas de cuidados intensivos e intermédios, e uma outra sala de pré-saída – o Berçário.

A UCIP é constituída por duas enfermarias: a maior com dois leitos, cada um com posto de ventilação e monitorização; e a mais pequena, de isolamento, que tem igualmente um posto de ventilação e monitorização. Faz parte desta Unidade a Sala de trabalho de Enfermagem e de preparação de terapêutica.

Fazem, ainda, parte do serviço:

- Sala de pais, onde podem repousar e utilizar os sanitários
- Sala da Secretária de Unidade
- Salas de reuniões
- Gabinetes dos Chefes de Enfermagem e do Serviço
- Casas de banho e balneários do pessoal

- Salas de acondicionamento de roupa
- Salas de limpeza, desinfecção e acondicionamento de material
- Sala de preparação de leites e extração de leite materno
- Arrumos
- Copa
- Gabinetes de trabalho.

Nesta Unidade são utilizadas algumas técnicas muito específicas, tais como:

- Ventilação artificial de alta frequência
- CPAP
- BPAP
- Terapia com óxido nitroso
- Hemodiafiltração
- Avaliação de pressões invasivas
- Alimentação parentérica

A UCIN interna bebês prematuros que necessitem de vigilância e cuidados especiais relativos à sua prematuridade, e outros bebês com patologias diversas, médicas e cirúrgicas. Dispõe de doze unidades individuais, entre as quais cinco postos de intensivos e sete de intermédios. Cada posto de intensivos está equipado com um monitor cardiorrespiratório, um ventilador e uma incubadora. Os restantes postos estão equipados com sistema de monitorização e incubadora. De todos os postos fazem parte equipamentos de infusão e perfusão de terapêutica endovenosa, que variam consoante as necessidades pontuais de cada bebé.

A missão da UCIN é prestar cuidados médicos de alta qualidade, protegendo o desenvolvimento do bebê (Manual de Integração para os Profissionais de Enfermagem, UCINP). Nesse sentido, utiliza a filosofia NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, bem como os Cuidados Centrados na Família, na busca da redução dos riscos identificados como prejudiciais ao desenvolvimento do bebê, envolvendo os pais e familiares chegados nos cuidados prestados.

Na UCIP são diversas as patologias internadas, desde patologias do foro respiratório com necessidade de suporte ventilatório e/ou vigilância e cuidados permanentes, septicémias, meningites, meningococémias, politraumatizados com ou sem TCE, e pós-operatórios diversos, em especial de neurocirurgia (Manual de Integração para os Profissionais de Enfermagem, UCINP).

Em contexto de Estágio em UCINP, foram por nós definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a estrutura física e funcional do serviço de UCINP;
- Analisar o papel do EEESIP em contexto de UCINP;
- Adquirir conhecimentos acerca da filosofia de Cuidados Centrados no Desenvolvimento;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN internado em UCINP.

Indo ao encontro dos objetivos previamente estabelecidos, pudemos, ao longo do Estágio, colaborar na prestação de cuidados ao RN criticamente doente, numa crescente aprendizagem e progressiva autonomização. Através de um modelo de parceria de cuidados, os pais são envolvidos em todo o processo de cuidar dos seus bebés, sendo diretiva da equipa de enfermagem facilitar o seu envolvimento na prestação de cuidados, sem descuidar o impacto e stress que todo o ambiente circundante ao filho lhes pode causar (Hockenberry e Wilson, 2014, p.358). Pudemos, conseqüentemente, adquirir competências também na facilitação e implementação deste tipo de trabalho em parceria.

A nível de Internamento de Neonatologia, um dos objetivos definidos foi a aquisição de conhecimentos acerca dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento enquanto filosofia de cuidados para minimização de impactos negativos nos RN prematuros, amplamente colocada em prática no local de Estágio correspondente. Posteriormente, foi nosso propósito fazer a transposição desses mesmos conhecimentos para o local de trabalho. No sentido de ir ao encontro desse objetivo, elaborámos uma proposta de norma de Procedimentos de Enfermagem (Apêndice 6), bem como uma

sessão de Formação em serviço para os colegas do serviço de Pediatria/Neonatologia em que fosse explanada essa mesma norma, os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e a sua pertinência e vantagens (Apêndices 7 e 8). Importa referir que, devido à situação mundial muito particular atravessada durante a fase final deste percurso, devido à pandemia por Covid-19, não nos foi possível realizar a referida Sessão de Formação, tal como obter aprovação para a proposta de Norma de Procedimentos de Enfermagem. No entanto, o projeto foi recebido com bastante entusiasmo por parte da Enfª Chefe do serviço, e aguarda operacionalização assim que possível.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014, p.15), a prática de enfermagem baseada na evidência combina conhecimento com experiência clínica e intuição. Com efeito, os autores definem a Prática Baseada na Evidência (PBE) como “uma ferramenta importante que complementa o processo de enfermagem, utilizando habilidades de pensamento crítico para a tomada de decisão com base no conhecimento existente” (Hockenberry e Wilson, 2014, p.15), consistindo esta na coleção, interpretação e integração de informação válida, importante e aplicável. Os mesmos autores atribuem aos enfermeiros o dever de contribuir para a investigação, na medida em que são eles quem observa as respostas humanas à saúde e à doença. Nesse sentido, o conceito de PBE envolve a análise e tradução, para a prática diária de enfermagem, da investigação clínica.

Indo ao encontro do exposto, foram utilizados os recursos disponíveis na persecução de uma revisão integrativa de literatura (Apêndice 9), o que nos concedeu um referencial teórico aprofundado sobre o tema em questão. Na sequência desta revisão de literatura, foi elaborado um Poster Científico a ser afixado no nosso serviço, para partilha de conhecimentos (Apêndice 10).

3 ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O processo formativo que aqui culmina teve como objetivo a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, sendo este “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019).

No nosso percurso específico, foram adquiridas e desenvolvidas competências inerentes ao EEESIP, bem como as competências necessárias à obtenção do grau de Mestre.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita evoluir e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019). Estas são, de acordo com o explanado em Diário da República (OE, 2019):

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Estão, assim, definidos em Diário da República (OE, 2019), os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nos quais estão inseridas as respetivas competências.

Relativamente às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, “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” e “Garante práticas de cuidados que

respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019), podemos asseverar que foram respeitados todos os princípios éticos e aspetos legais inerentes à prática profissional, na medida em que, ao longo de todo o percurso todas as decisões tomadas foram fundamentadas em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando sempre o sigilo profissional e atuando de forma a assegurar os melhores interesses dos indivíduos.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019), ao longo de todo o percurso pudemos materializar diretivas e conhecimentos na prática. Através do nosso projeto ambicionámos diligenciar a promoção de um ambiente terapêutico em todos os contextos, na busca de uma melhoria da qualidade dos cuidados, através da implementação de diversas medidas facilitadoras da mesma.

Em relação às competências do domínio da gestão dos cuidados, “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019) foi possível, em cada contexto de Estágio, o reconhecimento das funções de chefia da equipa, da otimização da equipa adequando os recursos às necessidades dos serviços, bem como participar de tomadas de decisão baseadas na procura da melhor qualidade de cuidados possível.

No que diz respeito às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019), por sua vez, consideramos que a decisão de enveredar por este percurso formativo, por si só, constituiu um importante passo na concretização desta competência específica. Esta experiência proporcionou-nos um enriquecimento ímpar, tanto a nível pessoal como profissional.

Foi alicerçada a importância do suporte da nossa prática clínica na investigação e no conhecimento, reconhecendo a relevância da Prática Baseada na Evidência na busca da excelência dos Cuidados de Enfermagem.

3.2 Competências Específicas do EEESIP

As Competências Específicas, por sua vez, tal como consta em Diário da República,

“são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019).

A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. O EEESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tal como descrito em Diário da República (OE, 2018), são as seguintes:

- “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018).

Relativamente à competência do EEESIP “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018), esta tem como unidades de competência:

“implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1); e 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 (E1.2)” (OE, 2018).

Considerando o binómio criança/família como alvo do cuidar foi, de uma maneira transversal a todos os contextos, estabelecida uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade a cada situação específica.

Através da implementação do nosso projeto nos diversos locais de estágio, e em todas as suas vertentes, foi objetivada uma melhor resposta às diversas situações de risco passíveis de afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança ou do jovem, indo ao encontro do supra definido.

A nível de Urgência Pediátrica e UCINP, através do contacto com situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, foi-nos possível o desenvolvimento de competências na área do cuidar da criança/jovem e família com recurso a diversas abordagens adaptadas a cada situação, permitindo-nos o desenvolvimento da competência inerente ao EEESIP “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018). A esta competência correspondem as seguintes unidades de competência:

“reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1); faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2); responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3); providencia 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 (E2.4); e promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5)” (OE, 2018).

Em contexto de Urgência Pediátrica e UCINP foi-nos permitido contactar com situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem adequados a cada situação; bem como gerir a dor e o bem-estar da criança/jovem através da avaliação da dor com recurso a Escalas adequadas, tomando as medidas apropriadas, farmacológicas e não farmacológicas, na mitigação desse mesmo sintoma e prestando cuidados de enfermagem promotores de uma majoração de ganhos em saúde. Nestes locais de Estágio pudemos, ainda, contactar com diversas situações de doenças raras, adaptando e direccionando os cuidados de enfermagem de acordo com cada caso particular e tendo sempre em conta as suas necessidades específicas. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, por sua vez, tivemos contacto com diversos casos de crianças com doença crónica ou incapacidade, o que nos possibilitou participar no processo de promoção da adaptação da criança/jovem e da família a esse tipo de situação particularmente complexa.

Através dos diversos locais de Estágio tivemos oportunidade de contactar com crianças em todas as etapas do ciclo vital, desde o nascimento até à juventude, em diversos contextos. Foi-nos possível prestar cuidados direcionados para as especificidades e exigências de cada uma destas etapas e tendo em conta cada contexto específico, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude, e dando resposta à competência específica do EEESIP “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018). As unidades de competência correspondentes são:

“promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1); promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E3.2); comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3); e promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E3.4)” (OE, 2018).

Podemos concluir que o EEESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, e ainda identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa, na persecução da otimização do cuidar.

3.3 Competências do Mestre em Enfermagem

Em adição às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do EEESIP, através do nosso percurso formativo foi-nos permitido desenvolver as competências necessárias à obtenção do grau de Mestre, tal como definidas pelo Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (Diário da República, 2016):

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;”

Consideramos que este percurso formativo nos permitiu o aprofundamento de conhecimentos previamente adquiridos, bem como a aquisição de novos saberes, nomeadamente ao nível do contexto teórico. Este aprofundamento e aquisição de conhecimentos proveu as bases necessárias para a elaboração de um artigo científico, despertando-nos interesse na área da investigação.

“b) 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;”

A experiência a nível de Estágio, no qual contactámos com diversos contextos com os quais não estávamos familiarizados, possibilitou-nos a operacionalização dos conhecimentos adquiridos, bem como a adaptação a novas realidades, com todas as aprendizagens inerentes.

“c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”

Através da multiplicidade de situações com que nos deparamos em contexto de Estágio, foi possível exercitar esta competência, mobilizando os conhecimentos previamente adquiridos para lidar com elas, desenvolvendo soluções sempre que possível, e sempre atendendo às responsabilidades éticas e sociais.

“d) Ser capazes 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 ambiguidade;”

Através das atividades desenvolvidas em contexto de Estágio, nomeadamente através da partilha de conhecimentos na formação dos pares, e da elaboração de um artigo científico e respetivo poster, foi-nos facultada a possibilidade de desenvolver competências a nível da partilha dos conhecimentos adquiridos, materializando-os na forma escrita.

“e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

A elaboração deste relatório, em que culmina este processo formativo, foi um imprescindível contributo para a aquisição de todas estas competências. Muniu-nos, igualmente, de ferramentas que nos permitirão continuar a desenvolver um processo de aprendizagem contínuo ao longo da vida.

CONCLUSÃO

Na prática de cuidados, o EEESIP deve focalizar a sua intervenção na interdependência criança/família e ambiente, considerando os stressores e os fatores protetores (variáveis biopsicossociais, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos stressores) associados às suas vivências (DGS, 2011; OE, 2018). Assim, o enfermeiro deve avaliar o risco familiar, que diz respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (DGS, 2011).

O modelo de sistemas de Betty Neuman, norteador deste trabalho, considera a promoção da saúde como a componente primária da intervenção. Neste sentido, a intervenção de enfermagem é focalizada na prevenção, por forma a evitar e minimizar o impacto dos stressores na criança (Neuman e Fawcett, 2011). O enfermeiro deve identificar os comportamentos e estímulos que possam gerar stress na criança: fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais e, com base nesse diagnóstico da situação, delinear estratégias de intervenção.

O presente trabalho seguiu a linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”. Nesse sentido, considerámos diversos stressores passíveis de causar impacto na criança, focando-nos nomeadamente nos Maus Tratos Infantis e no stress associado ao internamento em UCIN em RN, particularmente RN de risco.

Atualmente, em Portugal, a ação da saúde no domínio dos Maus Tratos Infantis enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas por diferentes partes da comunidade, tal como consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Diário da República, 1999). No entanto, é reconhecida às instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, uma responsabilidade particular na deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, bem como na sinalização e acompanhamento dos casos.

Ao EEESIP compete uma responsabilidade acrescida nesta atuação, uma vez que é uma das suas competências assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, nomeadamente através do diagnóstico precoce e da intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018).

Relativamente ao internamento em UCIN, inúmeras variáveis tornam estas Unidades como contextos de alto risco para o desenvolvimento, devido aos fatores ambientais que são incontroláveis e prejudiciais aos RN. Estes stressores colocam em risco o desenvolvimento cerebral do RN pré-termo, e afetam o seu desenvolvimento neurológico a longo prazo (Venkataraman et al, 2018).

Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) são uma filosofia de cuidados que tem como objetivo favorecer o desenvolvimento harmonioso neuro-sensorial e emocional do RN, diminuir o stress associado com a estadia em UCIN, e diminuir a dor relacionada com exames diagnósticos e tratamentos invasivos (Gutiérrez-Padilla et al, 2017). Estes consistem em controlar os estímulos externos, assegurando o conforto do RN, reduzindo a dor e o stress, monitorizando o desenvolvimento, e proporcionando cuidados centrados na família. O objetivo primário dos CCD é que estes sejam aplicados de maneira a que os RN experienciem a mínima quantidade de stress possível (Ceylan e Bolsk, 2018).

Em resposta a esta problemática, é competência do EEESIP cuidar da criança/jovem e família nestas situações de especial complexidade, nomeadamente na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018), e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem, particularmente na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e na promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2018).

Através da Metodologia de Projeto, perspetivou-se a elaboração do presente trabalho com o objetivo de otimizar a atuação de Enfermagem, nomeadamente do EEESIP, tanto na identificação de stressores que influenciem o desenvolvimento da criança, como ao nível da atuação perante os mesmos, na persecução da otimização do desenvolvimento infantil. O principal objetivo da Metodologia de Projeto é, tal como previamente referido, a resolução de problemas, centrando-se na aquisição de capacidades e competências, através da elaboração de projetos em contexto real. O presente relatório, no qual se concretiza todo o processo de desenvolvimento do projeto ora explanado, perspetiva a divulgação dos resultados do mesmo, dando “a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema” (Ruivo et al, 2010, p.31).

Através da elaboração do presente trabalho foi-nos permitido um amplo aprofundamento de conhecimentos acerca das temáticas dos Maus Tratos Infantis e dos Cuidados Centrados no

Desenvolvimento, bem como a sensibilização e formação de pares acerca destas temáticas, numa tentativa de colmatar possíveis lacunas existentes nos diversos locais de atuação, na procura da excelência dos cuidados e com o objetivo de majorar os ganhos em saúde e desenvolvimento infantil.

Decorrente da situação extrema que o mundo atravessou nos últimos tempos, devido à pandemia por Covid-19, não nos foi possível operacionalizar a última etapa deste projeto, através da formação e implementação de normas no serviço de Neonatologia do nosso local de trabalho. No entanto, e logo que os constrangimentos decorrentes das limitações impostas pelo decurso da pandemia sejam atenuados, é-nos prioritário finalizar este percurso de melhoria de cuidados.

Percorrer este caminho permitiu-nos a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre, contribuindo para uma mais consciente e informada tomada de decisões em contexto profissional e, conseqüentemente, para uma melhor prática de Enfermagem.

No entanto, o percurso que aqui culmina não é, de todo, o término do processo de aprendizagem. É, antes, o ponto de partida para uma continuação de aprimoramento pessoal e profissional, através da continuada procura de aquisição e renovação de conhecimentos na área, na persecução de uma melhoria contínua dos cuidados prestados à criança e ao jovem na nossa prática diária. Porque a Enfermagem é uma arte que

“requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer mais, a mais bela das artes!” (Florence Nightingale).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez-Garcia, A., Fornieles-Deu, A., Costas-Moragas, C., e Botet-Mussons, F. (2014) Maturational changes associated with neonatal stress in preterm infants hospitalised in the NICU. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=98376142&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C., e Veiga-Branco, A. (2016). *Vigilância Infantil no 1º ano de vida: conhecer e intervir para prevenir*. Egitânia Sciencia.
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I., e Martins, M. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. (2.ª versão). Retirado de: https://www.essp.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (s.d.) *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado de Enfermagem*. Retirado de: [file:///C:/Users/crist/Downloads/Regulamento%20Est%C3%A1gio%20Final%20do%20%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/crist/Downloads/Regulamento%20Est%C3%A1gio%20Final%20do%20%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o%20(4).pdf)
- Ceylan, S., e Bolsk, B. (2018). Effects of Swaddled and Sponge Bathing Methods on Signs of Stress and Pain in Premature Newborns: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*. Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29763976&lang=pt-br&site=ehost-live>
- CHMT. (2010) *Regulamento do Serviço de Pediatria da Unidade de Torres Novas*. CHMT
- CHMT. (2014) *Integração de Alunos de Enfermagem em Ensino Clínico*. CHMT
- CHMT. (2016) *Instrução de Trabalho – Atividades a desenvolver por área funcional na Urgência Pediátrica – Enfermeiros*. CHMT

Comissão Nacional de promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2018). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ do ano de 2018*. CNPDPCJ. Retirado de: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>

Cordeiro, R., e Costa, R. (2012). Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Retirado de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100185&script=sci_arttext&tlng=pt

Diário da República (2016). Decreto-Lei nº63/2016. *Graus académicos e diplomas do ensino superior.*, Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. Retirado de: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Diário da República. Lei n.º 147 (1 de setembro de 1999). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*. 6115 - 6132. Diário da República, Série I-A, n.º204. Retirado de: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/581619/details/normal?!=1>

Direção Geral da Educação (2019). *Declaração dos Direitos da Criança*. Direção Geral da Educação. Retirado de: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf

Direção Geral de Saúde (2008). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Direção Geral de Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco.aspx>

Direção Geral de Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção Geral de Saúde. Retirado de: 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 (2018). *Norma: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Ministério da Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direcção-Geral de Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Direcção Geral de Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015). *Plano nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde. Retirado de: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direcção-Geral de Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direcção-Geral de Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Direcção-Geral da Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fumagalli, M., Provenzi, L., De Carli, P., Dessimone, F., Sirgiovanni, I., e Giorda, R. (2018). From early stress to 12-month development in very preterm infants: Preliminary findings on epigenetic mechanisms and brain growth. *Plos One*. Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29304146&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019). *Números dos Municípios e regiões de Portugal, quadro-resumo Ponte de Sor*. PORDATA – Estatísticas. Retirado de: [https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Ponte+de+Sor+\(Município\)-232806](https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Ponte+de+Sor+(Município)-232806)
- Gaspardo, C., Cassiano, R., Gracioli, S., Furini, G., e Linhares, M. (2018). Effects of Neonatal Pain and Temperament on Attention Problems in Toddlers Born Preterm. *Journal Of Pediatric Psychology*. Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29165703&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J., Bernardo, A., e Marques, J. (2011). *Crianças Diferentes - Intervenção Precoce: o processo de construção de boas práticas - relatório final*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Gutiérrez-Padilla, J., Pérez-Rulfo, I., Angulo-Castellanos, E., Valle-Delgado, E., García-Hernández, H., e Martínez-Verónica, R. (2017). Cuidados centrados en el desarrollo en unidades de neonatología de México, 2015. Encuesta a través de redes sociales. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*. Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123461155&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Hockenberry, M., e Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística I.P [INE] (2018). *Anuário Estatístico do Alentejo 2017*, Lisboa-Portugal. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320467879&PUBLICACOESmodo=2
- Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: *A Pesquisa Baseada em Evidências*. Grupo Anima Educação; 2014.
- Mendes, K., Silveira, R., Galvão, C. (2018). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto contexto Enferm.
- Montiroso, R., Casini, E., Del Prete, A., Zanini, R., Bellù, R., Borgatti, R. (2016). Neonatal developmental care in infant pain management and internalizing behaviours at 18 months in prematurely born children. *European Journal Of Pain* (London, England). Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26849293&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Neuman, B., e Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5.ª edição. Boston: Pearson
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Promover o desenvolvimento Infantil na criança*. Em *Guias Orientadores de boa Prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Ordem dos Enfermeiros ed., Vol. I, pp. 67-134). Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Parentalidad ePositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento n.º 422/2018. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8348/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento 140/2019 Competências comuns do enfermeiro especialista*. Portugal: Diário da República, 2.a série — Nº 26 — 6 de fevereiro de 2019. Retirado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., e Erdmann, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Rev. Enf.* Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100015&lng=pt

Ruivo, M., Ferrito, C., e Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. Nº 15.

- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e crescer - revista do hospital de crianças Maria Pia*. vol XX, n.º 1. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Silva, E. (2017). *NIDCAP, um processo de criação e transformação no SMIPN do CHA-Faro*. Painel “Promoção do Desenvolvimento em Unidades Neonatais de Elevada Diferenciação”. Atas do I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Investigação, Conhecimento e Prática Clínica. Referência – Revista de Enfermagem. Suplemento ao N.º 13. Série IV.
- Smith, G., Gutovich, J., Smyser, C., Pineda, R., Newman, C., Tjoeng, T., Vasseur, C., Wallendorf, M., Neil, J., Inder, T. (2011). Neonatal Intensive Care Unit Stress Is Associated with Brain Development in Preterm Infants. *Annals of Neurology*.
- Stark, A. (2008). *Apneia*. In Cloherty, J., Eichenwald, E., e Stark, A. Manual de Neonatologia. 6.ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- UCC de Ponte de Sor/Montargil (2017). *Manual de Acolhimento*. Ponte de Sor
- UCINP (s.d.). *Manual de Integração para os profissionais de Enfermagem*, Hospital de Faro EPE, Serviço de Pediatria. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.
- ULSNA (2019). *Cuidados de Saúde Primários*. In Serviços. Retirado de: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>
- UNICEF (2019). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Edição Comité Português para a UNICEF. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Venkataraman, R., Kamaluddeen, M., Amin, H., Lodha, A. (2018). Is Less Noise, Light and Parental/Caregiver Stress in the Neonatal Intensive Care Unit Better for Neonates? *Indian Pediatrics*. Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29396929&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Vera, S., Gouveia, M., Dantas, A., e Rocha, S. (2018). Fontes estressoras em pacientes de unidade de terapia intensiva neonatal / Stressors in patients of neonatal intensive care unit. *Rev Rene*

(Online). Artigo em Português | LILACS, BDEF – Enfermagem. Retirado de:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946632>

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

ANEXO 2 – Certificado de participação na sessão “O Papel das Entidades de Primeira Linha no Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens”

Certificado

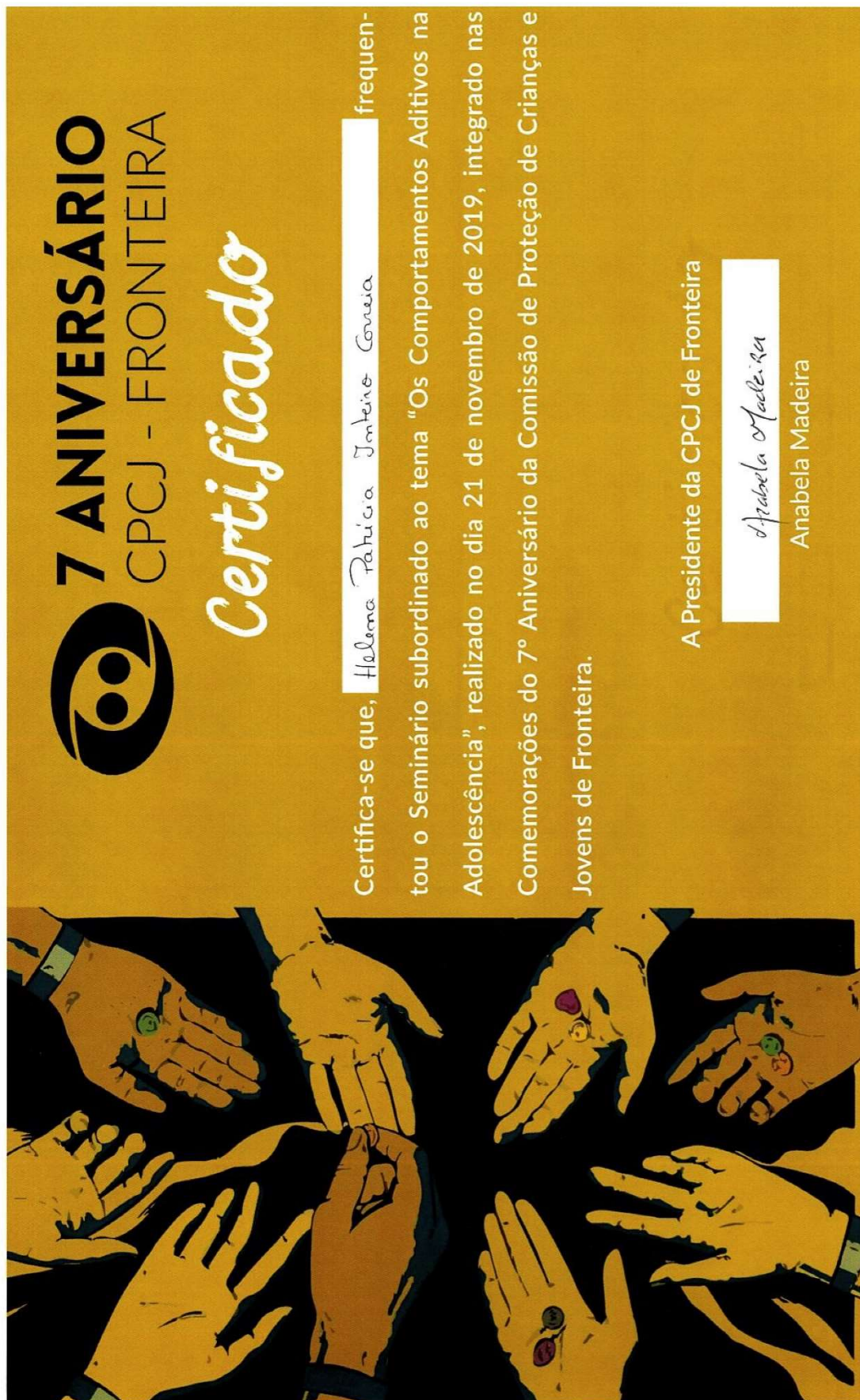
Certifica-se que Helena Patrícia Fontaineir Correia participou na Conferência «O PAPEL DAS ENTIDADES DE PRIMEIRA LINHA NO SISTEMA DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS», presidida pela Dr.ª Maria da Conceição Peres, que decorreu no Centro Interativo da Ruralidade de Arronches, no dia 25 de Setembro de 2019.

A Presidente da CPCJ Arronches



Maria João Fernandes

ANEXO 3 - Certificado de frequência do Seminário “Os Comportamentos Aditivos na Adolescência”




7 ANIVERSÁRIO
CPCJ - FRONTEIRA

Certificado

Certifica-se que, *Helena Patrícia Imbeiro Correia* frequentou o Seminário subordinado ao tema "Os Comportamentos Aditivos na Adolescência", realizado no dia 21 de novembro de 2019, integrado nas Comemorações do 7º Aniversário da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Fronteira.

A Presidente da CPCJ de Fronteira

Anabela Madeira
Anabela Madeira



CPCJ
FRONTEIRA
COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

CA
Crédito Agrícola
Norte Alentejano

Caixa Geral de Depósitos



Declaração de Presença

Para os devidos efeitos se declara que, Helena Patrícia Jurema Correia, esteve presente no Seminário subordinado ao tema **“Os Comportamentos Aditivos na Adolescência”**, inserido nas **Comemorações do VII Aniversário da CPCJ de Fronteira**, que decorreu em Fronteira, no dia **21 de novembro de 2019**, com início às 9h00m e término às 16h30m.

Fronteira, 21 de novembro de 2019

Assim o disse e assinou,

A Presidente da CPCJ de Fronteira

Arabela Pedrosa Fedeira

Rua de Avis nº 4 7460-120 Fronteira /Portugal
Tel. 245600088 / Tlm. 963353514
e-mail: cpcj.fronteira@cnpdpcj.pt

ANEXO 4 - Certificação em Suporte de Vida Pediátrico



Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico

Declara-se para os devidos efeitos que **Helena Patrícia Correia** participou no Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico, organizado pelo Grupo de Reanimação Pediátrica, que decorreu na Escola Superior de Saúde no Politécnico de Portalegre nos dias 18 e 19 de Outubro de 2019, com uma carga horária de 18 horas.

Portalegre, 18 de Outubro de 2019

O Director do Curso



APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Cronograma

Objetivos	Atividade	Data							
		Maio 2019	Junho 2019	Julho 2019	Setem bro 2019	Outub ro 2019	Nove mbro 2019	Deze mbro 2019	Janeir o 2020
Diagnóstico de Situação	Observação direta								
	Revisão de Literatura								
	Aplicação de Questionários								
Capacitação dos pares	Ações de Formação								
Aquisição de conhecimentos	Elaboração de Artigo Científico								
Avaliação									
Divulgação de resultados									

APÊNDICE 2 – Plano de Formação “Maus Tratos Infantis” - Centro de Saúde

Tema: Maus Tratos Infantis

Formadores	Enfermeira Helena Correia Enfermeira EESIP [REDACTED]	
Destinatários	Enfermeiros	
Local	Sala de Conferências do Centro de Saúde de [REDACTED]	
Data: 08/10/2019	Hora: 15h30	Duração prevista: 2h
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none">• Capacitar os enfermeiros do Centro de Saúde de [REDACTED] para atuarem em situações de maus tratos infantis.		
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">• Descrever os diversos tipos de maus tratos;• Identificar sinais indicativos de possíveis maus tratos;• Conhecer a realidade da região relativamente a maus tratos infantis;• Elucidar a articulação com as entidades competentes;• Enumerar os meios de sinalização disponíveis;• Identificar necessidades formativas adicionais neste tema.		

Conteúdos	Métodos e Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1. Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das formadoras • Apresentação da temática 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 10 min.
2. Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Definição de maus tratos • Tipos de maus tratos – como identificar e como atuar • Dados estatísticos • Sinalização – quem pode sinalizar, e como • Entidades competentes • Contactos 	Expositivo	Computador/ Datashow Documentos impressos	+/- 90 min.
3. Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo/ Interrogativo	Computador/ Datashow	+/- 20 min.
4. Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de questionário pelos formandos 			

APÊNDICE 3 – Apresentação da Formação “Maus Tratos Infantis” - Centro de Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
Saúde

ES
Escola Superior
Saúde
IPortalegre

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



MAUS TRATOS INFANTIS

Docente: Profª Dr.ª M.ª Antónia Chora
Discente: Helena Patrícia Correia
Orientadora: Enfª EESIP Telma Marques

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



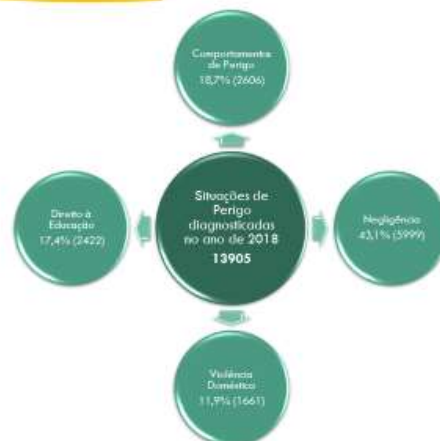
MAUS TRATOS: CONCEITO

Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.

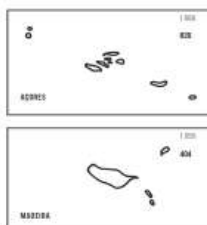
É considerado, nos dias de hoje, um problema de saúde pública.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



COMUNICAÇÕES E DIAGNÓSTICOS 2018



- Comunicações
- Diagnósticos

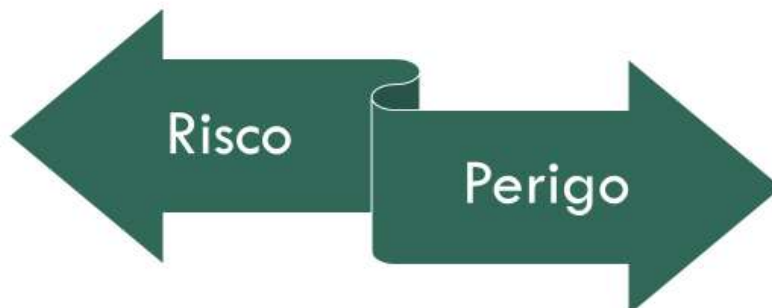


VOLUME PROCESSUAL GLOBAL POR DISTRITOS

Distrito	CPCJ Detentora	Processo Transitado	Processo Aberto	Processo Reaberto	Total de Entradas	Transferidos em Análise Preliminar	Arquivamento Liminar	Volume Processual Global
Portalegre	CPCJ de Alter do Chão	14	12	1	27	1	6	20
Portalegre	CPCJ de Arronches	2	6		8	0	2	6
Portalegre	CPCJ de Avis	4	30	10	44	0	8	36
Portalegre	CPCJ de Campo Maior	25	26	3	54	0	9	45
Portalegre	CPCJ de Castelo de Vide	6	1	1	8	0	1	7
Portalegre	CPCJ de Crato	9	8	1	18	2	5	11
Portalegre	CPCJ de Elvas	107	68	27	202	0	22	180
Portalegre	CPCJ de Fronteira	4	7	4	15	0	1	14
Portalegre	CPCJ de Gavião	9	23	5	37	0	2	35
Portalegre	CPCJ de Marvão	5	5	3	13	0	1	12
Portalegre	CPCJ de Monforte	6	27	4	37	0	16	21
Portalegre	CPCJ de Nisa	15	17	1	33	0	0	33
Portalegre	CPCJ de Ponte de Sor	35	66	17	118	1	14	103
Portalegre	CPCJ de Portalegre	53	67	21	141	0	4	137
Portalegre	CPCJ de Sousel	12	20	4	36	1	10	25
Total		306	383	102	791	5	101	685

MÉDIA MENSAL DE PROCESSOS ATIVOS POR DISTRITO

Distrito de Portalegre	Média Mensal Processos Ativos
CPCJ de Alter do Chão	16
CPCJ de Arronches	3
CPCJ de Avis	12
CPCJ de Campo Maior	21
CPCJ de Castelo de Vide	5
CPCJ de Crato	7
CPCJ de Elvas	109
CPCJ de Fronteira	8
CPCJ de Gavião	17
CPCJ de Marvão	8
CPCJ de Monforte	10
CPCJ de Nisa	14
CPCJ de Ponte de Sor	44
CPCJ de Portalegre	61
CPCJ de Sousel	18
Total	353



Nas situações de risco, a intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo.

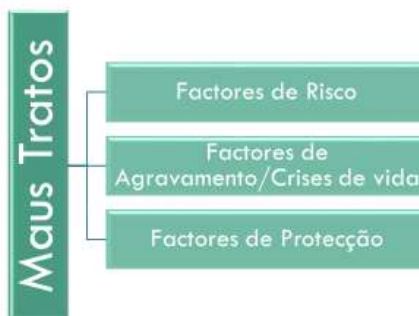
Nas situações de perigo a intervenção visa remover o perigo em que a criança se encontra.



SITUAÇÕES DE PERIGO PARA A CRIANÇA OU JOVEM



- ❖ Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- ❖ Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos;
- ❖ Ser vítima de abusos sexuais;
- ❖ Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- ❖ Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos /inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- ❖ Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional
- ❖ Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.



FACTORES DE RISCO

Os **factores de risco** dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos.

Representam variáveis biopsicossociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens.

Os factores de risco, por si só, não provam a existência de maus tratos; apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento.



FACTORES DE AGRAVAMENTO/CRISES DE VIDA

Os **factores de agravamento/crises de vida** são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção, e podem precipitar a ocorrência de maus tratos.





FACTORES DE PROTECÇÃO

Os **factores de protecção** incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacte dos factores de risco.

Quando os factores de protecção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a probabilidade de ocorrer uma situação crítica.



SINAIS DE ALERTA



Os **sinais de alerta** são indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protectora.

Os sinais de alerta, por si só, não permitem diagnosticar uma situação de maus tratos, já que podem surgir como sintomas e sinais de outras entidades clínicas. Porém, apontam para a necessidade de intervir.



TIPOS DE MAUS TRATOS



- » Negligência;
- » Mau Trato Físico;
- » Mau Trato Psicológico/Emocional;
- » Abuso Sexual;
- » Síndrome de Munchausen por Procuração.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



NEGLIGÊNCIA

Conceito: Entende-se por **negligência** a 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 normais.

Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma activa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE NEGLIGÊNCIA:

- Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- Incumprimento do Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas);
- Intoxicações e acidentes de repetição.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



MAU TRATO FÍSICO



Conceito: O **mau trato físico** resulta de 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 provocar) dano físico. Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas.



ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAU TRATO FÍSICO

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



MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

Conceito: O **mau trato psicológico** resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afectivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.

Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental.



ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

- Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou auto-mutilação;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Alterações do controlo dos esfínteres (enurese, encoprese);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Comportamento ou ideação suicida.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ABUSO SEXUAL

Conceito: O **abuso sexual** corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.

Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

- ❖ Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- ❖ Percebendo que o é, 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.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ABUSO SEXUAL

Frequentemente, o abuso sexual é perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha ocorrido, facto que pode dificultar o diagnóstico. Recomenda-se, sempre que possível, a colaboração da saúde mental infantil, tanto na ajuda para o diagnóstico como para a intervenção. Contudo, em algumas situações, é possível identificar sintomas/sinais deste tipo de mau trato.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ABUSO SEXUAL

ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE ABUSO SEXUAL

- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção);
- Presença de espermatozóides no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- 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 do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infecções de transmissão sexual;
- Gravidez.



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Conceito: A Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente.



SITUAÇÕES INDICADORAS DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

- Administrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia;
- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;
- Provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.



NÍVEIS DE INTERVENÇÃO





As Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

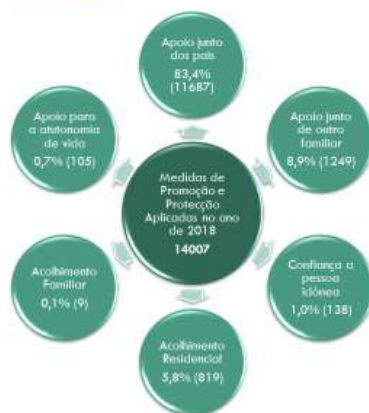
39053

Comunicações recebidas pelas CPCJ em 2018



AS COMISSÕES DE PROTEÇÃO PODEM APLICAR AS SEGUINTE MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO:

- ❖ Apoio junto dos pais;
- ❖ Apoio junto de outro familiar;
- ❖ Confiança a pessoa idónea;
- ❖ Apoio para a autonomia de vida;
- ❖ Acolhimento familiar;
- ❖ Acolhimento residencial.





A INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DA CRIANÇA E DO JOVEM EM PERIGO OBEDECE AOS SEGUINTE PRINCÍPIOS:

Interesse superior da criança - a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem;

Privacidade - a promoção dos direitos da criança e do jovem deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;

Intervenção precoce - a intervenção deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;

Intervenção mínima - a intervenção deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja a ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo;

Proporcionalidade e atualidade - a intervenção deve ser a necessária e ajustada à situação de perigo e só pode interferir na sua vida e na vida da sua família na medida em que for estritamente necessário a essa finalidade;

Responsabilidade parental - a intervenção deve ser efetuada de modo a que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;



Primado da continuidade das relações psicológicas profundas - intervenção deve respeitar o direito da criança à preservação das relações afetivas estruturantes de grande significado e de referência para o seu saudável e harmónico desenvolvimento, devendo prevalecer as medidas que garantam a continuidade de uma vinculação securizante;

Prevalência da família - na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a adoção;

Obrigatoriedade da informação - a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

Audição obrigatória e participação - a criança e o jovem, bem como os pais, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e proteção; **Subsidiariedade** - a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.



ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

A "Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco" (ASCJR) tem como principal objectivo a criação de uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno dos Maus Tratos, através do desenvolvimento da "Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco" quer a nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível dos Hospitais com atendimento Pediátrico.

A Missão da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco é apoiar e orientar a intervenção da saúde nas crianças e jovens em risco, com vista a uma mais efectiva prevenção do fenómeno dos maus tratos e a uma significativa melhoria da qualidade das respostas do Serviço Nacional de Saúde a esta problemática.

O QUE É UMA SINALIZAÇÃO?

No Serviço Nacional de Saúde uma sinalização é a referenciação de uma possível situação de maus tratos, por um profissional de saúde, a uma equipa multidisciplinar, e que irá implicar a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protectora para a criança/jovem em causa.



QUEM PODE/DEVE SINALIZAR?

As sinalizações poderão ser efectuadas por qualquer profissional de saúde, sendo estas consideradas sinalizações internas do Serviço Nacional de Saúde. Outra forma de sinalização poderá ser a sinalização externa. Isto é, qualquer cidadão ou profissional de outra entidade de 1º nível com competência em matéria de infância e juventude, poderá referenciar uma situação que considere suspeita de se enquadrar numa situação de maus tratos.



ENTIDADES SINALIZADORAS DAS SITUAÇÕES DE PERIGO EM 2018





COMO FAZER UMA SINALIZAÇÃO?

Pode comunicar a alegada situação de maus tratos por escrito a qualquer uma das instâncias identificadas ou dirigir-se pessoalmente à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área de residência da criança ou jovem.



QUE INFORMAÇÃO PRECISO DE TRANSMITIR?

A informação solicitada no preenchimento da Ficha de Sinalização; se tal não for possível, pelo menos os seguintes dados:

- Identificação da criança/jovem e família;
- Descrição dos factos;
- Se conhece algum adulto idóneo que possa garantir a protecção da criança.



Qualquer situação de perigo detectada por uma entidade de primeiro nível, só deverá ser referenciada à CPCJ/ Tribunal da área de residência da criança ou do jovem em apreço, após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance para remover o perigo, sem contudo as intervenções terem sido suficientes e eficazes.



ACTUAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dos objetivos veiculados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) evidenciam-se:

- ❖ Promover a segurança, prevenindo acidentes e maus-tratos;
- ❖ Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos (DGS, 2013).

Assim, no decorrer das consultas, as avaliações devem "incluir identificação dos fatores de risco para a saúde, identificação dos problemas de saúde, escutas e informação dos pais sobre o crescimento e desenvolvimento" (Mello & Ferline, 2009, **como referido em Antão et al, 2016**).



ACTUAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil constitui-se, assim, como um momento privilegiado para a avaliação do desenvolvimento da criança e identificar prematuramente alterações e/ou situações de risco, permitindo ao Enfermeiro uma intervenção atempada com a família de estratégias preventivas e/ou promotoras do desenvolvimento infantil, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (OE, 2018).



"(...) A falta de actuação pode permitir perpetuar uma situação de abuso, mas uma acção intempestiva e precipitada pode contribuir para punir um inocente e/ou separar uma família."



Teresa Magalhães



CONTACTOS

NACJR Centro de Saúde Ponte de Sôr
Telefone: 242292000
E-mail: nacjr.pontesor-Montargil@ulsna.min-saude.pt

CPCJ Ponte de Sor
Praça da República n.º1
7300-232 Ponte de Sor
Telefone: 242206735
E-mail: cpcj.pontesor@cnpdpcj.pt

COMISSÃO NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS
Praça de Londres, n.º 2 - 2.º andar
1049-056 Lisboa
Telefone: 215 953 887
E-mail: cnpdpcj.presidencia@cnpdpcj.pt



BIBLIOGRAFIA

- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C. & Veiga-Branco, A. (2016). *Vigilância Infantil no 1º ano de vida: conhecer e intervir para prevenir*. Egitânia Sciencia. n.º 18, pág. 89-102, ISSN: 1646-8848
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ). (2019). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2018*. CNPDPJ
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – Comissão de Acompanhamento – Relatório 2016-2017*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – Intervenção da Saúde – Documento Técnico*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional / Direção-Geral da Saúde*. Direção-Geral da Saúde
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens – Guia para Profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora.



BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8348/1919219194.pdf>

APÊNDICE 4 - Plano de Formação “Maus Tratos Infantis” – Urgência Pediátrica

Tema: Maus Tratos Infantis

Formadores	Enfermeira Helena Correia	
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Pediatria do [REDACTED]	
Local	Serviço de Pediatria do [REDACTED]	
Data: 06/11/2019	Hora: 15h30	Duração prevista: 1h

Objetivo geral:

- Capacitar os enfermeiros do Serviço de Pediatria/Urgência Pediátrica para atuarem em situações de maus tratos infantis.

Objetivos específicos:

- Conhecer a realidade da região relativamente a maus tratos infantis;
- Descrever os diversos tipos de maus tratos;
- Identificar sinais indicativos de possíveis maus tratos;
- Elucidar a articulação com as entidades competentes;
- Enumerar os meios de sinalização disponíveis;
- Identificar necessidades formativas adicionais neste tema.

Conteúdos	Métodos e Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1. Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da formadora • Apresentação da temática 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 5 min.
2. Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Dados estatísticos • Definição de maus tratos • Tipos de maus tratos – como identificar e como atuar • Sinalização – quem pode sinalizar, e como • Entidades competentes • Contactos 	Expositivo	Computador/ Datashow Documentos impressos	+/- 45 min.
3. Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo/ Interrogativo	Computador/ Datashow	+/- 10 min.
4. Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de questionário pelos formandos 			

APÊNDICE 5 - Apresentação da Formação “Maus Tratos Infantis” – Urgência Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
Saúde

ES
Escola Superior
Saúde
IPortalegre

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



MAUS TRATOS INFANTIS

Docente: Prof.ª Dr.ª M.ª Antónia Chora
Discente: Helena Patrícia Correia
Orientadora: Enf.ª EESIP Telma Marques

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



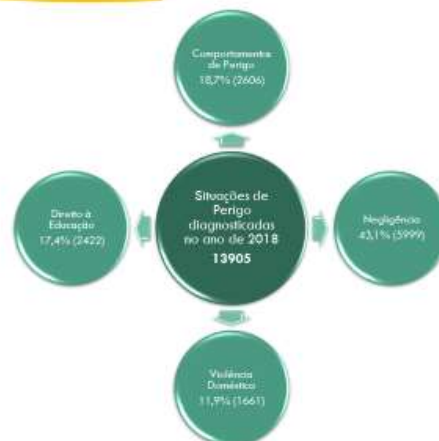
MAUS TRATOS: CONCEITO

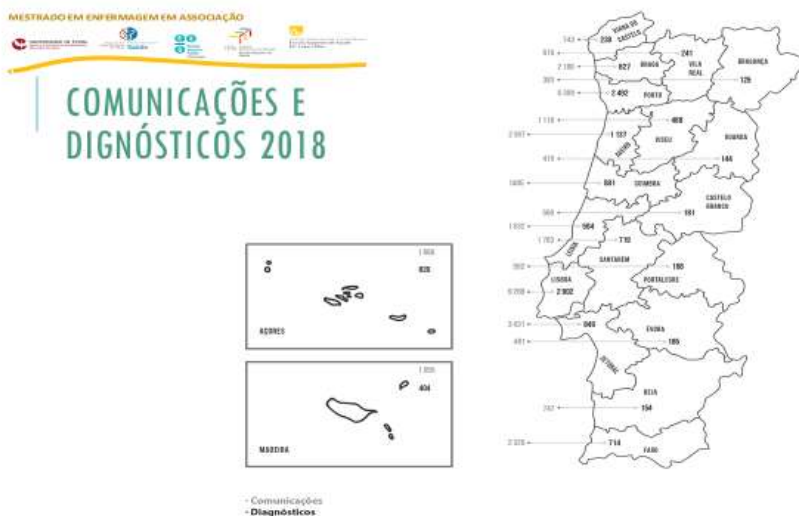
Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.

É considerado, nos dias de hoje, um problema de saúde pública.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO





MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

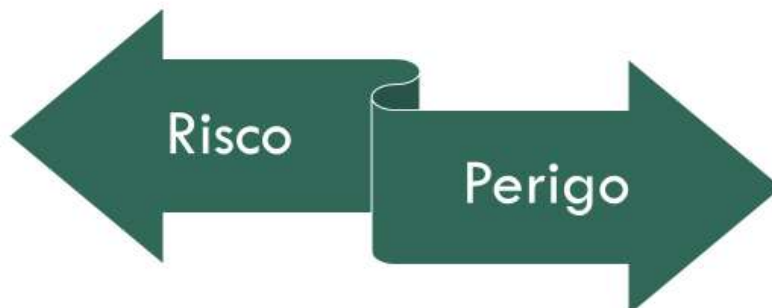
VOLUME PROCESSUAL GLOBAL POR DISTRITOS

Distrito	CPCJ Detentora	Processo Transitado	Processo Aberto	Processo Reaberto	Total de Entradas	Transferidos em Análise Preliminar	Arquivamento Liminar	Volume Processual Global
Santarém	CPCJ de Abrantes	61	79	18	158	3	2	148
Santarém	CPCJ de Alcanena	30	58	13	110	0	9	101
Santarém	CPCJ de Almeirim	51	96	16	163	0	25	138
Santarém	CPCJ de Alpiarça	19	32	3	54	0	16	38
Santarém	CPCJ de Benavente	193	127	29	349	0	87	262
Santarém	CPCJ de Cartaxo	104	103	35	242	0	12	230
Santarém	CPCJ de Chamusca	50	22	19	91	0	2	89
Santarém	CPCJ de Constância	10	13	8	31	2	1	28
Santarém	CPCJ de Coruche	61	77	15	153	2	11	140
Santarém	CPCJ de Entroncamento	223	81	19	323	2	41	280
Santarém	CPCJ de Ferreira do Zêzere	14	28	2	44	0	2	42
Santarém	CPCJ de Golegã	11	13	3	27	0	12	15
Santarém	CPCJ de Mação	21	10	4	35	0	0	35
Santarém	CPCJ de Rio Maior	56	70	12	138	1	10	127
Santarém	CPCJ de Salvaterra de Magos	180	79	17	276	1	7	188
Santarém	CPCJ de Santarém	167	197	115	479	2	39	438
Santarém	CPCJ de Sardoal	9	4	3	16	0	0	16
Santarém	CPCJ de Tomar	140	66	35	241	2	12	217
Santarém	CPCJ de Torres Novas	105	99	15	219	2	14	203
Santarém	CPCJ de Vila Nova da Barquinha	14	11	0	25	0	8	17
Santarém	CPCJ de Ourém	155	75	11	241	0	12	229
Total		1.603	1.940	282	3.825	17	227	2.981

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

MÉDIA MENSAL DE PROCESSOS ATIVOS POR DISTRITO

Distrito de Santarém	Média Mensal Processos Ativos
CPCJ de Abrantes	73
CPCJ de Alcanena	38
CPCJ de Almeirim	77
CPCJ de Alpiarça	27
CPCJ de Benavente	191
CPCJ de Cartaxo	135
CPCJ de Chamusca	56
CPCJ de Constância	15
CPCJ de Coruche	68
CPCJ de Entroncamento	203
CPCJ de Ferreira do Zêzere	19
CPCJ de Golegã	12
CPCJ de Mação	17
CPCJ de Rio Maior	59
CPCJ de Salvaterra de Magos	99
CPCJ de Santarém	177
CPCJ de Sardoal	9
CPCJ de Tomar	126
CPCJ de Torres Novas	104
CPCJ de Vila Nova da Barquinha	16
CPCJ de Ourém	156
Total	1.675



Nas situações de risco, a intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo.

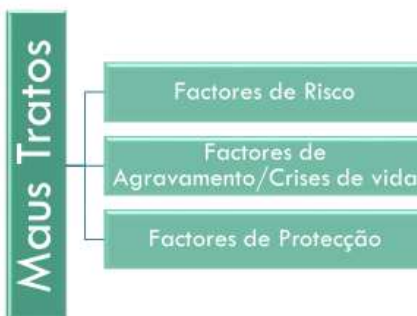
Nas situações de perigo a intervenção visa remover o perigo em que a criança se encontra.



SITUAÇÕES DE PERIGO PARA A CRIANÇA OU JOVEM



- ❖ Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- ❖ Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos;
- ❖ Ser vítima de abusos sexuais;
- ❖ Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- ❖ Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos /inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- ❖ Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional
- ❖ Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.



FACTORES DE RISCO

Os **factores de risco** dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos.

Representam variáveis biopsicossociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens.

Os factores de risco, por si só, não provam a existência de maus tratos; apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento.



FACTORES DE AGRAVAMENTO/CRISES DE VIDA

Os **factores de agravamento/crises de vida** são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção, e podem precipitar a ocorrência de maus tratos.





FACTORES DE PROTECÇÃO

Os **factores de protecção** incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacte dos factores de risco.

Quando os factores de protecção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a probabilidade de ocorrer uma situação crítica.



SINAIS DE ALERTA



Os **sinais de alerta** são indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protectora.

Os sinais de alerta, por si só, não permitem diagnosticar uma situação de maus tratos, já que podem surgir como sintomas e sinais de outras entidades clínicas. Porém, apontam para a necessidade de intervir.



TIPOS DE MAUS TRATOS



- » Negligência;
- » Mau Trato Físico;
- » Mau Trato Psicológico/Emocional;
- » Abuso Sexual;
- » Síndrome de Munchausen por Procuração.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



NEGLIGÊNCIA

Conceito: Entende-se por **negligência** a 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 normais.

Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma activa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE NEGLIGÊNCIA:

- Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- Incumprimento do Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas);
- Intoxicações e acidentes de repetição.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



MAU TRATO FÍSICO



Conceito: O **mau trato físico** resulta de 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 provocar) dano físico. Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas.



ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAU TRATO FÍSICO

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



MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

Conceito: O **mau trato psicológico** resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afectivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.

Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental.



ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

- Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou auto-mutilação;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Alterações do controlo dos esfínteres (enurese, encoprese);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Comportamento ou ideação suicida.



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Conceito: A Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente.



SITUAÇÕES INDICADORAS DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

- Administrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia;
- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;
- Provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.



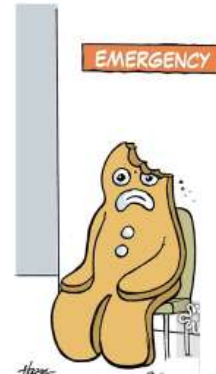
NÍVEIS DE INTERVENÇÃO





ACTUAÇÃO HOSPITALAR - SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Abordar e tratar as lesões;
- Preservar vestígios;
- Tratar possíveis DST (AS);
- Contraceção de emergência (AS);
- Apoio psicológico e referência;
- Testemunho se necessário.



RECOLHA DE VESTÍGIOS

- Usar sempre luvas e outro material de protecção (bata, máscara, touca)
- Trocar de luvas frequentemente, para evitar contaminação cruzada
- A roupa e o espólio pessoal não deve ser entregue à família ou acompanhantes
- Colocar cada vestígio (roupa, roupa interior, absorventes, fraldas) em saco separado, identificado com o nome da vítima, nome de quem recolheu, data, hora e conteúdo
- Deixar secar ao ar a roupa que apresente zonas húmidas
- Documentar tudo e assinar.



ACTIVIDADE PÓS-ABUSO



- Comer, beber ou lavar os dentes
- Urinar ou defecar. Se não for possível evitar, recolher amostras em recipientes adequados
- Lavar o corpo (incluindo mãos, boca, órgãos genitais)
- Mudar de roupa ou deitar fora a roupa usada durante a agressão
- Pentear-se



DOCUMENTAR

- ✔ Compreensível e legível
- ✔ Evitar muitos detalhes
- ✔ Descrever cuidadosamente as lesões
- ✔ Focar no trauma físico e emocional
- ✔ Não dispersar e imaginar
- ✔ Citar com cuidado
- ✔ Registrar exactamente as palavras e frases.



O papel do profissional de saúde em caso de suspeita de crime sexual visa colaborar na investigação criminal através do estudo e interpretação dos vestígios não esquecendo, no entanto, a protecção da vítima e a prevenção da vitimação secundária



O êxito desta tarefa só poderá ser garantido no âmbito de um efectivo trabalho interdisciplinar e interinstitucional, em rede.

Teresa Magalhães



CPCJ

As Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) são instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

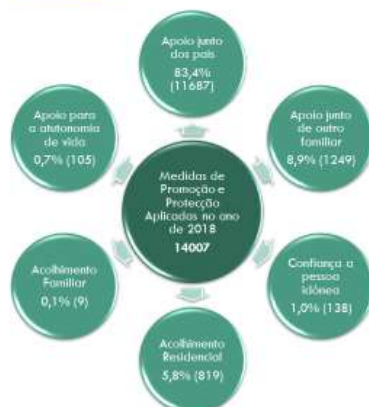
39053

Comunicações
recebidas pelas
CPCJ em 2018



AS COMISSÕES DE PROTEÇÃO PODEM APLICAR AS SEGUINTE MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO:

- ❖ Apoio junto dos pais;
- ❖ Apoio junto de outro familiar;
- ❖ Confiança a pessoa idónea;
- ❖ Apoio para a autonomia de vida;
- ❖ Acolhimento familiar;
- ❖ Acolhimento residencial.



A INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DA CRIANÇA E DO JOVEM EM PERIGO OBEDECE AOS SEGUINTE PRINCÍPIOS:

Interesse superior da criança - a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem;

Privacidade - a promoção dos direitos da criança e do jovem deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;

Intervenção precoce - a intervenção deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;

Intervenção mínima - a intervenção deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja a ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo;

Proporcionalidade e atualidade - a intervenção deve ser a necessária e ajustada à situação de perigo e só pode interferir na sua vida e na vida da sua família na medida em que for estritamente necessário a essa finalidade;

Responsabilidade parental - a intervenção deve ser efetuada de modo a que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;



Primado da continuidade das relações psicológicas profundas - intervenção deve respeitar o direito da criança à preservação das relações afetivas estruturantes de grande significado e de referência para o seu saudável e harmónico desenvolvimento, devendo prevalecer as medidas que garantam a continuidade de uma vinculação securizante;

Prevalência da família - na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a adoção;

Obrigatoriedade da informação - a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

Audição obrigatória e participação - a criança e o jovem, bem como os pais, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e proteção; Subsidiariedade - a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.



ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

A "Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco" (ASCJR) tem como principal objectivo a criação de uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno dos Maus Tratos, através do desenvolvimento da "Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco" quer a nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível dos Hospitais com atendimento Pediátrico.

A Missão da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco é apoiar e orientar a intervenção da saúde nas crianças e jovens em risco, com vista a uma mais efectiva prevenção do fenómeno dos maus tratos e a uma significativa melhoria da qualidade das respostas do Serviço Nacional de Saúde a esta problemática.



O QUE É UMA SINALIZAÇÃO?

No Serviço Nacional de Saúde uma sinalização é a referenciação de uma possível situação de maus tratos, por um profissional de saúde, a uma equipa multidisciplinar, e que irá implicar a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protectora para a criança/jovem em causa.



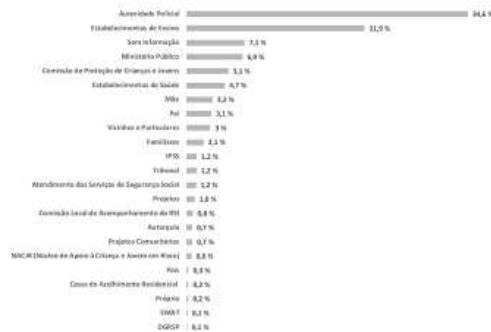


QUEM PODE/DEVE SINALIZAR?

As sinalizações poderão ser efectuadas por qualquer profissional de saúde, sendo estas consideradas sinalizações internas do Serviço Nacional de Saúde. Outra forma de sinalização poderá ser a sinalização externa. Isto é, qualquer cidadão ou profissional de outra entidade de 1º nível com competência em matéria de infância e juventude, poderá referenciar uma situação que considere suspeita de se enquadrar numa situação de maus tratos.



ENTIDADES SINALIZADORAS DAS SITUAÇÕES DE PERIGO EM 2018



COMO FAZER UMA SINALIZAÇÃO?

Pode comunicar a alegada situação de maus tratos por escrito a qualquer uma das instâncias identificadas ou dirigir-se pessoalmente à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área de residência da criança ou jovem.





QUE INFORMAÇÃO PRECISO DE TRANSMITIR?

A informação solicitada no preenchimento da Ficha de Sinalização; se tal não for possível, pelo menos os seguintes dados:

- Identificação da criança/jovem e família;
- Descrição dos factos;
- Se conhece algum adulto idóneo que possa garantir a protecção da criança.



Qualquer situação de perigo detectada por uma entidade de primeiro nível, só deverá ser referenciada à CPCJ/ Tribunal da área de residência da criança ou do jovem em apreço, após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance para remover o perigo, sem contudo as intervenções terem sido suficientes e eficazes.



“(...) A falta de actuação pode permitir perpetuar uma situação de abuso, mas uma acção intempestiva e precipitada pode contribuir para punir um inocente e/ou separar uma família.”



Teresa Magalhães



CONTACTOS

NHACJR
Telemóvel: 912556252
Telefone: 249810100
Extensão: 724402
E-mail: nhacjr@chmt.min-saude.pt

CPCJ Torres Novas
Rua José Abreu Lopes, Lote C, Loja Esquerda
2350-000 Torres Novas
Telefone: 249810797
E-mail: cpcj.torresnovas@cnpdpcj.pt

COMISSÃO NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS
Praça de Londres, n.º 2 - 2.º andar
1049-056 Lisboa
Telefone: 215 953 887
E-mail: cnpdpcj.presidencia@cnpdpcj.pt



BIBLIOGRAFIA

- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C. & Veiga-Branco, A. (2016). *Vigilância Infantil no 1º ano de vida: conhecer e intervir para prevenir*. Egitânia Scientia. n.º 18, pág. 89-102, ISSN: 1646-8848
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ). (2019). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2018*. CNPDPJ
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – Comissão de Acompanhamento – Relatório 2016-2017*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – Intervenção da Saúde – Documento Técnico*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional / Direção-Geral da Saúde*. Direção-Geral da Saúde
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens – Guia para Profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora.



BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8348/1919219194.pdf>

APÊNDICE 6 – Proposta de Norma de Procedimentos de Enfermagem

Norma de Procedimento em Enfermagem

Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento em contexto de Internamento em Unidade de Neonatologia

Objetivos:

Controlar os estímulos externos, associando diversas modificações ao ambiente hospitalar e à prática de Cuidados individualizados, de acordo com as necessidades de cada recém-nascido (RN).

Assegurar o conforto do RN, reduzindo a dor e o stress, monitorizando o desenvolvimento, e proporcionando cuidados centrados na família, de maneira a que os RN experienciem a mínima quantidade de stress possível.

Destinatários: Equipa de Enfermagem do serviço de Pediatria/Neonatologia

Âmbito:

Inúmeras variáveis tornam as Unidades de Internamento em Neonatologia como contextos de alto risco para o desenvolvimento, devido aos fatores ambientais que são incontrolláveis e prejudiciais aos RN, tais como o nível de ruído, a exposição precoce à dor e os estímulos tácteis, bem como devido aos variados procedimentos que causam dor, stress e desconforto aos RN vulneráveis¹.

Os enfermeiros são os profissionais que possuem maior impacto sobre o quotidiano vivido pelos seus pequenos recém-nascidos, sendo, portanto, da sua responsabilidade observar os padrões e as respostas individuais das crianças, por forma a melhor conhecê-las e apoiá-las na organização dos estados comportamentais².

Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento são uma filosofia de cuidados que tem como objetivo favorecer o desenvolvimento harmonioso neuro-sensorial e emocional do RN, diminuir o stress associado com a estadia em Unidades de Internamento em Neonatologia, e diminuir a dor relacionada com exames diagnósticos e tratamentos invasivos³.

Este modelo de cuidados propõe um método sistematizado de observação nas Unidades de Internamento em Neonatologia para recolher informação relativa às competências de cada criança, às suas vulnerabilidades e limites, informação essa que irá servir de base ao planeamento de cuidados individualizados e adequados a cada criança².

A criança deve ser observada na prática clínica, sendo a sua forma de comunicação baseada na informação fornecida através das mudanças fisiológicas e da observação comportamental, através das funções de três subsistemas - autónomo, motor e regulação dos estádios de sono-vigília. A resposta da criança perante o meio ambiente, os cuidados físicos ou procedimentos, será o que permitirá ao enfermeiro fazer os devidos ajustamentos nas técnicas, para otimizar a estabilidade funcional da criança.

Esta filosofia de Cuidados inclui um vasto leque de intervenções designadas para minimizar os efeitos da exposição ao stress, tais como: controlo de estímulos externos, o método Canguru e o envolvimento parental, gestão das atividades de vida diária e gestão da dor⁴.

Procedimentos:

- Controlar a luz ambiental, respeitando os períodos de dia/noite sono/vigília^{5,6};
- Controlar o ruído ambiental^{5,6};
- Agrupar os cuidados de forma a permitir os períodos de repouso^{5,6};
- Posicionar o RN confortavelmente, mobilizando-o suavemente^{5,6};
- Realizar manipulação mínima aos RN gravemente doentes^{5,6};
- Espaçar os procedimentos dolorosos, por forma a permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais^{5,6};
- Avaliar a dor uma vez por turno, utilizando a escala de avaliação de dor NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)⁵;
- Utilizar a contenção manual ou com lençol, conforme apropriado⁶;
- Promover a amamentação, recorrendo à mesma como medida de controlo da dor não farmacológica sempre que necessário. Nesse caso, o RN deve ser colocado à mama alguns minutos antes do procedimento, mantê-lo durante, e alguns minutos após o procedimento⁶;
- Utilizar a sucção não nutritiva, oferecendo a chupeta como medida de conforto aos RN⁶;
- Utilizar soluções açucaradas como medida não farmacológica de controlo da dor, aquando de procedimentos dolorosos. Administrar solução de Glicose a 30% por seringa sobre a porção anterior da língua ou com a chupeta, 2 minutos antes do procedimento⁶.

Bibliografia:

1. Gasparido CM, Cassiano RGM, Gracioli SMA, Furini GCB, Linhares MBM. Effects of Neonatal Pain and Temperament on Attention Problems in Toddlers Born Preterm. Journal Of Pediatric Psychology [Internet]. 2018 Apr 1 [Acedido em 3 de Janeiro de 2020];43(3):342–51. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29165703&lang=pt-br&site=ehost-live>
2. Hockenberry M, Wilson D. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Wong. 2011. Nº8, ISBN: 978-85-352-3447-3.
3. Gutiérrez-Padilla JA, Pérez-Rulfo ID, Angulo-Castellanos E, Valle-Delgado E, García-Hernández HA, Martínez-Verónica R. Cuidados centrados en el desarrollo en unidades de neonatología de México, 2015. Encuesta a través de redes sociales. Ginecología y Obstetricia de Mexico [Internet]. 2017 Jun [Acedido em 3 de Janeiro de 2020];85(6):355–63. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123461155&lang=pt-br&site=ehost-live>
4. Montirosso R, Casini E, Del Prete A, Zanini R, Bellù R, Borgatti R. Neonatal developmental care in infant pain management and internalizing behaviours at 18 months in prematurely born children. European Journal Of Pain (London, England) [Internet]. 2016 Jul [Acedido em 3 de Janeiro de 2020]; 20(6):1010–21. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26849293&lang=pt-br&site=ehost-live>
5. Direcção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular normativa 014/2010. Ministério da Saúde.
6. Direcção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.

Anexos:

Anexo I - Escala de Avaliação de dor NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Elaborado por: Enfermeira Helena Patrícia Correia

Anexo I - Escala de Avaliação de dor NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Parâmetro	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	--
Choro	Ausente	"Resmungos"	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	--
Braços	Relaxados	Flexão ou extensão	--
Pernas	Relaxadas	Flexão ou extensão	--
Estado de alerta	Dormindo ou calmo	Desconfortável	--

Define-se dor quando a pontuação é maior ou igual a 4

APÊNDICE 7 – Plano da Formação “Cuidados Centrados no Desenvolvimento”

Tema: Cuidados Centrados no Desenvolvimento

Formadores	Enfermeira Helena Correia	
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Pediatria do [REDACTED]	
Local	Serviço de Pediatria do [REDACTED]	
Data: 25/03/2020	Hora: 15h30	Duração prevista: 1h30
Objetivo geral:		
<ul style="list-style-type: none">• Capacitar os enfermeiros do Serviço de Pediatria para a maximização do bem estar dos RN internados em Neonatologia.		
Objetivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none">• Dar a conhecer os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD);• Descrever impacto dos CCD;• Identificar intervenções de Enfermagem em CCD;• Dar a conhecer a proposta de Norma de Procedimentos;• Identificar necessidades formativas adicionais neste tema.		

Conteúdos	Métodos e Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1. Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da formadora • Apresentação da temática 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 15 min.
2. Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • O RN de risco • Internamento em Neonatologia • Cuidados Centrados no Desenvolvimento – Impacto dos mesmos • Intervenções de Enfermagem em CCD • Proposta de Norma de Procedimentos 	Expositivo	Computador/ Datashow Documentos impressos	+/- 60 min.
3. Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo/ Interrogativo	Computador/ Datashow	+/- 15 min.
4. Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de questionário pelos formandos 			

APÊNDICE 8 – Apresentação da Formação “Cuidados Centrados no Desenvolvimento”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO

Docente: Prof^o Dr.^o M^o António Chora
Discente: Helena Patrícia Correia

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



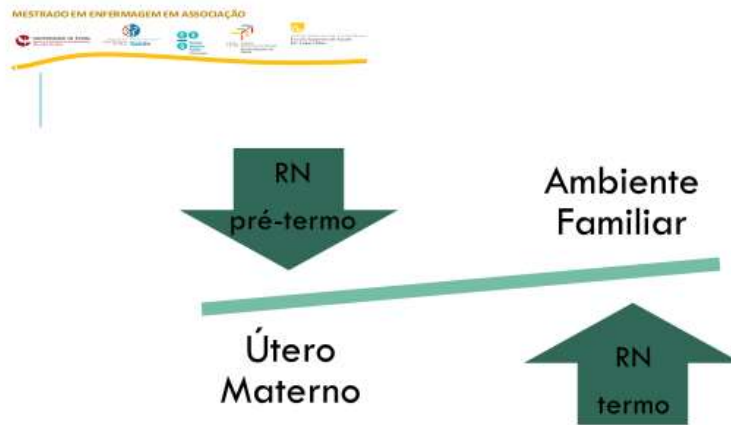
O RECÉM-NASCIDO DE RISCO

O recém-nascido de alto risco é definido como aquele que apresenta uma maior morbilidade e/ou mortalidade, devido a condições ou circunstâncias associadas ao nascimento ou à adaptação à vida extrauterina.

(Hockenberry e Wilson, 2014, p.332)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO





MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

INTERNAMENTO EM NEONATOLOGIA

- ❖ A admissão numa UCIN é essencial para o apoio e o desenvolvimento dos RN de risco.
- ❖ Frequentemente, o primeiro contexto de desenvolvimento de uma criança nascida pré-termo é a UCIN, devido à sua necessidade de cuidados especiais para sobreviver.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

INTERNAMENTO EM NEONATOLOGIA

- ❖ Inúmeras variáveis tornam as UCIN como contextos de alto risco para o desenvolvimento, devido aos fatores ambientais que são incontroláveis e prejudiciais aos RN, tais como o nível de ruído, a exposição precoce à dor e os estímulos tácteis, bem como aos variados procedimentos que causam dor, stress e desconforto aos RN vulneráveis.





MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

INTERNAMENTO EM NEONATOLOGIA

❖ O efeito dos vários stressores a que os recém-nascidos estão sujeitos em ambiente de UCIN foi já associado a alterações da estrutura e função cerebrais.

❖ Estas experiências sensoriais nocivas colocam em risco o desenvolvimento cerebral do RN, particularmente o RN pré-termo, e afetam o seu desenvolvimento neurológico a longo prazo.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

INTERNAMENTO EM NEONATOLOGIA





MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO

- ❖ São uma filosofia de cuidados que tem como objetivo favorecer o desenvolvimento harmonioso neuro-sensorial e emocional do RN, diminuir o stress associado com a estadia em UCIN, e diminuir a dor relacionada com exames diagnósticos e tratamentos invasivos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO

- ❖ Consistem em controlar os estímulos externos, associando diversas modificações ao ambiente hospitalar e à prática de Cuidados individualizados, de acordo com as necessidades de cada RN.
- ❖ Devem assegurar o conforto do RN, reduzindo a dor e o stress, monitorizando o desenvolvimento, e proporcionando cuidados centrados na família, e devem ser aplicados de maneira a que os RN pré-termo experienciem a mínima quantidade de stress possível

CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO



Inúmeros efeitos positivos nos resultados de saúde e neurocomportamentais nos RN de alto risco

CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO

❖ Este modelo de cuidados propõe um método sistematizado de observação para recolher informação relativa às competências de cada criança, às suas vulnerabilidades e limites, informação essa que irá servir de base ao planeamento de cuidados individualizados e adequados a cada criança

❖ A resposta da criança perante o meio ambiente, os cuidados físicos ou procedimentos, será o que permitirá ao enfermeiro fazer os devidos ajustamentos nas técnicas, para otimizar a estabilidade funcional da criança



CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO

A utilização, pelo enfermeiro, de um modelo de CCD irá, assim, permitir uma monitorização reforçada dos sinais fisiológicos e comportamentais, o que favorece a organização e o bem-estar das crianças de alto risco durante a manipulação



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO



Intervenções

- Controlo de estímulos externos
- Método canguru
- Envolvimento parental
- Gestão das AVD's
- Gestão da dor

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

CONTROLO DE ESTÍMULOS EXTERNOS

- ❖ Controlar a luz ambiental, respeitando os períodos de dia/noite, sono/vigília
- ❖ Controlar o ruído ambiental



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

MÉTODO CANGURU



- ❖ Colocação do bebé ao colo da mãe ou do pai durante um período de tempo, com contacto pele-a-pele



ENVOLVIMENTO PARENTAL

- ❖ Promover o envolvimento parental
- ❖ Facilitar o seu envolvimento na prestação de cuidados



GESTÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

- ❖ Agrupar os cuidados de forma a permitir os períodos de repouso
- ❖ Posicionar o RN confortavelmente, mobilizando-o suavemente
- ❖ Realizar manipulação mínima aos RN gravemente doentes
- ❖ Utilizar a contenção manual ou com lençol, conforme apropriado



GESTÃO DA DOR

- ❖ Espaçar os procedimentos dolorosos, por forma a permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais
- ❖ Avaliar a dor uma vez por turno, utilizando a escala de avaliação de dor NIPS
- ❖ Medidas não farmacológicas de controlo da dor
 - Amamentação
 - Sucção não nutritiva
 - Soluções açucaradas (Glicose a 30%)





MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

BIBLIOGRAFIA

Ceylan SS, Baltık B. Effects of Swaddled and Sponge Bathing Methods on Signs of Stress and Pain in Premature Newborns: Implications for Evidence-Based Practices. *Worldviews On Evidence-Based Nursing* [Internet]. 2018 Aug;15(4):296–303. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29763976&lang=pt-br&site=ehost-live>

Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular normativa 014/2010. Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.

Fumagalli M, Provenzi L, De Carli P, Dessimone F, Sirigiovanni I, Giorda R, et al. From early stress to 12-month development in very preterm infants: Preliminary findings on epigenetic mechanisms and brain growth. *Plos One* [Internet]. 2018 Jan 5;13(1):e0190602. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29304146&lang=pt-br&site=ehost-live>

Gasparido CM, Cassiano RGM, Gracioli SMA, Furini GCB, Linhares M&M. Effects of Neonatal Pain and Temperament on Attention Problems in Toddlers Born Preterm. *Journal Of Pediatric Psychology* [Internet]. 2018 Apr 1 [Acedido em 3 de Janeiro de 2020];43(3):342–51. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29165703&lang=pt-br&site=ehost-live>

Gutiérrez-Padilla JA, Pérez-Rulfo ID, Angulo-Castellanos E, Valle-Delgado E, García-Hernández HA, Martínez-Verónica R. Cuidados centrados en el desarrollo en unidades de neonatología de México, 2015. Encuesta a través de redes sociales. *Ginecología y Obstetricia de Mexico* [Internet]. 2017 Jun [Acedido em 3 de Janeiro de 2020];85(6):355–63. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123461155&lang=pt-br&site=ehost-live>

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

BIBLIOGRAFIA

Hockenberry M, Wilson D. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Wong. 2011. N°8, ISBN: 978-85-352-3447-3.

Montirosso R, Casini E, Del Prete A, Zanini R, Bellù R, Borgatti R. Neonatal developmental care in infant pain management and internalizing behaviours at 18 months in prematurely born children. *European Journal Of Pain* (London, England) [Internet]. 2016 Jul [Acedido em 3 de Janeiro de 2020];20(6):1010–21. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26849293&lang=pt-br&site=ehost-live>

Smith GC, Gutovich J, Smyser C, Pineda R, Newman C, Tjoeng TH, Vavasseur C, Wallendorf M, Neil J, Inder T. Neonatal Intensive Care Unit Stress Is Associated with Brain Development in Preterm Infants. *Annals of Neurology*. 2011; 00: 000-000.

Venkataraman R, Kamaluddeen M, Amin H, Lodha A. Is Less Noise, Light and Parental/Caregiver Stress in the Neonatal Intensive Care Unit Better for Neonates? *Indian Pediatrics* [Internet]. 2018 Jan 15; 55(1):17–21. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29396929&lang=pt-br&site=ehost-live>

APÊNDICE 9 – Artigo Científico “Cuidados Centrados no Desenvolvimento” - Revisão Integrativa de
Literatura

RESUMO:

Introdução: As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais são contextos de alto risco para o desenvolvimento, devido aos variados procedimentos que causam dor, stress e desconforto aos recém-nascidos vulneráveis. Os Cuidados prestados devem ter como objetivo minimizar esses efeitos, assegurando o conforto do RN e o seu adequado desenvolvimento. **Objetivo:** Conhecer os agentes stressores, em ambiente de UCIN, e os seus efeitos no bem estar e desenvolvimento dos RN, e o impacto dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento na mitigação desses mesmos efeitos. **Método:** Revisão Integrativa da Literatura, segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute, e realizado nos motores de busca EBSCOhost® e BVS®, para dar resposta à questão de investigação: Em que medida as filosofias de Cuidados Centrados no Desenvolvimento poderão ter impacto no bem-estar e no desenvolvimento dos RN pré-termo? **Resultados:** Análise efetuada em torno de duas dimensões: os efeitos dos agentes stressores em UCIN, e o impacto dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento. **Conclusões:** As UCIN foram consideradas ambientes com diversos agentes stressores para os RN internados, e demonstrado o seu impacto no desenvolvimento dos RN pré-termo. Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento foram apontados como promotores de um melhor desenvolvimento cerebral, contribuindo para prevenir problemas comportamentais na infância.

Descritores: Recém-nascido; Stress; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal.

APÊNDICE 10 – Poster Científico “Cuidados Centrados no Desenvolvimento”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Cuidados Centrados no Desenvolvimento

REVISÃO INTEGRATIVA

Helena Patrícia Correia¹, Maria Antónia Chora²

¹ Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre

² Docente orientadora do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre

Introdução: As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais são contextos de alto risco para o desenvolvimento, devido aos variados procedimentos que causam dor, stress e desconforto aos recém-nascidos vulneráveis. Os Cuidados prestados devem ter como objetivo minimizar esses efeitos, assegurando o conforto do RN e o seu adequado desenvolvimento.

Objetivo: Conhecer os agentes stressores, em ambiente de UCIN, e os seus efeitos no bem estar e desenvolvimento dos RN, e o impacto dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento na mitigação desses mesmos efeitos.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura, segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute, e realizado nos motores de busca EBSCOhost® e BVS®, para dar resposta à questão de investigação: Em que medida as filosofias de Cuidados Centrados no Desenvolvimento poderão ter impacto no bem-estar e no desenvolvimento dos RN pré-termo?

Resultados: Análise efetuada em torno de duas dimensões: os efeitos dos agentes stressores em UCIN, e o impacto dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento.

Conclusões: As UCIN foram consideradas ambientes com diversos agentes stressores para os RN internados, e demonstrado o seu impacto no desenvolvimento dos RN pré-termo. Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento foram apontados como promotores de um melhor desenvolvimento cerebral, contribuindo para prevenir problemas comportamentais na infância.

Palavras-chave: recém-nascido; stress; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, Cuidados Centrados no Desenvolvimento.

Referências Bibliográficas: [1] Hockenberry M, Wilson D. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Wong. (2011) N°8, ISBN: 978-85-352-3447-3; [2] Direção Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2020); [3] Gasparido CM, Cassiano RGM, Gracioli SMA, Furini GCB, Linhares MBM. Effects of Neonatal Pain and Temperament on Attention Problems in Toddlers Born Preterm. Journal Of Pediatric Psychology (2018); [4] Venkataraman R, Kamaluddeen M, Amin H, Lodha A. Is Less Noise, Light and Parental/Caregiver Stress in the Neonatal Intensive Care Unit Better for Neonates? Indian Pediatrics (2018). [5] Smith GC, Gutovich J, Smyser C, Pineda R, Newman C, Tjoeng TH, Vavasour C, Wallendorf M, Neil J, Inder T. Neonatal Intensive Care Unit Stress Is Associated with Brain Development in Preterm Infants. Annals of Neurology (2011); [6] Ceylan SS, Bolşık B. Effects of Swaddled and Sponge Bathing Methods on Signs of Stress and Pain in Premature Newborns: Implications for Evidence-Based Practice. Worldviews On Evidence-Based Nursing (2018); [7] Gutiérrez-Padilla JA, Pérez-Rulfo ID, Angulo-Castellanos E, Valle-Delgado E, García-Hernández HA, Martínez-Verónica R. Cuidados centrados en el desarrollo en unidades de neonatología de México, 2015. Encuesta a través de redes sociales. Ginecología y Obstetricia de Mexico (2017); [8] Mendes K, Silveira R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto Enferm. (2008) out-dez; 17(4):758-6; [9] Fortin MF. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lisboa: Lusodidacta; (2009); [10] Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada em Evidências. Grupo Anima Educação (2014); [11] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (2009); [12] The Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools. The University Adelaide; (2017); [13] The Joanna Briggs Institute. Levels of Evidence. The University Adelaide (2014); [14] The Joanna Briggs Institute. Grades of Recommendations. The University Adelaide (2014); [15] Fumagalli M, Provenzi L, De Carli P, Dessimone F, Sirgiiovanni I, Giorra R, et al. From early stress to 12-month development in very preterm infants: Preliminary findings on epigenetic mechanisms and brain growth. Plos One (2018); [16] Montiroso R, Casini E, Del Prete A, Zanini R, Bellù R, Borgatti R. Neonatal developmental care in infant pain management and internalizing behaviours at 18 months in prematurely born children. European Journal Of Pain (London, England) (2016); [17] Alvarez-Garcia A, Fornieles-Deu A, Costas-Moragas C, Botet-Mussons F. Maturation changes associated with neonatal stress in preterm infants hospitalised in the NICU. Journal of Reproductive & Infant Psychology (2014); [18] Vera SO, Gouveia MTO, Dantas ALB, Rocha SS. Fontes estressoras em pacientes de unidade de terapia intensiva neonatal / Stressors in patients of neonatal intensive care unit. Rev Rene, 19: e3478, jan. - dez. (2018).

