

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O Enfermeiro na Linha da Frente:
Avaliação e intervenção no risco de maus tratos à
criança

Cristina Augusta Raimundo de Matos

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O Enfermeiro na Linha da Frente:
Avaliação e intervenção no risco de maus tratos à
criança

Cristina Augusta Raimundo de Matos

Orientador: Professora Doutora Manuela Soveral

Lisboa

2018



“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças”.

Nelson Mandela, s.d.

AGRADECIMENTOS

A todas as crianças e famílias, pelas experiências vividas que me inspiram e mantém o desejo de continuar a investir na profissão que escolhi, a Enfermagem.

Ao Pedro pelo apoio, amor, paciência e incentivo que sempre demonstrou durante este percurso.

Às minhas filhas Inês e Matilde por compreenderem as ausências da mãe.

Ao meu pai e ao meu irmão pelo carinho, dedicação e encorajamento ao longo da vida.

À minha mãe que através das memórias e dos valores que me deixou, ajudou-me a reunir a força para concluir mais um objetivo pessoal e profissional.

À Professora Doutora Manuela Soveral pelo percurso de orientação, disponibilidade, generosidade e motivação para a concretização desta etapa.

Às colegas e amigas para a vida, que partilharam todos os sucessos, dificuldades e angústias sempre com o espírito de interajuda e motivação.

Aos enfermeiros com que me cruzei nesta caminhada e que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos, Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ANA/SPN - *American Nurses Association and the Society of Pediatric Nursing*

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ASCJR - Ação de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco

CCF- Cuidados Centrados na Família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT- Cuidados Não Traumáticos

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EIC – Equipa de Intervenção Comunitária

ELI - Equipa Local de Intervenção

FLAAC – *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MSN – Modelo de Sistemas de *Neuman*

NACF – Núcleo de Apoio à Criança e Família

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

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

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

SE – Saúde Escolar

SNIFI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMG – Serviço de Pediatria Médica Geral

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIENP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UNICEF - United Nations Children's Fund

VD – Visitação Domiciliária

RESUMO

Os maus tratos na criança e no jovem assumem atualmente uma grave problemática social, que é importante acompanhar, compreender e resolver, através da sua deteção e do seu diagnóstico precoce. É uma área de atuação particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), transversal a todos os contextos da prestação de cuidados em que este tem um papel crucial de primeira linha.

A metodologia utilizada para desenvolver competências de EEESIP no cuidado às crianças e famílias na maximização da sua saúde, nomeadamente na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança, e para contribuir para a adequada avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança/ao jovem e família pela equipa de enfermagem foi a realização de estágio em diferentes contextos e a análise sobre a prática de cuidados, sustentadas na evidência científica, e orientadas pelos Modelo de Sistemas de Betty Neuman e os quadros de referência da profissão e da área de especialidade.

A reflexão e análise das práticas de enfermagem relativas à prevenção e intervenção de situações de maus tratos às crianças permitiram compreender o papel do enfermeiro nos Núcleos (Hospitalares) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (N(H)ACJR) e as limitações existentes em efetivar uma intervenção que se encontra legalmente bem definida, patenteada pelo *deficit*, sobretudo no preenchimento da avaliação do risco familiar preconizada no Programa Nacional de Saúde de Infantil e Juvenil (PNSIJ).

Para a obtenção de ganhos em saúde nesta área, prevenindo a ocorrência/recorrência de situações e evitando o perigo, é fundamental investir na identificação das crianças em risco e do meio que as rodeia e na formação e sensibilização dos enfermeiros.

Palavras Chave: enfermeiro, maus tratos infantis; fatores de risco; prevenção

ABSTRACT

Currently, maltreatment in children and young people are a serious social problem, which is important to follow, understand and solve through its identification and early diagnosis. It is a specific field of activity of a pediatric nurse, transversal to all contexts of care and in which a nurse has a main role and can be a first-responder.

The methodology used to develop pediatric nursing competencies in the care of children and families, aiming their health enhancement, was accomplished by an internship in different placements and the analysis of nursing care, based on scientific evidence, guided by the Betty Neuman's Systems Model and guided by the reference scopes of the profession and this specific specialty. This development occurred mainly by assessing and intervening in the risk of child abuse by contributing to the efficient evaluation and intervention of the nursing team on this field of action.

From the reflection and analysis of nursing practices related to the prevention and intervention of child abuse situations, I've been allowed to understand the nurse's role in the nucleus of support to children and youth at risk and their existing limitations of intervention, despite being clearly legally defined. This has been evidenced by the prevailing deficit of family risk assessment fulfillment, recommended in the National Child and Youth Health Program.

To achieve health gains in this field, by preventing the occurrence / recurrence of situations and avoiding dangerous situations, it is essential to invest on the identification and reference of children at risk, their surrounding environment and in nurses training and awareness.

Keywords: nurses, child abuse; risk factors; prevention

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. PROBLEMÁTICA E METODOLOGIA	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1. Cuidados Centrados na Família e Modelo de Sistemas de Neuman.....	21
3. O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – UMA ANÁLISE REFLEXIVA	25
3.1. Serviço de Urgência Pediátrica.....	25
3.2. Serviço de Internamento de Pediatria	33
3.3. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos	40
3.4. Centro de Desenvolvimento da Criança	47
3.5. Unidade de Cuidados na Comunidade.....	50
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

APÊNDICES

Apêndice I - CRONOGRAMA

Apêndice II - Protocolo da *Scoping Review*

Apêndice III - *Scoping Review*

Apêndice IV- Questionário

Levantamento das necessidades formativas no SUP

Apêndice V - Guião de entrevista semi-estruturada à enfermeira dos NHACJR

Apêndice VI - Plano da Sessão “O Enfermeiro na Linha da Frente: avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança”

Apresentação da sessão

Apêndice VII - Dossiê Temático: Avaliação e Intervenção no Risco de Maus Tratos à Criança

Apêndice VIII - Plano da sessão “Gostar de mim para gostar dos outros”

Apresentação da sessão

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no Plano de Estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com a finalidade de analisar reflexivamente e demonstrar as competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família, adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem (EEESCJ) e do grau de Mestre.

Este documento tem por base o projeto de estágio elaborado na Unidade Curricular Opção II, com a temática “O Enfermeiro na Linha da Frente: avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança”.

A desempenhar funções na área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) há cerca de 20 anos, ao longo do meu percurso profissional fui desenvolvendo competências no cuidar da criança/do jovem e família, através do seu acompanhamento nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil, nas escolas e na comunidade. Contudo, na avaliação e intervenção em situações de risco de maus tratos às crianças, constatei que existe um *deficit* por parte dos enfermeiros nesta área, sobretudo pela falta de preenchimento da avaliação do risco familiar preconizada no Programa Nacional de Saúde de Infantil e Juvenil (PNSIJ). Esta é uma área de atuação particular do EEESIP, com especial interesse a nível pessoal, e transversal a todos os contextos da prestação de cuidados, em que reconheço a necessidade de desenvolver competências que permitam melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem e da equipa de enfermagem, através da discussão sobre a importância desta temática.

Atualmente, exerço funções numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com uma população muito extensa de utentes sem médico de família e que se depara com grandes dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. Essas dificuldades também se refletem nas consultas de vigilância das crianças e dos jovens que, por si só, representam um grupo com especial

vulnerabilidade. A este facto acresce o não usufruto de uma vigilância de saúde adequada e devida, como é recomendado no PNSIJ.

O PNSIJ, além de promover a avaliação do desenvolvimento físico, psicomotor e social, os cuidados antecipatórios, as atividades promotoras do desenvolvimento, demonstra uma preocupação no que concerne a outras dimensões igualmente fundamentais ao bom desenvolvimento da criança e do jovem, apresentando um enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil global, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.

Os maus tratos na criança e no jovem assumem atualmente uma grave problemática social, que é importante acompanhar, compreender e resolver, através da sua deteção e do seu diagnóstico precoce. É uma área de atuação particular do EEESIP, transversal a todos os contextos da prestação de cuidados em que este tem um papel crucial de primeira linha.

É nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil que o enfermeiro tem a oportunidade de intervir no sistema familiar e contribuir para sua estabilidade, avaliando e promovendo o desenvolvimento, os direitos da criança e a parentalidade. Ao comunicar com a família, podem observar-se as interações entre os seus membros e o funcionamento global e individual de cada um. A utilização de instrumentos de avaliação familiar permite a identificação dos pontos fortes, dos problemas e a definição das intervenções de enfermagem (Writgh e Leahey, 2011).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, a intervenção no risco de maus tratos a crianças enquadra-se nas funções do EEESIP, sendo da sua competência assistir a criança/o jovem com a família na maximização da sua saúde, através do diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar de forma negativa a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem. Assim, identifica situações de risco para a criança e o jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco), sensibiliza os pais, os cuidadores e os profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção e assiste a criança/o jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos (Regulamento nº123/2011), através de uma conceção de Cuidados Centrados na Família (CCF) e de Cuidados Não Traumáticos (CNT).

O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) acrescenta que, no seu exercício profissional, o enfermeiro tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças

protegendo-as de qualquer forma de abuso” (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2015a, p.59).

Para orientar conceptualmente o estágio, optou-se pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman (MSN), congruente com a filosofia da enfermagem pediátrica, sobretudo no que concerne aos CCF. Os modelos conceptuais são estruturas ou paradigmas que dão consistência ao agir profissional, facultando um quadro de referência para a abordagem sistemática dos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada (Neuman e Fawcett, 2011, p.7). Inserido no paradigma da integração, que inclui o contexto além da pessoa, o MSN considera o sistema criança/família um sistema aberto, holístico e dinâmico, em constante mudança, composto por várias variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, em interação com o ambiente. Neste modelo, a intervenção de enfermagem centra-se na redução dos stressores que afetam o sistema criança/ família com o objetivo de reter, obter e manter a estabilidade do sistema, alcançando um nível máximo de bem-estar (Ibid).

Para a concretização deste percurso, foi desenvolvido o estágio em cinco contextos, com objetivos comuns e específicos, tendo em conta as necessidades formativas identificadas e as orientações da OE para atribuição do título de EEESCJ. Quanto à estrutura, este relatório encontra-se dividido em cinco partes: o primeiro capítulo dedicado à problemática e metodologia; o segundo, em que se explicita o enquadramento conceptual que norteia este percurso; o terceiro capítulo que, para além de identificar os objetivos, pretende espelhar as atividades realizadas e as competências adquiridas e/ou desenvolvidas durante o estágio; o quarto reflete uma síntese das competências adquiridas e/ou desenvolvidas. No último tecem-se algumas considerações finais, nas quais se incluem as limitações/dificuldades sentidas, a forma como as diferentes experiências promoveram o meu crescimento pessoal e profissional e projetos para o futuro.

Em apêndices encontram-se os documentos que foram sendo produzidos ao longo do estágio, numerados à medida que são referidos no relatório. Recorreu-se à Norma da American Psychological Association APA (6ª edição), nas citações e nas referências bibliográficas.

1. PROBLEMÁTICA E METODOLOGIA

Ao longo da história, os maus tratos têm subjacente o contexto sociocultural e as diferentes representações da infância. Em Portugal estas questões só começaram a ser alvo de intervenção na década de 80, através das exigências das comunidades pediátricas a par com a Convenção Internacional dos Direitos das Crianças. A legislação portuguesa foi-se adaptando e, em 1998, as crianças em risco foram definidas como “aquelas crianças sujeitas a maus tratos, a quem os pais não prestam cuidados necessários ao seu desenvolvimento e aquelas que, com o seu comportamento, ponham elas próprias em causa o seu crescimento” (Dias, Ribeiro e Magalhães, 2010, p.17).

Em 1999, surge a Lei nº 147/99, a Lei de proteção de crianças e jovens em perigo, que já sofreu alterações em 2003, 2015 e 2017 e, outros instrumentos legais, como a criação das Comissões para a Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ's), da Ação de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), os Núcleos (Hospitalares) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (N(H)ACJR), que revelam uma maior preocupação do Estado com a proteção das crianças e dos jovens em risco. O PNSIJ, de 2013, demonstra essa preocupação, apresentando um enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.

De acordo com o Relatório de 2016 da CPCJ, foram acompanhados **72177** processos, o que representa uma taxa de incidência nacional de 3,7%. Das crianças acompanhadas pelas CPCJ's, foram identificadas 980 (1,4%) em situação de incapacidade ou deficiência.

Tal como nos anos anteriores constata-se que os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal são os mais representativos em crianças maltratadas, a nível nacional. As principais entidades que comunicaram situações de perigo às comissões foram as Forças de Segurança e os Estabelecimentos de Ensino, com 24,5% das comunicações. A **Saúde** apresentou 5,2% das comunicações.

No que concerne à casuística, as situações de perigo incidem maioritariamente na exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança (32,8%), negligência (19,5%), situações de perigo em que esteja em causa o direito à educação (15,9%), situações em que a criança/o jovem

assume comportamentos que afetam o seu bem-estar (15,2%), maus tratos físicos (4,8%), maus tratos psicológicos/abuso emocional (2,1%), abuso sexual (1,7%).

Relativamente às situações de risco de maus tratos ou à presença de necessidades de saúde especiais, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção e promover a articulação entre o PNSIJ, a ASCJR, o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), entre outros, com o objetivo de identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência (PNSIJ, 2013).

Segundo o Despacho nº 31292/2008 de 5 de dezembro (p. 49208),

“os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na detecção precoce de factores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo (...)”.

Esta é uma área que me preocupa, a perceção do risco familiar, e que considero pouco desenvolvida no meu contexto de trabalho denotando-se um *deficit* na documentação da avaliação do risco familiar.

Pela problemática apresentada, transversal a todos os contextos da prestação de cuidados, e pelo especial interesse a nível pessoal nesta área, defini como objetivos gerais para este estágio:

- Desenvolver competências de EEESIP no cuidado às crianças e famílias na maximização da sua saúde, nomeadamente na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança;
- Contribuir para a adequada avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança /ao jovem e família pela equipa de enfermagem.

A organização do percurso a realizar durante o estágio, no que respeita à seleção dos diferentes contextos, teve por base o projeto de estágio e o desenvolvimento de competências na área de especialização por forma a dar resposta ao autodiagnóstico de competências específicas do EEESIP, à orientação da OE para a atribuição do título de EEESCJ e à problemática identificada. Assim, optei por cinco contextos de estágio.

- Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do hospital da área de abrangência da unidade onde trabalho;

- Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) do mesmo hospital pelo facto de ser um centro com uma abordagem multiprofissional e de referência nacional no âmbito do desenvolvimento infantil, porque as crianças com necessidades especiais

ou doença crónica apresentam risco acrescido no que concerne ao risco de maus tratos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, APAV, 2011);

- Internamento de Pediatria Médica Geral de um hospital central, que admite crianças/jovens com doença aguda e com vulnerabilidades fisiológicas, psicológicas e sociais, decorrentes de patologias congénitas, crónicas e raras, uma vez que integra três centros de referência ao nível das doenças metabólicas, da neuropediatria e hematologia permitindo o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à criança e família em situações de especial complexidade; por outro lado, este hospital possui um Núcleo de Apoio à Criança e Família (NACF), o que permite perceber a realidade da temática do projeto noutra contexto organizacional;

- Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos (UCIENP), no sentido de desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista (EE) nestas áreas, sendo que as crianças internadas nestas unidades têm fatores associados que por si só podem constituir risco e, também, porque nesta unidade trabalha uma EEESIP pertencente ao NHACJR;

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) onde desempenha funções, pelo trabalho desenvolvido por EEESIP com as crianças e os jovens, ao nível da promoção da saúde em diferentes contextos (unidade de saúde, escola e comunidade), do acompanhamento de crianças com necessidades especiais e ao nível dos maus tratos às crianças e jovens, sendo uma das enfermeiras perita nesta temática e elemento integrante da CPCJ e do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

A escolha dos locais de estágio, e a sua distribuição, está patente no cronograma (Apêndice I). Para cada contexto de estágio, foi elaborado um guia orientador, entregue e discutido com o enfermeiro chefe e/ou orientador, com o objetivo de apresentar, de forma sucinta, o projeto de estágio, os objetivos e as atividades planeadas, assim como as necessidades de aprendizagem identificadas.

A metodologia utilizada no relatório é a descritiva, analítica e reflexiva, com recurso à evidência científica resultante da pesquisa em bases de dados, da elaboração de um protocolo de *scoping review* (Apêndice II) e de uma *scoping review* (Apêndice III).

O uso da prática reflexiva em enfermagem apresenta-se como uma ferramenta fundamental na aprendizagem, uma vez que a reflexão envolve uma intencionalidade

estruturada que permite a mudança a nível pessoal, dos conhecimentos, das crenças e assente na procura da evidência (Santos e Fernandes, 2004).

A prática reflexiva, segundo Shön (1983), “é um diálogo entre pensar e fazer através do qual a pessoa se torna mais hábil, baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação” (Peixoto e Peixoto, 2016, p.122). Através da reflexão podemos perceber e criticar os conhecimentos que formamos acerca das experiências da prática e atribuir um novo significado “às situações de incerteza ou à singularidade que a prática permitiu experienciar” (*Ibid*).

A análise reflexiva da prática dos cuidados apresentada neste relatório foi sustentada na evidência científica e orientada com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, nos quadros de referência da profissão e da área de especialidade e, num conjunto de conceitos explicitados no capítulo seguinte.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se clarificar e fundamentar a temática escolhida, através da definição dos conceitos orientadores da elaboração do projeto e dos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem. Os conceitos de criança, família, maus-tratos, fatores de risco e os modelos de CCF e de Sistemas de Betty Neuman foram os que mais influenciaram o processo de aprendizagem, sustentando a prática, contribuindo para o desenvolvimento de competências e para este relatório.

A criança, de acordo com o regulamento nº 351/2015 (p. 16661) “(...) é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso”. Segundo outros autores, é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais (OE, 2010), dependente dos pais/família. A família “é o que cada pessoa considera que é” (Hockenberry e Wilson, 2014, p. 49), sendo difícil defini-la, devido à existência das novas configurações familiares.

A Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990, aborda os direitos das crianças, os deveres dos pais, tutores e da sociedade em geral, pelo seu desenvolvimento total, e da sua saúde em particular, respeitando a sua fragilidade, a sua vulnerabilidade e a sua autonomia (Declaração sobre os Direitos da Criança, 2004). Vulnerabilidade é definida como um processo dinâmico, estabelecido pela interação entre os seus diferentes elementos, tais como idade, etnia, pobreza, educação, apoio social e presença de alterações de saúde. Alguns estudos consideram que alguns segmentos da sociedade são mais vulneráveis a doenças e à morte do que outros, como jovens ou idosos, mulheres, minorias étnicas, pessoas com baixo apoio social, acesso limitado à educação, desempregados, sendo a sua vulnerabilidade muito afetada pela perceção que cada um possui sobre o processo saúde-doença e sobre a vida (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, e Fracoli, 2008).

As crianças constituem um grupo com especial vulnerabilidade e o “aumento das desigualdades sociais e a diminuição da qualidade de vida tem tido

consequências muito significativas no bem-estar e no gozo efectivo dos direitos das crianças que vivem em Portugal” (Comité Português para a UNICEF, 2013, p. 49). Desde 2010, com o agravamento da situação económica e financeira do país e a adoção de medidas de austeridade que se traduziram numa diminuição dos apoios sociais às famílias, as crianças tornaram-se o grupo populacional com maior risco de pobreza ou exclusão social, relativamente à população em geral (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2015). Assim, e de acordo com o preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), estas “constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde” (DGS, 2013, p.8).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), todas as crianças têm direito à saúde e a uma vida livre de violência. No entanto, todos os anos milhões de crianças são vítimas e testemunhas de violência, física, emocional e sexual.

Os maus tratos em crianças e jovens têm um grande impacto na sua saúde física e mental, no seu bem-estar e desenvolvimento, e na sociedade em geral, constituindo atualmente um problema social a nível mundial. A sua definição é ampla e inclui abuso físico intencional ou negligência, abuso emocional e sexual, habitualmente por adultos, que resultam em danos reais ou potenciais na criança, na sua saúde, sobrevivência, no seu desenvolvimento ou dignidade (World Health Organization, 2006; DGS, 2011; Hockenberry e Wilson, 2014).

Existem uma multiplicidade de situações que consubstanciam diferentes tipologias de maus tratos: a negligência, entendida como a incapacidade de proporcionar à criança satisfação de cuidados básicos indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento harmoniosos, podendo ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar (inclui abandono e mendicidade); o mau trato físico que resulta de uma ação intencional por parte do cuidador que causa dano físico à criança, abrangendo diversas situações traumáticas, a síndrome da criança abandonada e as intoxicações provocadas; o mau trato psicológico/emocional, relacionado com a privação de um ambiente seguro e afetivo essencial ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados da criança; o abuso sexual, quando um adulto ou pessoa mais velha envolve a criança em atividades que visam a sua satisfação sexual; a síndrome de Munchausen por procuração, em que é atribuído à criança um conjunto de sinais e sintomas com o objetivo de convencer a equipa de saúde da existência de

uma doença, levando a que criança seja sujeita a exames, por vezes invasivos e sucessivos internamentos hospitalares (DGS, 2011).

Estas situações estão muitas vezes associadas a fatores de risco, considerados como qualquer tipo de variáveis físicas, psicológicas, relacionais e sociais que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos, ou que impedem o adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens, podendo estar relacionadas com a criança, com a família e com a comunidade (*Ibid*).

Existem fatores de risco individuais e familiares que têm início na gravidez e após o nascimento, e que se tornam percussores da efetivação dos maus tratos. Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2011, p. 21), associado aos cuidados especiais, à maior dependência e sobrecarga dos cuidadores, “as crianças e jovens nascidos prematuramente, com baixo peso, com défices ou deficiências cognitivas e/ou físicas, com atrasos no desenvolvimento ou com doença crónica (..) veem aumentadas as probabilidades de sofrerem maus tratos”. Por exemplo, relativamente à gravidez, quando esta não é desejada ou não planeada, as crianças e os jovens apresentam maior risco de serem vítimas de maus tratos em contexto familiar, o que pode estar ligado ao facto destas gravidezes normalmente ocorrerem na adolescência e à vulnerabilidade que acarretam (APAV, 2011).

A presença isolada de fatores de risco apenas é indicadora da probabilidade de ocorrerem maus tratos, pelo que a avaliação das situações deverá ser global, prevalecendo o bom senso dos profissionais. Neste processo, é essencial procurar identificar outros elementos que atuem como fatores protetores, ou seja, as variáveis físicas, psicológicas e sociais que promovam o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como reguladores dos fatores de risco. Os maus tratos resultam da combinação desses fatores de risco e de proteção, que interagem entre si, e também das crises da vida (DGS, 2011).

Ao nível da proteção das crianças, o Estado criou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) através do Despacho nº 31292, com o objetivo de promover os direitos das crianças através da prevenção dos maus tratos e da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alerta, do acompanhamento, prestação de cuidados, sinalização e encaminhamento das situações identificadas (DGS, 2011). Este contém um algoritmo de apoio à tomada de

decisão que, no âmbito dos CSP, é essencial por se considerar um espaço privilegiado para a deteção e o acompanhamento das situações.

A ação da saúde neste domínio insere-se num contexto de responsabilidades partilhadas por diferentes membros da comunidade, conforme a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro). Os serviços de saúde são instâncias de primeiro nível com um relevo particular, tendo “legitimidade - direito e obrigação - no que respeita a intervir para a protecção da criança ou do jovem, com base no consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar” (DGS, 2011, p.27).

A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte deve fazer parte da avaliação do EEESIP sempre que contacta com a criança/o jovem e a família, por forma a identificar os pontos fortes, os problemas e a definir as intervenções de enfermagem.

Uma estratégia de prevenção primária na prática de enfermagem é a orientação antecipatória das famílias na gravidez e após o nascimento, acerca do desenvolvimento de seus filhos e das medidas de promoção de saúde que podem adotar para obter resultados saudáveis.

O risco familiar está associado a situações de risco que dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança no domínio da segurança, da saúde, da formação, da educação e do desenvolvimento (DGS, 2008). Assim, os EEESIP, na sua prática, “necessitam focalizar a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e o ambiente, considerando os fatores protetores e stressores associados às suas vivências” (Regulamento nº 351/2015, p.16661).

Da pesquisa efetuada, diversos estudos salientam a necessidade de formação dos enfermeiros nesta área (Silva, Afonso e Silva, 2014; Louwers, Korfage, Affoutit, Koning e Moll, 2012; Pabis, Wronska, Slusarska e Cuber, 2010; Shelly, Eisbach e Driessnack, 2010).

De acordo com Hockenberry e Barrera (2014), o enfermeiro como cuidador e advogado da criança deve trabalhar com os membros da família, identificar os seus objetivos e necessidades e planear as intervenções que melhor respondam aos problemas definidos. Como advogado, assiste a criança e a família nas escolhas informadas e no agir do melhor interesse da criança, respeitando os princípios éticos da autodeterminação, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

2.1. Cuidados Centrados na Família e Modelo de Sistemas de Neuman

A filosofia da enfermagem pediátrica, nomeadamente a dos CCF, vai ao encontro das premissas referidas no subcapítulo anterior, pois a estrutura e as dinâmicas familiares influenciam a criança de forma duradoura, afetando a sua saúde e o seu bem-estar (Hockenberry e Wilson, 2014). O EEESIP, ao ter como base os CCF, reconhece a família como constante na vida da criança, apoiando, respeitando encorajando e potencializando as suas forças e competências e estabelecendo parcerias com os pais. Este modelo vem redefinir a relação nos cuidados de saúde e requer competências dos profissionais para reconhecer o papel das famílias como crucial, tendo quatro pilares fundamentais e baseando-se nos princípios da capacitação e do empoderamento.

Esses pilares são: dignidade e respeito, através da escuta da família e honrando as suas perspetivas e o respeito pelas suas escolhas, integrando o conhecimento, as crenças, os valores e a sua cultura na prestação de cuidados; informação, pela partilha de informação completa e sem distorções, útil, atempada e precisa para que a família possa participar no que desejar; participação, encorajando os clientes e as famílias a cuidar e tomarem decisões de acordo com o seu desejo; colaboração, em que os clientes, família, profissionais e líderes do sistema de saúde colaboram em várias áreas, nomeadamente nas decisões da prestação de cuidados (Guion, Mishoe, Passmore & Witter, 2010; Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2011).

Segundo a American Nurses Association e a Society of Pediatric Nursing (ANA/SPN, 2003), a enfermagem pediátrica envolve o cuidar de crianças saudáveis e doentes e da sua família em vários contextos (Neuman e Fawcett, 2011). Na perspetiva do MSN, o objetivo da prática de enfermagem pediátrica é ajudar as crianças e as suas famílias na retenção, obtenção e manutenção da estabilidade ideal do sistema, ou seja, o bem-estar ótimo (Ibid, p.223)

De acordo com a ANA/SPN (2003), os problemas na área de intervenção dos enfermeiros pediátricos são amplos, e incluem a promoção da saúde e a prevenção da doença através da orientação antecipatória aos pais/família, as bases de desenvolvimento de intervenções com crianças e famílias, a preservação da unidade familiar e as respostas das crianças à separação dos pais (Ibid, p.223). Mais

especificamente, os problemas da prática em enfermagem pediátrica incluem as reais ou potenciais reações aos stressores, fatores ambientais de natureza intrapessoal, interpessoal e extrapessoal que surgem do ambiente interno e externo das crianças e das famílias, e que podem interromper a estabilidade do sistema. Esses stressores podem ser positivos ou negativos, dependendo da percepção do cliente e da sua capacidade de reação.

Optei pelo MSN para orientar a compreensão da situação das crianças, dos adolescentes e das famílias, porque aplicado à pediatria revela a existência de uma congruência com os elementos dos CCF.

Para Neuman, a pessoa (indivíduo, família, grupo, comunidade ou problema social), é um sistema aberto, um cliente holístico e dinâmico, composto por diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, em constante interação com o ambiente (Neuman e Fawcett, 2011).

O sistema cliente é representado por uma série de anéis ou círculos concêntricos que circundam a estrutura básica. A Estrutura Básica ou Núcleo Central é a fonte das cinco variáveis referidas e representa os processos humanos de viver e morrer. Os fatores básicos de sobrevivência comuns aos seres humanos estão localizados no núcleo central, incluindo características inatas ou genéticas e pontos fortes e fracos das partes do sistema cliente. A estrutura de base representa os recursos básicos de energia do sistema cliente.

Existem ainda, as Linhas de Resistência que constituem os fatores de proteção ativados, quando os stressores penetraram a linha normal de defesa, causando a reação, manifestada pela sintomatologia. As linhas de resistência idealmente protegem a estrutura básica e facilitam a reconstituição do equilíbrio do sistema, durante e após o tratamento, à medida que a reação ao stressor é diminuída e a resistência do cliente é aumentada. Todas as linhas de defesa e resistência são consideradas como contendo recursos internos e externos.

O modelo aponta várias barreiras para impedir o desequilíbrio do sistema, a Linha Normal de Defesa refere-se a um nível de saúde individual que serve de referência para determinar se há algum desvio no bem-estar do cliente e a Linha Flexível de Defesa, o limite exterior do sistema cliente, sendo um mecanismo protetor parecido a um acordeão, que envolve e protege a linha normal de defesa contra

invasões de stressores. Quanto maior a extensibilidade dessa linha, maior o grau de proteção (*Ibid*).

O ambiente é definido como o conjunto dos fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com o cliente, onde os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são descritos como forças ambientais que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema (*Ibid*). Consiste em forças internas e externas que cercam o cliente, influenciando e sendo influenciadas pelo cliente, em qualquer momento oportuno, como um sistema aberto. O ambiente criado é desenvolvido de forma inconsciente pelo cliente mobilizando todas as variáveis para a estabilidade do sistema.

A enfermagem é uma profissão única, que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de *stress*, com o objetivo de prestar assistência ao cliente, obtendo e mantendo a estabilidade do sistema, para um nível máximo de bem-estar (*Ibid*). Os cuidados de enfermagem consistem em 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 (*Ibid*). A saúde é um contínuo de bem-estar e mal-estar de natureza dinâmica. O enfermeiro deve procurar os comportamentos e estímulos (apreciação) que possam gerar *stress* na criança com origem nas diferentes variáveis e a partir disso propor estratégias de intervenção (metas) para manter a linha flexível de defesa da criança e verificar os resultados dessas mesmas intervenções.

A promoção da saúde, baseada no MSN, é a componente primária da intervenção-como-prevenção, sendo um dos objetivos específicos da intervenção de enfermagem, de forma a evitar e minimizar o impacto dos stressores na criança (*Ibid*). Assim, a promoção da saúde, baseada no MSN, é a componente primária utilizada como retenção do bem-estar, protegendo o sistema cliente e reforçando a linha flexível através da prevenção e redução dos stressores negativos de forma a evitar e minimizar o impacto na criança (*Ibid*).

A filosofia de base do MSN engloba o holismo, uma orientação para o bem-estar, a percepção e a motivação do cliente, uma perspectiva dinâmica de interação e troca de energia com o ambiente para diminuir os possíveis danos dos stressores internos ou externos (*Ibid*).

O processo de enfermagem com base no MSN consiste em três componentes: determinar os diagnósticos de enfermagem através da apreciação, estabelecer os objetivos de enfermagem e avaliar os resultados. A avaliação da criança e da família é feita de forma holística nas cinco variáveis da estrutura básica, nas forças, nos recursos, nos stressores positivos e negativos e nas respostas aos stressores. Os diagnósticos, o nível da resposta ao stressor, a fonte de stressor e/ou tipo de stressor são baseados nessa avaliação. Assim, tendo em consideração a taxonomia de diagnóstico do MSN são definidos o nível de prevenção em que se enquadram e as prioridades de cuidados para cada criança e família (*Ibid*).

O objetivo da enfermagem pediátrica baseada no MSN é ajudar as crianças e suas famílias a alcançar e manter a ótima estabilidade do sistema.

3. O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – UMA ANÁLISE REFLEXIVA

A OE estabelece que o enfermeiro especialista detém

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento nº122/2011, p.8648).

Para alcançar a finalidade do projeto de estágio, face à problemática descrita, aos objetivos gerais e ao enquadramento conceptual apresentado, foram definidos objetivos específicos e atividades a desenvolver para cada contexto de estágio, que foram avaliados através da elaboração escrita de uma análise reflexiva no final de cada período de estágio.

Dos objetivos específicos traçados, dois foram comuns a todos os contextos:

- conhecer a estrutura e a dinâmica funcional e organizacional do contexto de estágio;
- conhecer a intervenção do enfermeiro no risco de maus tratos à criança, no contexto do estágio.

Segundo Benner (2005) as competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em contextos reais que englobam a noção de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico. Assim, segue-se a descrição e análise das atividades desenvolvidas, organizadas de acordo com os objetivos definidos em cada contexto de estágio, apresentados em subcapítulos, perspetivando o desenvolvimento de competências de EEESIP e a concretização do projeto de estágio, considerado por si só uma estratégia de reflexão, uma vez que se centrou na aquisição de competências, identificando áreas de aprendizagem, autodesenvolvimento ou autorreflexão (Peixoto e Peixoto, 2016).

3.1. Serviço de Urgência Pediátrica

A opção por este serviço surgiu pela necessidade de desenvolver competências especializadas no cuidado à criança, ao jovem e à família com necessidades de cuidados urgentes/emergentes e por ser o serviço de referência da

unidade onde exerço funções, permitindo, assim, o reconhecimento de situações que possam ser minimizadas através dos cuidados antecipatórios ao nível dos CSP. Por outro lado, este integra o NHACJR.

Relativamente ao primeiro objetivo, o acesso e a consulta de diversos documentos permitiram-me perceber o funcionamento da instituição e do contexto de estágio.

O SUP deste hospital é um serviço de urgência médico-cirúrgica. A equipa de enfermagem é constituída por cinco equipas de quatro elementos cada, em regime de *roulement*, uma enfermeira chefe, uma enfermeira com horário fixo e três enfermeiros fora de escala. Destes, seis são EEESIP. O método de trabalho adotado é o do enfermeiro responsável.

Em 2015 recorreram ao SUP deste hospital 45951 crianças/jovens, numa média de 126/dia, sendo que os primeiros 4 anos de vida correspondem a 48% das admissões, o que vai ao encontro de estudos realizados acerca da casuística noutros SUP que revelam que as admissões foram maioritariamente nos primeiros 5 anos de vida (Oliveira et al., 2010).

Em 2010, o Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho, determinou o alargamento da idade de atendimento pelos Serviços de Pediatria, no serviço de urgência, na consulta externa, no hospital de dia e no internamento, até aos 17 anos e 364 dias.

A incorporação dos adolescentes no SUP veio aumentar o número de atendimentos em cerca de 9%, sendo as principais causas as intoxicações (alcoólicas e medicamentosa voluntária) e o trauma. Este aumento de idade pediátrica vem alterar as condições e os cuidados prestados pelos enfermeiros que trabalham em pediatria, porque as necessidades são diferentes, nomeadamente ao nível da comunicação e no que concerne à necessidade de condições de estrutura física que respeitem a individualidade e privacidade dos adolescentes. Assim, foi criada uma unidade de internamento de curta duração (UICD) para os jovens e outra para as crianças e lactentes.

Ao longo deste contexto, deparei-me com diversos adolescentes e fiquei surpresa pela frequência de jovens com alterações comportamentais do foro da pedopsiquiatria, nomeadamente com comportamentos auto lesivos. Durante o estágio observei situações como por exemplo, a de uma jovem que foi internada por intoxicação medicamentosa, outra com uma crise pânico e de um jovem com lesões

sugestivas de automutilação. Estas situações obrigaram-me a refletir que é crucial os enfermeiros deterem um corpo de conhecimentos que lhes permita responder aos novos desafios que se colocam nos cuidados à população pediátrica e no cuidar destes jovens, percebendo as razões que motivaram a sua vinda ao SUP e a sua reação à hospitalização.

O segundo objetivo foi conhecer a intervenção do enfermeiro face ao risco de maus tratos à criança, no contexto do estágio. Para tal, após discussão acerca da temática com a enfermeira orientadora, percebi que o SUP é o serviço que mais referencia situações de suspeita e de maus tratos, existindo uma norma de serviço e um documento de referência próprio. De acordo com Teeuw et al. (2012), o serviço de urgência representa o principal recurso aos cuidados de saúde, estimando-se que 2 a 10% das crianças sejam vítimas de abuso e negligência. Assim, muitas vezes esta é a oportunidade de reconhecer estas situações.

Há evidência que a negligência e o abuso nas crianças são subdiagnosticados, quer pelos médicos, quer pela equipa de enfermagem, tornando o seu reconhecimento quotidiano um grande desafio para os profissionais de saúde (Ibid).

Assim, considerámos importante efetuar um levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem (Apêndice IV), uma vez que os estudos revelam a necessidade formativa dos enfermeiros nesta área (Louwers, Korfage, Affoutit, Koning e Moll, 2012), e realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem, sendo que os resultados foram congruentes com a evidência científica, com os objetivos de debater a problemática das crianças e dos jovens em risco e contribuir para a formação dos enfermeiros na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança. No sentido de perceber o funcionamento do NHACJR, efetuei uma entrevista semiestruturada à enfermeira chefe do SUP, que integra o NHACJR (Apêndice V).

Por motivos institucionais, não tive oportunidade de participar nas reuniões do NHACJR, nem me foi facultada a casuística relativa ao ano anterior. No entanto, de acordo com Relatório de 2016 da CPCJ, a CPCJ local tem um volume de processos entre os 500 e os 1000, e o distrito em questão continua a ser um dos mais representativos a nível nacional.

Efetuada a divulgação da sessão por cartaz afixado na sala de enfermagem e o seu planeamento (Apêndice VI), foram realizadas duas sessões em dois dias

consecutivos, durante a passagem dos turnos da manhã para a tarde, por forma a conseguir abranger o maior número de enfermeiros.

O debate foi muito interessante, levantando questões como quem identifica e encaminha as situações de suspeita ou existência de maus tratos, a discussão da norma existente, e proporcionou a atualização de alguns conhecimentos e a reflexão acerca da importância da temática. Numa das sessões, esteve presente a enfermeira chefe, elo de ligação ao NHACJR, que reforçou, nomeadamente, a responsabilização dos profissionais de saúde no que concerne à avaliação do risco e intervenção nas situações de maus tratos às crianças.

Os profissionais de saúde que contactam com crianças/jovens vítimas de maus tratos, concretamente os enfermeiros, no seu exercício profissional, têm o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de qualquer forma de abuso” (CDE, 2015, p.59), procedendo à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NHACJR um papel de consultoria.

A atuação do enfermeiro no SUP pode ser esquematizada de acordo com o algoritmo de Procedimento de Urgência da Direção Geral da Saúde (DGS, 2011, p.22). Dada a complexidade de algumas das situações, a avaliação no SUP necessita, com frequência, de informação complementar obtida através dos CSP e outras instituições da comunidade. Por outro lado, as características do SUP, como o curto tempo de permanência da criança/do jovem, reforçam a necessidade de referenciação das situações ao NHACJR, que assume a supervisão posterior do processo.

Durante o estágio não tive oportunidade de contactar com situações de suspeita ou existência de maus tratos, no entanto, fui ressaltando junto dos colegas a importância do enfermeiro na prevenção primária. A comunicação com a família permite reconhecer a existência dos fatores de risco e protetores das crianças, possibilitando a oportunidade da promoção de cuidados antecipatórios, da vinculação e das atividades promotoras do desenvolvimento, adequadas a cada idade da criança.

Relativamente ao terceiro objetivo, ao longo do estágio tive a oportunidade de estar presente nas diferentes áreas de prestação de cuidados do SUP, indo ao encontro do objetivo: desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/ao jovem e família com necessidade de cuidados urgentes/emergentes.

Em determinados momentos da vida de uma criança, o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis podem ser interrompidos por situações de doença ou acontecimentos inesperados, levando os pais a recorrerem ao SUP. Este é uma “porta aberta” no hospital, no atendimento à criança, ao jovem e família onde encontram uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte o EEESIP, com capacidade, na maioria das vezes, de dar resposta às suas necessidades.

A situação dos pais recorrerem ao SUP com os seus filhos doentes é por si só um enorme fator de *stress* e ansiedade, ao qual os enfermeiros devem estar particularmente atentos.

A triagem é, habitualmente, o primeiro contacto do enfermeiro com a criança e a família, sendo por isso um momento privilegiado para um acolhimento que transmita confiança e disponibilidade (Fernandes, 2012). Neste contexto, é utilizado um sistema de triagem desenvolvido pelos enfermeiros do serviço ao longo dos anos, com base na *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*. Esta inclui um algoritmo para que haja uma uniformização das práticas de enfermagem e passa pela observação e avaliação da criança, estabelecendo prioridades por forma a diminuir o tempo de espera e o tratamento adequado a cada situação.

É utilizado o triângulo de avaliação pediátrica, fundamental no primeiro contacto, que através de uma observação visual rápida da aparência, trabalho respiratório e circulação periférica, permite determinar o estado da criança (INEM, 2012) e a avaliação ABCDE que faz parte do exame primário da criança. Os objetivos são humanizar, iniciar cuidados, reavaliar, tendo como princípio que a criança gravemente doente não espera.

Tive oportunidade de observar e de realizar triagens com a supervisão da enfermeira orientadora, reconhecendo a importância do enfermeiro neste primeiro contacto com a criança e a família e respondendo prontamente à necessidade de cuidados. Isto permitiu-me desenvolver a competência de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento nº123/2011), através da mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta em cada situação de triagem.

Houve uma situação em que um jovem deu entrada através do INEM diretamente no SUP, inconsciente, em que foi necessário intervir de forma célere para

avaliar a necessidade de cuidados emergentes que, pela sua recuperação, acabaram por não se revelar necessários. Outra situação, em que um jovem iniciou um quadro convulsivo na sala de espera da consulta externa, contígua ao SUP, conduziu a uma intervenção imediata dos enfermeiros da urgência. Todas as situações em que participei na triagem foram alvo de reflexão posterior com a enfermeira orientadora, de forma a desenvolver o julgamento clínico e a tomada de decisão.

A preocupação com o acolhimento no SUP é uma constante, explicando aos pais o processo do atendimento e o encaminhamento mais adequado a cada situação, informando que a prioridade do atendimento é por gravidade e não por ordem de chegada, prestando cuidados imediatos quando necessário, como por exemplo no alívio da dor, fornecendo informação sobre sinais e sintomas de agravamento e mostrando disponibilidade para os pais voltarem à triagem durante o tempo de espera, se sentirem necessidade. Na triagem a comunicação foi adaptada à criança/ao jovem e à família de acordo com a idade da criança, respeitando o conceito de doença e gravidade percebido pela família e os stressores associados. Estas interações contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competência “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº 123/2011, p.8655).

Nas situações em que o tempo de atendimento poderá ser mais prolongado, o enfermeiro da triagem informa o porquê da demora, pois esse é mais um dos stressores que afetam os pais, causando situações de tensão entre estes e a equipa de saúde (Fernandes, 2012).

A maioria das crianças que acorrem ao SUP têm alta no próprio dia, no entanto, algumas têm que ficar em observação. O internamento no SUP é efetuado nas UICD's, não excedendo habitualmente as 48 horas. Também pode ser um internamento programado, como, por exemplo, crianças seguidas na consulta de gastroenterologia por alergia à proteína do leite de vaca e que vão ser submetidas a provas de introdução e tolerância após um ano de idade, passando um dia no internamento em que são sujeitas a uma alimentação com leite de vaca em natureza, cuja quantidade é aumentada gradualmente, de acordo com a tolerância da criança. As crianças e os jovens que necessitem de maior tempo de internamento são transferidos para outros serviços do departamento de pediatria, situação que tive oportunidade de acompanhar.

Nestes internamentos de curta duração foi possível desenvolver a competência E1.2, “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” (Regulamento nº123/2011, p. 8654), através de estratégias como a criação de um ambiente terapêutico, permitindo à família e criança a manifestação dos seus medos e preocupações, o brincar com a criança e a orientação antecipatória às famílias.

A hospitalização é um momento de grande *stress* na família, podendo muitas vezes haver uma regressão no desenvolvimento da criança (Brazelton, 2010). Todavia, a experiência da hospitalização pode também ser uma experiência positiva, e aqui, o EEESIP tem papel fundamental na minimização do impacto dos stressores da criança e da família.

É filosofia do SUP o modelo CCF, manifestado através de uma prestação de cuidados que privilegia a partilha de informação, a colaboração e participação da família/pessoa significativa no processo de cuidados. A família é reconhecida como uma constante na vida dos filhos, apoiando, respeitando e potencializando a sua força e competência, o que se manifesta através do desenvolvimento de parcerias com os pais (Hockenberry e Wilson, 2014).

A preparação para a alta inicia-se na admissão e os enfermeiros são fundamentais nos ensinamentos a realizar aos pais acerca dos cuidados para a recuperação dos seus filhos, encaminhando-os e referenciando-os para os CSP e outros recursos da comunidade.

Um dos stressores para as crianças é a dor. Desde há mais de uma década considerada o 5º sinal vital, a dor é uma experiência subjetiva, o que lhe confere um carácter individual que exige uma intervenção personalizada. Em pediatria existem especificidades do cuidar que vão ao encontro das competências específicas do EEESIP que, de acordo com o Regulamento n.º 123/2011, “garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (p.8655).

O desenvolvimento da unidade de competência E2.2 — “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº123/2011, p.8655), neste, como nos outros contextos, foi uma das experiências que pude vivenciar. Existe neste serviço um protocolo de controlo da dor, que inclui medidas não farmacológicas e farmacológicas locais e sistémicas, sendo

visível por parte da equipa multidisciplinar uma grande preocupação com a minimização e o controlo da dor, nomeadamente na realização de procedimentos técnicos, recorrendo aos CNT, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico ou físico experimentado pela criança e sua família (Hockenberry e Wilson, 2014).

O primeiro passo para o eficaz controlo da dor passa por uma avaliação da intensidade da dor, de forma sistemática e cientificamente válida. A autoavaliação é a única forma segura de avaliar a dor, no entanto, se as crianças estiverem num estadio de desenvolvimento pré-verbal ou pela sua condição de saúde forem incapazes de o fazer, o uso de escalas de heteroavaliação é obrigatório (Batalha, Reis, Costa, Carvalho e Miguens, 2009). Esta avaliação é feita no SUP a todas as crianças, através da aplicação das escalas da dor NIPS (*neonatal infant pain scale*), FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), Faces e Numérica.

As medidas não farmacológicas são de “carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança” (OE, 2013, p.13) e devem ser seleccionadas de acordo com o desenvolvimento e preferência da criança. Muitos enfermeiros promovem um ambiente lúdico, de afetividade, segurança e de forma a permitir que as crianças e famílias ultrapassem a ansiedade e o medo do desconhecido, o que, por si só, são estratégias de promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010), aproveitando, por exemplo, os desenhos pintados na parede para contar uma história, conversando com a criança no sentido da distração e explicando os procedimentos.

Também tive oportunidade de desenvolver a unidade de competência E2.3 - “responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento nº123/2011), cuidando de um jovem com Síndrome de Gorham-stout por uma agudização da sua doença. Apesar de já ter tido algum contacto com algumas crianças com doenças descritas como raras pela Linha Rara, como a síndrome de Down, a drepanocitose, a Spina Bífida, este tornou-se um momento de aprendizagem que me obrigou à pesquisa científica acerca desta doença e dos cuidados de enfermagem, com ela relacionados, a prestar a este jovem. Os CCF e a comunicação com este jovem, constituíram um verdadeiro desafio, uma vez que os conhecimentos que detinham acerca da situação me obrigaram a procurar algumas estratégias de

comunicação promotoras da esperança para ajudar ao estabelecimento de objetivos concretizáveis para a vida daquele jovem.

Durante a minha experiência neste contexto foi perceptível a diferença dos cuidados prestados pelo EEESIP no SUP, ao nível da comunicação e gestão de conflitos com os familiares e entre pares, com a visão que tem da complexidade dos cuidados, ficando de imediato alerta para possíveis complicações, na promoção da melhoria contínua dos cuidados através da formação quotidiana dos colegas.

Esta melhoria da qualidade dos cuidados no SUP enquadra-se na atuação particular do EEESIP, sendo da sua área de ação a resposta na “complexidade em áreas diversas, como deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (Regulamento n.º 123/2011).

Concluindo, neste contexto alcancei os objetivos propostos, compreendendo o circuito que a família percorre dentro do SUP, através da observação e participação nos cuidados e percebendo a atuação do enfermeiro na avaliação do risco de maus tratos à criança.

3.2. Serviço de Internamento de Pediatria

Na continuidade deste percurso optei por um Serviço de Internamento de Pediatria Médica Geral (SPMG) para desenvolver competências especializadas no cuidado à criança, ao jovem e à família internados no serviço de pediatria e perceber a temática em que incide do meu projeto noutra contexto organizacional. Por outro lado, a instituição onde se realizou o estágio possui um NACF criado em 1985, o primeiro do país, que tem como missão a proteção e a promoção dos direitos das crianças e família, preservar a segurança e promover um desenvolvimento adequado, salientando a importância de identificar a nível hospitalar as situações de suspeita de maus tratos no SUP, na consulta e no internamento.

As situações de risco e suspeita de maus tratos, são analisadas pelo NACF e encaminhadas para a sua resolução, de acordo com o guia orientador de Maus Tratos às Crianças e Jovens da DGS (2008). Também faz parte das suas atribuições

desenvolver atividades e programas de formação na área do risco de maus tratos à criança.

O SPMG, além de receber crianças e jovens com necessidade de internamento no âmbito da pediatria médica geral, integra os departamentos de hematologia, de neuropediatria e das doenças metabólicas. Agrega, ainda, o hospital de dia, onde é efetuado o acompanhamento em ambulatório das crianças com doença crónica destas áreas de especialidade. Tem um total de 15 camas e uma equipa multidisciplinar com 16 enfermeiros, dos quais 3 são EEESIP. A articulação com as equipas médicas na gestão de vagas atribuídas a cada especialidade é fundamental para a gestão dos cuidados neste serviço.

Os objetivos específicos traçados para este contexto foram: conhecer a estrutura e a dinâmica funcional e organizacional do contexto de estágio; conhecer a intervenção do enfermeiro no risco de maus tratos à criança; desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, ao jovem e família internados no serviço de pediatria. Assim, no sentido de dar resposta ao primeiro objetivo, durante a primeira semana dediquei-me a conhecer a equipa multidisciplinar, a consultar os procedimentos e as normas institucionais.

Ao longo do estágio tive oportunidade de cuidar de crianças e jovens internados em situação de doença aguda e crónica. Sendo um serviço de pediatria geral, os recém-nascidos (RN) em situação de risco social também permanecem aqui internados até ser encontrada uma solução que permita uma maior estabilidade familiar, recorrendo ao apoio da assistente social e aos recursos da comunidade.

As crianças são um grupo com especial vulnerabilidade e o “aumento das desigualdades sociais e a diminuição da qualidade de vida tem tido consequências muito significativas no bem-estar e no gozo efetivo dos direitos das crianças que vivem em Portugal” (Comité Português para a UNICEF, 2013, p. 49). Estas situações constituem um fator de risco no que concerne à proteção das crianças e jovens, verificando-se um aumento nas sinalizações às CPCJ's sobretudo por exposição a modelos de comportamentos desviantes e negligência (Comité Português para a UNICEF, 2013).

Uma das primeiras situações que vivenciei foi a de RN internado, filho de uma jovem de 18 anos sem-abrigo, que por complicações pós-parto, ficou hospitalizada durante alguns dias, tendo o RN sido transferido para a SPMG. Esta situação foi

sinalizada ao NACF aquando da admissão da mãe no serviço de urgência. Após a alta, a mãe permaneceu durante cerca de uma semana no SPMG por não ter onde ficar.

Sendo que, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o papel parental constitui um foco dos cuidados de enfermagem e é definido como “papel de membro da família (...) sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente” (OE, 2016, p.70), a minha intervenção junto desta família foi no sentido de os promover, tentando capacitar esta mãe para cuidar do seu filho. Durante o período de internamento foi realizado o levantamento da história clínica e social, a mãe teve acompanhamento psicológico e psiquiátrico, e foi realizada articulação com o NACF que, por sua vez, se articulou com a CPCJ da área da abrangência do hospital. Após reunião com a mãe, a CPCJ optou por colocar a mãe e o RN em instituições diferentes com indicação de reavaliação da situação passados 6 meses, uma vez que esta não aceitou voltar para casa da família nem reunia condições psicológicas para cuidar do seu filho.

Em todo este processo observei e participei na intervenção da equipa de enfermagem, que teve um papel importante nos cuidados ao RN e à mãe, proporcionando-lhes condições para o seu autocuidado a nível da alimentação e higiene, na promoção do papel parental e da vinculação e no suporte psicológico. Nestas situações é extremamente importante a realização de registos de enfermagem detalhados e a transmissão de informação sobre o RN e a mãe a outros profissionais, nomeadamente à assistente social, uma vez que esses dados são muitas vezes utilizados para a avaliação dos casos pelas instâncias superiores como a CPCJ e o Tribunal.

Constatarei que no SPMG é frequente o internamento de crianças com suspeita e evidência de maus tratos, pelo que foi importante conhecer a intervenção do enfermeiro no risco de maus tratos à criança neste contexto de estágio, um dos objetivos traçados por mim. Assim, através da enfermeira orientadora confirmei que é o SUP que mais referencia as situações de suspeita ou de existência de maus tratos, no entanto, os enfermeiros do internamento também se deparam com situações de risco e de abuso. Quando é detetado o risco ou a existência de maus tratos é efetuada a referenciação ao NACF que encaminha as situações. Este é constituído por uma

coordenadora, que é médica, uma EEESIP, uma assistente social, uma pedopsiquiatra, uma psicóloga, uma pediatra e uma jurista.

Em entrevista à enfermeira que integra o NACF, que exerce funções na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, percebi que a intervenção do enfermeiro no núcleo já foi mais ativa e que neste momento, por uma questão de gestão de recursos humanos, esta não tem tido oportunidade de participar nas reuniões do núcleo. Esta é uma limitação à intervenção do enfermeiro que por inerência das suas funções tem um papel essencial nesta matéria (Despacho n.º 31292/2008).

Uma das atividades que me propus realizar foi o levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem nesta área e a realização de uma sessão de formação. Neste sentido, foi aplicado um questionário que revelou o interesse pela realização da sessão. No entanto, como a equipa se encontrava em formação para a introdução do sistema de registos informatizados no serviço, em conjunto com a orientadora optámos pela construção de um dossiê temático (Apêndice VII) que reunisse um conjunto de documentos e bibliografia científica sobre o tema, para uma fácil e eficiente consulta. Este inclui diversos documentos que se pesquisaram em diferentes fontes, tendo em conta os objetivos delineados para a sua construção, podendo sempre ser atualizado. Foi apresentado à enfermeira chefe e à equipa de enfermagem nas passagens de turno, no sentido de o dar a conhecer ao maior número de profissionais possível.

O dossiê temático intitula-se “Avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança” e tem como objetivos: enfatizar a importância da avaliação do risco familiar na prevenção dos maus tratos à criança; relembrar conceitos relativos aos maus tratos em crianças e jovens na abordagem, diagnóstico e intervenção dos enfermeiros; reunir a informação consultada, criando um arquivo acerca da temática; facilitar a consulta de documentos acerca da temática, permitindo uma atualização constante.

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento das unidades de competência E1.2, “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento 123/2011, p. 8654) e D2 — “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento nº122/2011, p.8653).

O terceiro objetivo específico foi desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, ao jovem e família internados no serviço de pediatria-

Na maioria das crianças, a doença e a hospitalização são as primeiras situações de *stress* com que se deparam, sobretudo nos primeiros anos de vida. A criança é um ser com especial vulnerabilidade pelas suas características, sendo que a sua forma de reagir depende da idade, do desenvolvimento e das experiências anteriores. Os principais stressores na hospitalização, dependendo do grupo etário, são a separação dos pais, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, a lesão corporal, a dor e o medo da morte (Hockenberry e Wilson, 2014). Por outro lado, devemos valorizar o conceito que a criança tem de doença, sendo fundamental um cuidar competente e sensível para minimizar os efeitos negativos e promover os aspetos positivos desta experiência (Hockenberry e Wilson, 2014). As intervenções do enfermeiro orientam-se nesse sentido, minimizando os stressores e apoiando a família.

Para a família, a hospitalização é uma fonte de ansiedade afetando cada um dos seus membros individualmente e alterando os papéis familiares. Para reduzir esses efeitos é importante a participação dos pais, o apoio familiar, e que o enfermeiro dê informação e promova as relações familiares, utilize estratégias para diminuir os efeitos da separação e da perda de controlo e autonomia, como por exemplo a manutenção de rotinas, a criação de um ambiente familiar através da personalização do espaço com objetos pessoais, a promoção da independência, os CNT e a realização de atividades lúdicas, promotoras do desenvolvimento.

Segundo McElfresh e Merck (2014), a doença crónica afeta a criança em qualquer faixa etária e o seu impacto depende da idade. As crianças redefinem a sua doença e as suas implicações à medida que vão crescendo e se desenvolvendo. O confronto da família com esta situação conduz a um misto de emoções como a culpa, o medo, o ressentimento e ansiedade, o que implica um processo de adaptação e *coping* que passa habitualmente por fases de negação, ajustamento, reintegração e reconhecimento (McElfresh e Merck, 2014).

O viver em constante preocupação com o filho doente e outros membros da família, a responsabilidade de cuidar do filho, o isolamento social e os fatores económicos são alguns dos efeitos que a doença crónica pode produzir nas famílias. Assim, o EEESIP tem um papel fundamental nos cuidados a estas famílias pois, de

acordo com regulamento nº 123/2011, tem como competência específica promover “a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)” (p.8655), através do diagnóstico das necessidades e incapacidades da criança/do jovem, da sua capacitação para a adoção de estratégias de *coping*, do suporte familiar e comunitário, da promoção da esperança e da referência para instituições de suporte.

Os CCF facilitam o objetivo dos cuidados, que consiste em minimizar as manifestações da doença e maximizar o potencial cognitivo, físico e psicossocial da criança. Um dos seus princípios mais importantes é o envolvimento da família na tomada de decisão. A confiança, a partilha de informação, a responsabilidade e a tomada de decisão são fundamentais para estabelecer uma verdadeira parceria com os pais (McElfresh e Merck, 2014).

O estágio neste contexto possibilitou um “olhar” para a família com maior atenção e a perceção da sua importância como parceira no cuidar, mas também como alvo dos cuidados. Isso permitiu-me continuar a desenvolver a unidade de competência E1.1, “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” (Regulamento nº123/2011, p. 8654).

Aqui, as emoções têm um papel fundamental, sendo essencial a sua gestão no sentido de desenvolver mecanismos de *coping* perante situações de doença. Porém, esta gestão emocional nem sempre é um processo simples para os pais e em particular para a criança, tendo os enfermeiros especial importância na sua capacitação (Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010).

Neste serviço a ocorrência de reinternamentos é frequente e durante o meu percurso cruzei-me com crianças e jovens com doença crónica/rara, que naquele curto espaço de tempo tiveram dois internamentos. Saliento a situação de uma jovem de 11 anos com drepanocitose a quem prestei cuidados de enfermagem, que tinha internamentos frequentes por crise oclusiva causadora de dor de nível x. Estabeleci rapidamente uma relação terapêutica com ela, através do recurso a diversas atividades adequadas à sua idade e preferências (por vezes em vez de ir brincar, preferia ficar no quarto a ler livros para crianças acerca da bíblia, manifestando a importância da religião na sua vida familiar), assim como a técnicas de gestão não farmacológicas da dor avaliada pela escala numérica, tais como a aplicação de calor local, que permitiram diminuir os stressores, nomeadamente a dor e a separação da

família, uma vez que a mãe só conseguia estar presente à noite. Uma das frases que recordo, quando no final do turno me fui despedir, foi: “voltas amanhã?”, agarrando-se a mim e dando-me um beijo.

A dor é, sem dúvida, a causa mais frequente para uma ida ao SUP e de internamento nestas crianças, e em que a terapêutica principal são os opióides, uma vez que a terapêutica analgésica mais usual não se revela eficaz. Nestas situações é fundamental uma abordagem multidisciplinar, o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas e o estabelecimento de uma comunicação efetiva com a criança e a família.

A diversidade de crianças internadas no que diz respeito à raça (caucasiana e negra) e etnia (cigana), à cultura (crenças, religião, conceito de saúde/doença), à idade e patologia, implica o desenvolvimento de competências nestes domínios.

Assim, este estágio permitiu-me continuar a desenvolver as unidades de competência E2.2, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, E2.3, “responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” e E3.3, “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura””. (Regulamento nº123/2011, p.8655), como descrito na situação anterior. Na comunicação com as crianças o enfermeiro por vezes necessita de técnicas de comunicação criativas que passam pelo verbal e não-verbal, uma vez que expressar sentimentos pode ser difícil para as crianças (Hockenberry, 2014).

Uma das formas de gestão emocional das crianças consiste no brincar, como meio terapêutico para que estas alcancem uma perceção de bem-estar, um maior autocontrolo e capacidade para lidar com a situação, além de contribuir para o estabelecimento de uma relação, “os resultados terapêuticos sensíveis aos cuidados de enfermagem, na gestão do estado emocional das crianças através do brincar, são a estabilidade emocional e a adaptação à experiência e, conseqüentemente, esta experiência transforma-se numa vivência positiva e de crescimento para a mesma” (Pereira et al., 2010, p. 36).

O brincar constitui um meio privilegiado de expressão. A sua importância é reconhecida no 7º Princípio da Declaração dos Direitos da Criança, proclamada pelas Nações Unidas, a 20 de novembro de 1959. A brincadeira lúdica e terapêutica implica a utilização do brinquedo terapêutico, ou seja, um brinquedo estruturado para facilitar

a expressão de sentimentos, minimizar o impacto de experiências desconhecidas e stressantes, permitir assimilar novas situações e compreender a necessidade de realização de alguns procedimentos (OE, 2013).

O brincar é fundamental nos CNT, outro dos pilares da enfermagem pediátrica. Estes visam a prestação de cuidados terapêuticos, por profissionais, “através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico (...)” (Hockenberry e Barrera, 2014, p.11) da criança e família em qualquer contexto do sistema de saúde, tendo como objetivo primordial não causar dano. É importante respeitar três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família; promover uma sensação de controlo; prevenir ou minimizar os principais stressores da hospitalização, a lesão corporal e a dor (Hockenberry e Wilson, 2014). Alguns exemplos são a promoção da relação pais/criança durante a hospitalização e a preparação para os procedimentos.

A Enfermeira Orientadora do estágio, segundo elemento do serviço, tem funções de gestão do serviço ao nível da distribuição dos recursos humanos e da gestão de material, pelo que o acompanhamento das suas atividades foi igualmente importante para desenvolver conhecimentos neste domínio. Colaborei na verificação e reposição do *stock* de material clínico e medicação, atividade importante para garantir uma adequada prestação de cuidados, na gestão dos recursos humanos, nomeadamente na distribuição das crianças pelos enfermeiros, na gestão de vagas e distribuição das crianças de acordo com as patologias e os riscos associados, sem esquecer a idade das crianças e a tentativa de ajustar a ocupação dos quartos à faixa etária, tal como sugere a Carta da Criança Hospitalizada.

Esta atividade permitiu-me o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no que diz respeito à gestão de cuidados: C1, “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e C2 – “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento 122/2011, p.8652).

3.3. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

O estágio teve a sua continuidade durante as quatro semanas seguintes, numa UCIENP. Para esta unidade defini como objetivo, além dos objetivos específicos

comuns, desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados ao RN prematuro/doente, à criança, ao jovem e família com necessidade de cuidados especiais, internados na UCIENP. Por questões relacionadas com o serviço e com a orientadora do estágio mantive-me na área dos cuidados ao RN, não sendo possível cumprir o objetivo na totalidade.

Planeei e implementei atividades como o aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento no período neonatal; a observação da enfermeira orientadora no cuidado ao RN prematuro e/ou doente e sua família; a participação na prestação de cuidados ao RN internado na UCIENP e respetiva família, perspetivando o equilíbrio do sistema; a observação e integração na prática de intervenções promotoras da vinculação, da parentalidade, do desenvolvimento infantil e da esperança, tais como, o acolhimento, a promoção do aleitamento materno, a técnica de canguru, orientações antecipatórias do desenvolvimento e da adoção de comportamentos de saúde que diminuam os stressores dos clientes RN e família.

Ter um filho é algo que na maioria das vezes é desejado, no entanto, é uma fase do ciclo de vida que pode destabilizar o sistema familiar, com existência de stressores associados à parentalidade. De acordo com Cardoso, Silva e Marín (2015, p.12), “o período referente à adaptação à parentalidade, envolve o período de tempo que vai desde a gravidez até aos primeiros tempos pós-parto incluindo (...) a reestruturação psicológica, social e afetiva de cada mulher e de cada homem, permitindo tornarem-se responsáveis pelo filho.”

O conceito de parentalidade tem sofrido alterações ao longo dos anos, sendo influenciado pela herança cultural. No entanto, um estudo realizado por Martins, Abreu e Barbieri de Figueiredo (2014) demonstrou que durante a adaptação à parentalidade os casais continuam a organizar-se de acordo com os papéis tradicionais, em que a mãe assume o papel de principal cuidador e o pai assume um papel secundário de apoio. É importante os enfermeiros conhecerem as dinâmicas destas relações, envolvendo o pai, para intervirem de forma a manter a estabilidade do sistema. Este é, sem dúvida, um foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem que, segundo Cardoso et al. (2015), envolve a responsabilidade do exercício efetivo do papel, a otimização do crescimento e do desenvolvimento da criança, a integração da criança na família e a atuação de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai (International Council of Nurses, 2011).

A parentalidade é dinâmica relativamente ao crescimento e desenvolvimento das crianças, pelo que a intervenção da enfermeira a este nível permite dar visibilidade aos cuidados de enfermagem através de *outcomes* positivos. Em situações como o nascimento de um RN prematuro ou doente, a adaptação é mais difícil, uma vez que a hospitalização prolongada implica uma série de stressores adicionais para os pais e para a criança. Sabe-se que a doença e a prematuridade são dois stressores intrapessoais que afetam o desenvolvimento da criança e o processo de parentalidade, sendo crucial a intervenção do EEESIP para minimizar o seu impacto.

Assim, a promoção da vinculação, a informação e o envolvimento nos cuidados são fundamentais, em conformidade com o modelo concetual de CCF, utilizado pelo EEESIP.

Neste contexto, o primeiro contacto com as famílias dá-se no momento em que é feito o acolhimento na unidade, no qual a equipa de enfermagem promove a partilha de informação, a colaboração e participação da família no processo de cuidados, possibilitando a sua presença durante vinte e quatro horas junto dos seus filhos, de acordo com as suas possibilidades e vontade, e na sua ausência o contacto telefónico sempre que desejarem, com respeito pelos direitos da carta da criança hospitalizada.

O acolhimento é sem dúvida o ponto de partida para o estabelecimento de uma comunicação eficaz e de uma relação de confiança entre os pais e os profissionais de saúde (Costa, Klock e Locks, 2012). De acordo, com o Regulamento n.º 351/2015 "...os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação de cuidados "(p.1661).

Após o acolhimento na UCIENP os pais são gradualmente incentivados a prestarem cuidados ao RN, promovendo-se a amamentação, os cuidados de higiene e a vinculação. O seu envolvimento é efetuado de acordo com a situação clínica do RN, a sua capacidade de adaptação ao processo de doença, a sua disponibilidade e motivação, sendo sempre acompanhados pelo enfermeiro que em parceria colabora, esclarece dúvidas e supervisiona todas as interações com a criança.

O método de trabalho na UCIENP é o método individual, ou seja, o enfermeiro presta cuidados globais às crianças que lhe são atribuídas, e sempre que possível o

mesmo enfermeiro cuida do RN/criança durante o seu internamento, de modo a permitir uma relação privilegiada e centrada na criança/família.

Durante o estágio tive oportunidade de promover a participação dos pais na prestação de cuidados ao RN, continuando a desenvolver a unidade de competência E3.1 — “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento nº123/2001, p. 8655) e contribuindo para o empoderamento dos pais, promovendo e facilitando a sua adaptação e o desenvolvimento de novas competências no desempenho do seu papel parental. O empoderamento, permite que as famílias “mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidade e ações” (Hockenberry e Barrera, 2014, p.11).

Neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem a vários RN permitiu, para além do desenvolvimento de competências técnicas específicas deste tipo de clientes (nomeadamente a alimentação, a higiene, a punção venosa, a administração de medicação, etc), ser capaz de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e do risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento nº 123/2011) e desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a família dos RN's e crianças internados.

Esta unidade abrange uma área onde existe uma população significativa oriunda de diferentes países africanos e do Brasil, zonas de bairros sociais, diversos estratos sociais e diferentes graus de literacia em saúde, fatores que influenciam os cuidados. Durante a prestação de cuidados às famílias e RN confrontei-me com estas situações, pelo que tive que adaptar as minhas intervenções à cultura da cada cliente e às suas necessidades específicas, indo ao encontro da unidade de competência E3.3 - “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº123/2001, p. 8655).

Para a maioria dos pais, a unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) é um ambiente estranho, geralmente chocante e muito traumático. O seu filho está ligado a fios, cabos e equipamentos, inacessível e num lugar muito diferente do que eles tinham imaginado. Os pais destas crianças tendem a experimentar um maior *stress* emocional, depressão, incerteza sobre o seu futuro, *stress* financeiro e perturbação de *stress* Pós-Traumático (PTSD) (Altimier & Phillips, 2016).

Os enfermeiros pediátricos desempenham um papel fundamental na prevenção da perturbação do *stress* pós-traumático relacionado com os acidentes, lesões e doenças graves, através do *trauma-informed care*, minimizando os aspetos traumáticos dos cuidados, fornecendo informação e apoio, identificando quem precisa de mais ajuda, promovendo a continuidade dos cuidados e mantendo-se conscientes do seu próprio *stress*.

Pela especificidade e natureza da UCIENP, caracterizada pela tecnologia, foi possível verificar o receio, a insegurança e ansiedade dos pais no contacto físico com o RN. Durante a prestação de cuidados foi importante amenizar o ambiente adverso, através da personalização do espaço colocando o nome da criança na incubadora, um objeto pessoal como um brinquedo, e promover comportamentos facilitadores da vinculação, como encorajar os pais a tocar e a falar com o RN, e sempre que possível ao contacto pele a pele através do método canguru. Este é um método humanista simples e económico com diversos benefícios, como a estimulação do contacto precoce dos pais com o RN, a promoção do vínculo afetivo, a regulação térmica da criança, a diminuição da taxa de infeções hospitalares como consequência de um menor tempo de internamento, a promoção do aleitamento materno, da confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho (Gaspardo, Martinez e Linhares, 2010). Por conseguinte, este estágio foi um grande contributo para o desenvolvimento da unidade de competência E3.2 – “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 123/2011, p.8655).

Ao cuidar de vários RN's prematuros internados na UCIENP foi possível reconhecer a existência de muitos dos fatores potenciadores do risco de maus tratos descritos no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção dos maus tratos em crianças e jovens da DGS (2008) nestes RN's e famílias. Os RN prematuros são especialmente vulneráveis e têm uma maior probabilidade de abuso infantil, porque o risco de alterações neurológicas, a irritabilidade, o choro inconsolável, a não resposta às expectativas dos pais aumentam a vulnerabilidade, a ansiedade e o *stress* dos pais (Saltmarsh e Wilson, 2017).

A OMS (2016) identificou os enfermeiros como tendo um papel fundamental na prevenção do abuso infantil. Os enfermeiros que trabalham em neonatologia têm um papel privilegiado na identificação precoce e proteção dos RN's prematuros, uma vez

que estes podem permanecer internados por um período de tempo significativo (Saltmarsh e Wilson, 2017). Assim, na UCIENP, a prevenção primária dos maus tratos passa pelas atividades referidas de promover as competências parentais, promover a vinculação, investir na promoção da saúde e cuidar em parceria.

No hospital onde realizei este estágio existe um NHACJR, constituído por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte um enfermeiro de cada unidade de pediatria. À semelhança dos outros contextos, é o SUP quem mais sinaliza as situações de suspeita de maus tratos. Este é um núcleo que tem desenvolvido várias atividades no âmbito da formação dos diferentes profissionais de saúde, como cursos, workshops e comunicações em encontros científicos. Assim, e de acordo com a minha enfermeira orientadora na UCIENP, EEESIP e membro integrante do núcleo, a realização de sessões de formação à equipa não era pertinente. Por outro lado, no sentido de desenvolver a minha própria formação nesta área, tive oportunidade de participar no II Encontro de Saúde Mental e Família: Vamos falar de Relação? dinamizado pela CPCJ local e pelo NHACJR do hospital.

Mais uma vez, esta experiência permitiu continuar a desenvolver a unidade de competência E1.2 – “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 123/2011, p.8654).

Neste relato, salientei a importância do enfermeiro de neonatologia na prevenção dos maus tratos à criança, no entanto é fundamental assegurar a continuidade desses cuidados após a alta. O planeamento da alta deve começar logo no momento da admissão na UCIN, promovendo o envolvimento da família no cuidado ao RN, a comunicação, a compreensão dos pais acerca da situação clínica e do desenvolvimento do seu filho, diminuindo o *stress* parental e facilitando a transição segura para casa (Jefferies, 2014).

No serviço existe essa prática e são efetuadas sessões de preparação para a alta, em grupo ou individualmente, de acordo com as necessidades dos pais, que abrangem temas como os direitos e deveres parentais, o sono e o choro, os cuidados de higiene e vestuário, o aleitamento materno e artificial, a prevenção de acidentes e primeiros socorros, as doenças da criança, a vigilância de saúde e a vacinação e os cuidados em casa. Numa destas sessões, os pais manifestaram necessidade de

adquirir conhecimentos em suporte básico de vida pediátrico e a equipa proporcionou essa formação aos pais.

Penso que, após a alta é fundamental a continuidade de cuidados através da articulação com o enfermeiro da comunidade, o que pela minha experiência poderia ser melhorado, por exemplo, com a realização de visitas domiciliárias conjuntas, como já acontece nos adultos.

O PNSIJ refere que a visitação domiciliária (VD) é um elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco (DGS, 2013).

Nesta unidade funciona uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) em parceria com a Fundação do Gil, que desde 2008 acompanha no domicílio RN's prematuros, crianças e adolescentes com doença crónica e/ou com necessidades especiais, pertencentes à área de influência do hospital.

A UMAD é um projeto multidisciplinar, personalizado e centrado na família que pretende dar resposta às necessidades das crianças com doença crónica e das suas famílias de forma holística, centrando as respostas no domicílio. Este é um projeto de sucesso, de referência nacional, e reconhecimento internacional, que assegura a monitorização clínica e o acompanhamento social da criança e sua família (Fundação do Gil, 2014).

É possível afirmar de acordo com dados estatísticos e mediante o grau de satisfação demonstrado pelas famílias que este projeto tem tido um grande impacto na qualidade de vida da criança prematura e/ou com doença crónica e incapacitante, diminuindo as idas à urgência e os reinternamentos, otimizando o seu estado de saúde no seu próprio ambiente e contribuindo para minimizar o desgaste dos cuidadores, que na sua grande maioria são as mães.

A VD é uma estratégia importante na obtenção de ganhos em saúde em relação às mães e aos bebés, a nível do desenvolvimento infantil, da interação pais-bebé, do abuso/negligência e do crescimento/nutrição. Numa revisão sistemática da literatura, conclui-se que existem estudos que sustentam que as visitas domiciliárias na primeira infância para lactentes prematuros promovem uma melhor interação entre os pais e os bebés e o desenvolvimento infantil (Goya, Teeters e Ammerman, 2013).

Esta foi uma experiência que gostaria de destacar, pois tive a oportunidade de participar neste projeto durante uma semana, o que foi muito gratificante, permitindo, no caso de um RN que teve alta, a continuidade dos cuidados no domicílio, nomeadamente, a promoção do desenvolvimento infantil e da vinculação. O acompanhamento de crianças com deficiência e/ou doença crónica e rara no seu contexto familiar e escolar foi mais um contributo no desenvolvimento de competência E2.5 — “promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento nº123/2011, p.8655).

Todas estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP em diferentes unidades de competência, como foi sendo referido.

3.4. Centro de Desenvolvimento da Criança

A visita ao CDC teve a duração de uma semana e surgiu pela necessidade de desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança/ao jovem e família com necessidades especiais, deficiência/incapacidade ou doença crónica, em ambulatório, nomeadamente ao nível da reinserção social, uma vez que estas apresentam risco acrescido no que concerne ao risco de maus tratos (APAV, 2011).

Relativamente ao objetivo comum, conhecer a estrutura e a dinâmica funcional e organizacional dos contextos de estágio, através do acesso e a consulta de diversos documentos e a entrevista à enfermeira responsável, permitiram-me perceber o funcionamento da unidade.

O CDC entrou em funcionamento em 2007, está inserido no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e é o único existente na zona x do país. Destina-se a crianças e jovens com patologias neurológicas e do desenvolvimento, residentes na área de influência do hospital em que se enquadra.

Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar de vinte e sete profissionais e aposta na atividade assistencial nas diferentes especialidades e consultas multidisciplinares para as patologias mais complexas, na atividade pedagógica através da colaboração na formação de profissionais de saúde do Hospital, nos estágios que proporciona, e na atividade científica com a elaboração de trabalhos e projetos de investigação (CDC, 2017). O CDC promove a articulação entre

o hospital e os CSP, e ainda com os intervenientes a nível educativo e de apoio social, no sentido de melhorar a eficiência e a satisfação dos clientes e dos profissionais.

A equipa de enfermagem é constituída por duas EEESIP e uma enfermeira graduada. A sua área de atuação insere-se na promoção da adaptação da criança, do jovem e família à sua situação de saúde, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções. Esta intervenção visa ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações decorrentes do diagnóstico, da terapêutica instituída e a alcançar a maior autonomia possível no seu autocuidado.

O sistema de informação utilizado é o S-clinic, cada enfermeira tem uma base de dados das crianças que acompanha em consulta de enfermagem. Neste contexto tive a oportunidade de assistir à aplicação de diversos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, nomeadamente a Escala de Desenvolvimento da Mary Sheridan Modificada utilizada pelos enfermeiros nas consultas de neonatologia, de *follow up*, as curvas de percentil adaptadas à criança com paralisia cerebral e a *The Schedule of Growing Skills*, na consulta de pediatria do desenvolvimento.

Outro dos objetivos consistiu em desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança/ao jovem e família com necessidades especiais, deficiência/ incapacidade ou doença crónica em ambulatório, nomeadamente ao nível da reinserção social.

Aqui, confrontei-me com situações de grande complexidade e vulnerabilidade, como por exemplo a de uma criança de 18 meses com paralisia cerebral, com uma traqueostomia que era cuidada pelo pai que se encontrava desempregado e tinha a seu cargo mais uma irmã; a mãe tinha um emprego precário, pelo que além da situação de doença crónica na família acrescia uma situação socioeconómica frágil. O pai dirigia-se frequentemente ao CDC quando se sentia inseguro nos cuidados, denotando-se a importância de uma melhor articulação de cuidados e da existência de EEESIP nas equipas de cuidados continuados na comunidade.

Embora em Pediatria não exista uma definição universal para crianças com necessidades complexas de saúde, uma das possíveis é que são "crianças com necessidades de saúde relacionadas com a utilização da tecnologia médica e que requerem apoio de uma gama de profissionais e serviços" (SimKiss, 2011, p.193). Para dar resposta a estas situações é necessário recorrer a uma equipa

multidisciplinar, transdisciplinar e criativa a ajudar os pais a ter acesso aos recursos de que necessitam para os seus filhos e para si.

Estas situações permitiram-me continuar a desenvolver a competência específica, E2.5 , “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...) deficiência/incapacidade” (Regulamento nº 123/2011, p. 8655), através da observação dos cuidados prestados no sentido do diagnóstico das necessidades e incapacidades da criança/ do jovem, da sua capacitação para a adoção de estratégias de *coping*, do suporte familiar e comunitário, da promoção da esperança e da referência para instituições de suporte.

Esta é uma unidade em que existe um trabalho multidisciplinar e uma adequada articulação de toda a equipa. Os enfermeiros articulam com as unidades de saúde na comunidade, por forma a solicitar o acompanhamento das crianças e famílias que apresentam fatores de risco, prestam CCF e CNT quando há necessidade da realização de procedimentos dolorosos como, por exemplo, na aplicação de emla® nos locais de injeção de toxina botulínica nas crianças com paralisia cerebral e alterações motoras.

A confiança, a partilha de informação, a responsabilidade e a tomada de decisão são fundamentais para estabelecer uma verdadeira parceria com os pais (McElfresh e Merck, 2014). Os CCF e a comunicação adaptada a cada família, o relacionamento e acompanhamento continuado destas crianças por toda a equipa de saúde facilitam o objetivo dos cuidados, que consiste em minimizar as manifestações da doença e maximizar o potencial cognitivo, físico e psicossocial da criança. De acordo com Jaudes, & Mackey-Bilaver (2008), as condições crónicas de saúde comportamental/mental colocam as crianças em risco elevado de abuso ou negligência.

Relativamente à avaliação do risco de maus tratos nesta unidade, numa abordagem inicial, são avaliados os recursos familiares de cada criança, e em cada consulta é feita uma observação global da criança e família nas diferentes dimensões. Em situação de suspeita de maus tratos, existe uma partilha com os diversos profissionais que acompanham a criança no sentido de conhecer a sua perceção e a situação é encaminhada NHACJR.

O abuso contra crianças com condições crónicas ou deficiência não é apenas um problema da família, mas também depende da qualidade dos serviços, do apoio

profissional e das normas sociais (Svensson, Eriksson & Janson, 2012). As situações de maus tratos físicos, segundo a enfermeira responsável, são pouco frequentes, referindo algumas situações de negligência que apenas necessitaram de acompanhamento de 1ª instância ao nível da própria unidade.

Algumas das crianças seguidas no CDC têm doenças que culminam na sua morte. Experienciei uma situação de luto da mãe de uma criança com paralisia cerebral falecida recentemente, que me permitiu perceber a importância do EEESIP na aplicação de conhecimentos sobre os processos de luto, através de estratégias de dignificação da morte, apoiando aquela mãe e sendo um recurso durante todo o processo. Este apoio no processo de luto deve iniciar-se no momento do diagnóstico e prolongar-se durante o processo de doença, na morte e após a morte, durante o tempo necessário, de acordo com as necessidades de cada família. O apoio aos pais, aos irmãos, avós e familiares é um compromisso fundamental do EEESIP.

3.5. Unidade de Cuidados na Comunidade

O último período de estágio ocorreu numa UCC pertencente ao ACES onde exerço funções. A equipa de enfermagem é composta por dez enfermeiras, destas, duas são EEESIP. Cada enfermeira é responsável pelos utentes de uma determinada área geográfica, assegurando o trabalho no terreno, assim como a articulação com os parceiros comunitários e com as outras Unidades Funcionais do ACES.

Para dar resposta ao primeiro objetivo, a consulta de documentos e as entrevistas exploratórias às enfermeiras orientadora e coordenadora permitiram-me conhecer o funcionamento e a dinâmica da UCC. A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ao nível da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A vertente humanista, do saber ser e do saber estar, e uma abordagem holística de cada indivíduo/família e comunidade ao longo do ciclo de vida e aos três níveis de

prevenção, fazem parte da filosofia de cuidados da UCC. Abrange uma população tendencialmente envelhecida, franjas de população integrada em bairros comunitários e /ou zonas de prédios de cariz social, à qual presta cuidados de proximidade com recurso a uma unidade móvel.

A UCC tem uma intervenção em equipa, dividida em duas sub- equipas que se articulam, complementam e intersubstituem: a equipa de intervenção comunitária (EIC) que atua a nível dos grupos vulneráveis e de risco na comunidade e a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) que presta cuidados domiciliários a clientes dependentes, de acordo com critérios de inclusão definidos, promovendo a articulação dos cuidados, o acompanhamento e o ensino às famílias, e cuidadores formais e informais acerca dos cuidados promotores do conforto e de prevenção de complicações.

A UCC, nomeadamente a EIC, desenvolve vários projetos nas áreas da parentalidade, como o curso de preparação para o parto e parentalidade, da saúde mental na infância e adolescência, como o programa de intervenção integrada na área da criança/do Jovem com necessidades especiais, da saúde escolar (SE), da intervenção precoce, fazendo parte integrante da equipa local de intervenção (ELI) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), da proteção das crianças e dos jovens em risco, através de uma EEESIP pertencente ao NACJR e à CPCJ e da Intervenção Comunitária , como por exemplo “Pelo Sonho é que Vamos”, no centro de acolhimento temporário de menores em risco “Janela Aberta”.

Relativamente ao segundo objetivo proposto, desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança/ ao jovem e à família na promoção do seu desenvolvimento, na comunidade, tive oportunidade de desenvolver atividades em alguns desses projetos, nomeadamente ao nível da SE.

O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como objetivo central a melhoria da saúde das crianças/dos jovens e da comunidade educativa, através da realização de atividades assentes em dois eixos: vigilância e proteção da saúde e aquisição de conhecimentos e competências na promoção da saúde porque “o novo paradigma de intervenção da Saúde Escolar visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde” (DGS, 2015, p.18). Assim, a promoção da saúde, sobretudo da saúde mental, é a base das intervenções da SE, valorizando os fatores protetores pessoais que favorecem a saúde,

promovendo a aquisição de competências para a saúde, a gestão das emoções, as escolhas individuais e o estabelecimento de relações saudáveis (DGS, 2015).

Cada enfermeira da EIC na sua área geográfica tem atribuídas as escolas desde o pré-escolar ao secundário, onde desenvolve o projeto elaborado pela UCC “Crescer saudável dos pés à cabeça” constituído por um conjunto de atividades em diversas áreas de intervenção adequadas à idade dos alunos, com a comunidade educativa, como por exemplo a Oficina de Formação em Suporte Básico de Vida, e com os pais, “À conversa com os pais...a confusão está instalada”.

Tive a oportunidade de planear e executar, ou de colaborar em sessões de educação para a saúde ao nível da promoção da saúde. Colaborei nas sessões: cuidados com o frio a crianças do ensino pré-escolar; alimentação “Lanche saudável” a crianças do 2º ano, 1º ciclo, que incluía a verificação dos lanches e a avaliação estado-ponderal das crianças, com a realização posterior de uma sessão aos encarregados de educação; higiene pessoal e higiene oral, realizada a crianças com necessidades especiais a frequentar uma escola de 2º e 3º ciclos do ensino básico; educação para os afetos “Violência no namoro” a jovens do 8º ano, em parceria com a Escola Segura, da Polícia de Segurança Pública.

Planeei e executei as sessões acerca dos hábitos de sono e repouso “O meu amigo, o Sono”, a crianças do 5º ano, e na área da saúde mental e competências socio emocionais “Gostar de mim para Gostar dos Outros – Autoconceito e Autoestima”, a alunos do 7º ano de escolaridade, na qual abordei a questão dos maus tratos (Apêndice VIII). Além destas atividades, pude intervir numa escola secundária junto dos jovens, no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas acerca da saúde sexual e reprodutiva e na distribuição de contraceptivos para a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada na adolescência.

A adolescência “é um período transitório entre a infância e a idade adulta, um tempo de profundas mudanças biológicas, intelectuais, psicossociais e económicas” (Saewyc, 2014, p. 785). Estas têm implicações na compreensão dos riscos de saúde a que são expostos, dos comportamentos de risco que têm e das oportunidades de promoção de saúde nos jovens. Estas mudanças ocorrem também ao nível familiar, nos grupos de pares e na escola, ou seja, têm a ver com o ambiente social em que acontecem (Saewyc, 2014). Segundo Domingues et al. (2014, p.125) “(...) nesta fase da vida o indivíduo está mais exposto às influências do meio ambiente onde se

encontra inserido, desde a família e a escola à comunidade em geral, apresentando maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de condutas desajustadas”.

A promoção da saúde “visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde e no sentido de a melhorar” (WHO, 1986, p. 1), abrangendo as dimensões física, cognitiva, emocional e social da saúde (Saewyc, 2014). Nos adolescentes visa ajudar os jovens a adquirir poder e oportunidades para fazerem escolhas positivas de promoção da sua saúde, em qualquer contexto em que se inserem.

Neste âmbito, a educação para a saúde compete não só aos profissionais de saúde, professores e família como também aos meios de comunicação social e à sociedade. Em contexto escolar, consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a ter um papel ativo e a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão no que concerne à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como à saúde dos que os rodeiam. Na prática trata-se de difundir processos de ensino-aprendizagem, não de “prescrever comportamentos”, mas sim de os promover (Domingues et al. 2014).

O EEESIP tem como competência específica, de acordo com o regulamento nº123/2011, prestar “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, nomeadamente através da promoção da “auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 123/2011, p. 8655). As atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Ainda na área da promoção da saúde, nomeadamente no que concerne à parentalidade, planeei e executei uma sessão do curso de preparação para o parto e parentalidade acerca dos cuidados ao RN. Foi uma sessão extremamente enriquecedora pela participação e partilha das experiências dos casais com filhos com os que estavam a viver esta “viagem” pela primeira vez. Esta é uma das estratégias de prevenção primária na prática de enfermagem, a orientação antecipatória das famílias na gravidez e após o nascimento, acerca do desenvolvimento de seus filhos e das medidas de promoção de saúde que podem adotar para obter resultados saudáveis e que contribuem para a prevenção do risco de maus tratos às crianças e aos jovens (Generalitat Valenciana, 2010).

No âmbito SNIPI, que tem como desígnio a intervenção precoce junto de crianças até aos 6 anos de idade, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social, ou com risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, participei numa reunião ELI com o objetivo de observar e compreender a intervenção do enfermeiro. As ELI's acompanham estas crianças e desenvolvem a sua atividade ao nível municipal, sendo constituídas por equipas pluridisciplinares que envolvem vários profissionais (educadores de infância, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, entre outros).

O enfermeiro pertencente à UCC que integra a ELI, é EEESIP atuando como gestor de caso, advogando a favor das famílias, mobilizando e gerindo os recursos da comunidade, de modo a assegurar que estas recebem os cuidados necessários à criança com doença crónica, no domicílio (OE, 2011). Constitui também um elo de ligação/articulação entre as unidades funcionais e as instituições educativas.

No sentido de conhecer a intervenção do enfermeiro no risco de maus tratos à criança, acompanhei a enfermeira orientadora do estágio, que é membro da CPCJ e do NACJR, às instalações onde funciona a comissão. Aí, pude observar o funcionamento e algumas das diligências efetuadas relativamente aos processos em curso, embora não fosse possível aceder aos processos nem participar nas intervenções efetuadas, que pela sua natureza têm um cariz confidencial na proteção das crianças, dos jovens e famílias. No entanto, foi possível refletir com a enfermeira orientadora sobre alguns casos e na forma como estas situações interferem no desenvolvimento saudável da criança/ do jovem, a nível físico, psicológico, emocional e social.

A CPCJ é uma comissão de rede nacional e tem como objetivo a proteção dos direitos das crianças e dos jovens até aos dezoito anos, visando promover os direitos da criança/do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou o seu desenvolvimento integral. Como membro integrante da CPCJ, compete à enfermeira a intervenção em situações identificadas como de perigo para a criança/ o jovem, procedendo ao respetivo diagnóstico e instrução do processo, decisão, acompanhamento e revisão das medidas de promoção e proteção em conjunto com as famílias.

Também tive oportunidade de efetuar uma visita domiciliária num bairro em que a enfermeira orientadora faz intervenção comunitária e o acompanhamento das famílias residentes, oriundas essencialmente de países africanos de língua oficial portuguesa, muitas em situação ilegal e com fracos recursos económicos. Neste bairro é feito o atendimento semanal à população, no sentido de dar resposta às suas necessidades de saúde aos três níveis de prevenção, articulando com diversas instituições. A visita realizou-se a uma família com uma criança de oito anos, que tinha estado sinalizada à CPCJ, permitindo assim avaliação da estrutura e o contexto do sistema familiar.

Ainda no contexto do estágio, foi possível realizar, em conjunto com uma estudante do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem da mesma instituição, duas sessões dirigidas aos pais acerca da promoção do desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos.

Estas experiências marcaram de forma muito significativa este meu percurso porque os cuidados de proximidade junto das populações permitem-nos intervir em primeira linha, de acordo com as suas realidades. Por outro lado, é fundamental não esquecermos a Lei dos Cuidados Inversos, que afirma que as pessoas com maiores necessidades de cuidados de saúde procuram menos os serviços de saúde. Existe um grande número de evidência científica que indica que os indivíduos economicamente carenciados têm menos probabilidade de obter os cuidados primários, secundários e/ou preventivos necessários (Grabovschi, Loignon, & Fortin, 2013).

Este estágio permitiu a prestação de cuidados de proximidade na comunidade, experiência que já tinha vivenciado no início da minha carreira, mas agora com um olhar baseado em conhecimentos especializados, contribuindo na prática para o desenvolvimento de competências comuns de EE “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (Regulamento 122/2011, p.8649), “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento 122/2011, p.8652) e de melhoria contínua, participando nos projetos desenvolvidos pela UCC, e de competências especializadas de EEESIP, transversais aos diferentes domínios, nomeadamente na maximização da saúde da criança/do jovem com a família e na prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento (Regulamento nº123/2011).

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A definição do percurso de estágio implicou desde o primeiro momento o desenvolvimento de competências a diferentes níveis:

- competências comuns de EE (Regulamento nº 122/2011);
- competências específicas de EEESIP (Regulamento nº123/2011);
- competências atribuídas àquele que possui o grau de mestre, deter conhecimentos e compreensão; aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções; comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes; desenvolver competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida (Decreto Lei n.º 115/2013).

No capítulo anterior explicitarei as competências específicas do EEESIP desenvolvidas, associadas às atividades planeadas e às experiências vividas, pelo que neste, não se encontram discriminadas.

Para Phaneuf (2005), competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas que, de uma forma integrada, permitem exercer um papel, função, tarefa ou atividade. A competência afirma-se na complexidade das situações reais, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável. No entanto, Benner (2005) refere que no domínio do cuidar podemos considerar vários níveis de competência iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Evidencia que o enfermeiro perito passa do estado de compreensão da situação ao ato apropriado sem necessitar de se apoiar em princípios analíticos porque tem uma grande capacidade de adaptabilidade, utilizando e adequando experiências concretas do seu passado profissional em situações atuais idênticas.

Segundo a OE, o EE é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº123/2011, p. 8648).

A passagem por diferentes contextos de estágio e a análise reflexiva da minha prática contribuíram para o desenvolvimento de competências de EE e para uma prática de enfermagem avançada baseada na evidência, no sentido da excelência dos cuidados e da promoção do desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina.

Relativamente às competências comuns de EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, baseei sempre a minha intervenção e processo de tomada de decisão nos instrumentos reguladores da profissão, o REPE, o CDE, o Regulamento dos Padrões de Qualidade e nos Guias Orientadores de Boas Práticas relativos aos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem como, por exemplo, na gestão da dor e na promoção do desenvolvimento infantil.

A construção do dossiê temático e a participação nos projetos existentes na UCC, e o projeto futuro de Visitação Domiciliária foram contributos para desenvolver competências de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Observar e acompanhar as enfermeiras orientadoras em funções de gestão, como a gestão de recursos humanos através da distribuição de clientes pelos enfermeiros da equipa e da articulação com a equipa multiprofissional, por forma garantir a qualidade dos cuidados, a função de supervisão, consultadoria da equipa e apoio na tomada de decisão, permitiu-me refletir sobre alguns dos fatores facilitadores e dificultadores da liderança, como a gestão de conflitos, contribuindo para desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados.

O levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros relativamente aos maus tratos a crianças e aos jovens e a realização de sessões de formação, a pesquisa bibliográfica da evidência científica que sustenta os cuidados de excelência, e a realização da *scoping review* contribuíram para as aprendizagens profissionais.

No que concerne às competências específicas do EEESIP, a sua atuação baseia-se na prestação de cuidados de enfermagem de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias a três níveis: 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 (Regulamento nº 123/ 2011).

O estabelecimento das competências a desenvolver teve por base o projeto e o autodiagnóstico de competências específicas do EEESIP realizado na Unidade

Curricular Opção II, as orientações da OE para a atribuição do título de EEESCJ e a problemática identificada.

Uma das minhas principais necessidades centrava-se ao nível do cuidar da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade. Considerando que o meu percurso profissional se desenvolveu maioritariamente nos CSP, as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio, assim como as atividades desenvolvidas, permitiram o desenvolvimento das minhas competências de futura EEESIP, nos três domínios. Tive sempre presente a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos, cuidando da criança/do jovem e família para promover o mais elevado estado de saúde possível em diferentes contextos. Prestei cuidados à criança saudável e doente, proporcionei educação para a saúde e identifiquei recursos de suporte à família, como preconizado no Regulamento nº123/2011.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A frequência deste Mestrado em Enfermagem teve como objetivo a obtenção do título de EEESCJ e do grau de mestre. Todo o percurso apresentado surgiu de uma problemática identificada em contexto de trabalho e da necessidade de desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família, nos cinco contextos de estágio definidos.

O percurso de estágio foi muito enriquecedor, permitindo a vivência de experiências que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. O recurso à prática reflexiva, à pesquisa, na procura da evidência científica, contribuiu para o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão baseada numa prática de enfermagem avançada.

Finalizado este percurso verifiquei que, em todos os contextos, os enfermeiros têm por base a filosofia da enfermagem pediátrica, nomeadamente os CCF e os CNT, visando a promoção do desenvolvimento infantil.

A opção conceptual pelo MSN foi um contributo essencial que permitiu encarar a criança/o jovem e a família como um sistema, cujo processo saúde-doença está em permanente interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes stressores. Neste sentido, as intervenções de enfermagem foram baseadas numa apreciação holística do cliente, considerando os stressores presentes e promovendo os fatores de proteção para a manutenção do equilíbrio do sistema. Para tal, recorreu-se a diferentes estratégias, como a comunicação, a brincadeira terapêutica, o estabelecimento de relações terapêuticas, a promoção de ambientes saudáveis e a orientação antecipatória individual ou em grupo.

A temática específica da avaliação e intervenção no risco de maus tratos às crianças, enquanto problemática e investimento pessoal, foi transversal a todos os locais de estágio. Neste percurso a reflexão e análise das práticas de enfermagem relativas à prevenção e intervenção de situações de maus tratos às crianças permitiu perceber o papel do enfermeiro nos N(H)ACJR e as limitações existentes a uma intervenção sustentada num quadro legal bem definido com recurso a diversos documentos de apoio, como por exemplo o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos maus tratos em crianças e jovens.

Embora o sistema legal de proteção das crianças e dos jovens esteja bem definido, assim como a intervenção do enfermeiro, membro das entidades com competência em matéria de infância e juventude e que constituem a base da pirâmide de atuação ou do N(H)ACJR, as condicionantes situam-se na maioria das vezes fora do campo de ação do enfermeiro, nomeadamente a escassez de recursos humanos e o número de horas alocadas ao N(H)ACJR. Ao longo do estágio foram efetuados esforços no sentido da sensibilização dos profissionais para esta problemática. Ressalva-se que a “avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família” (PNSIJ, 2013, p.12).

O risco familiar está associado a situações de risco que dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança no domínio da segurança, da saúde, da formação, da educação e do desenvolvimento (DGS, 2008).

Com as alterações ao PNSIJ (2013) surgiu um novo sistema de informação de apoio à prática dos profissionais de saúde nos CSP, o *S-Clinic* que integra um módulo de registo informático denominado “Avaliação do Risco Familiar.” Este fornece aos profissionais de saúde um instrumento de suporte à sua ação na abordagem, diagnóstico e intervenção em situações de maus tratos em crianças e jovens (DGS, 2016).

Cuidar e assegurar a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros (Francis et al., 2012). Contudo, de acordo com a pesquisa efetuada, diversos estudos salientam a necessidade de formação dos enfermeiros nesta área (Silva, Afonso & Silva, 2014; Louwers, Korfage, Affoutit, Koning & Moll, 2012; Pabis, Wronska, Slusarska & Cuber, 2010; Shelly, Eisbach & Driessnack, 2010).

Saliento que a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, sofreu alterações este ano, através da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, alargando o período de proteção até aos 25 anos, no seu artigo 5º, alínea a), podendo trazer novos desafios aos profissionais que integram a CPCJ, pois define criança ou jovem - a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, e ainda a pessoa até aos 25 anos, sempre que existam, e apenas enquanto durem processos educativos ou de formação profissional.

Durante este percurso mudei o meu local de prestação de cuidados para uma UCSP, que recebe muitas crianças sem médico de família atribuído, comprometendo por vezes uma vigilância de saúde adequada no que concerne ao cumprimento do PNSIJ. Esta situação e as limitações que fui tendo relativamente à formação dos profissionais de saúde para a avaliação do risco familiar nos maus tratos às crianças e jovens implicou o repensar dos meus projetos futuros por forma a adequar e responder às necessidades do novo contexto laboral.

Para a obtenção de ganhos em saúde na área dos maus tratos às crianças, prevenindo a ocorrência/recorrência de situações e evitando o perigo, é fundamental investir na prevenção e na identificação das crianças em risco e do meio que as rodeia. Por outro lado, é igualmente necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados, motivados, dotados de competências apropriadas e disponham de mecanismos reais de cooperação que lhes proporcionem segurança e efetividade no trabalho desenvolvido.

Uma vez que a nível do ACES se preconiza essa sensibilização através da formação, optei por investir na área da visitação domiciliária, “elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco” (PNSIJ, 2013, p.7). A minha experiência profissional nessa área, a vivência em estágio, a pesquisa da evidência científica para realização de uma nova *scoping review*, revelam a sua importância na prevenção dos maus tratos às crianças e aos jovens.

Sendo atualmente a interlocutora do PNSIJ na unidade onde trabalho e a responsável pelas crianças e jovens identificados como sendo de risco, pretendo conceber um projeto de intervenção nessa área.

Em suma, por tudo o que foi analisado, considero que este percurso permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional, que os objetivos propostos para o presente relatório foram atingidos e que a metodologia adotada foi adequada. Ao longo deste relatório fui descrevendo as competências adquiridas/desenvolvidas durante o estágio. Os conhecimentos e competências desenvolvidos não se esgotam neste relato e serão mobilizados diariamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família no contexto profissional, mas também através da partilha de evidências científicas e da formação da equipa nesta área específica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16 (4),230-244. Acedido a: 14/12/2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336916301118>
- Alvarez, D. (2016). AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS COMISSÕES DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS – RELATÓRIO ANUAL 2015. LISBOA: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Disponível em: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?14.04.18>.
- APAV (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Batalha, L.M.C., Reis, G.M.R., Costa, L.P.S., Carvalho, M. D.R. & Miguens, A.P.M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, II (20),7-14. Acedida a 18/03/2016. Disponível em: http://rr.esenfc.pt/pa3/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2145&id_revista=4&id_edicao=27
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Lisboa, Quarteto.
- Brazelton, T. B. (2010). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Cardoso, A., Silva., A. P. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 11-20.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>
- Carta da Criança Hospitalizada. Acedida em 18/03/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Comité Português para a UNICEF (2013). *As crianças e a crise em Portugal – Vozes de crianças, Políticas Públicas e Indicadores sociais*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. Acedido em 15/02/2016. Disponível em:

<https://www.unicef.pt/as-criancas-e-a-crise-em-portugal/files/Relatorio-Unicef.pdf>

Costa, R., Klock, P., & Locks, M. O. H. (2012). Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, 20 (3), 349-353. Acedido a 10/01/2017. Disponível em:

<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2382/2883>

Coughlin, M.E (2014). *Transformative Nursing in the NICU-Trauma-Informed Age-Appropriate Care*. New York: Springer Publishing Company.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2017). *Relatório de avaliação da atividade das CPCJ- 2016*. Acedido a 16/08/2017. Disponível em:

http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=6508&m=PDF

Declaração sobre os Direitos da Criança. Acedido a 29/02/2016. Disponível em:

http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. (2013). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República I Série, N.º 151 (07-08-2013)*, 4749–4772. Disponível em:

www.dre.pt

Dias, I., Ribeiro, C. & Magalhães, T. (2010). A construção social do abuso na infância. In T., Magalhães (Coord.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico* (pp. 7-21). Lisboa: Lidel.

Domingues, S. Leite, J., Martins, I., Sampaio, J., Fonseca, G. & Lira, S. (2014). Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente. *NASCER E CRESCER*, 23 (3), 124-133. Acedido em 11/06/2016. Disponível em:

<http://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/8691>

Direção Geral da Saúde (2016). *AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO - Relatório 2015*. Acedido a 16/08/2017. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/rel-relatorio-dezembro-2016-maus-tratos-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar|2015*. Acedido a 16/8/2017. Disponível em:

<http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 29/02/2016. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Acedido a 29/02/2016. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Direção Geral da Saúde (2008). *Acção de saúde para as crianças e Jovens em risco: documento técnico*. Acedido a 31/03/2016. Disponível em:

http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaoosade-pdf.aspx

Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Acedido a 10/10/2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%A2ncia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Joens, J., & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 41(1), 58–69.

DOI: <http://doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.58>.

Fundação do Gil. (2014). Documento Estratégico: Cuidados Pediátricos Integrados. *Fundação do GIL*, 1–21.

Gaspardo, C. M., Martinez, F., & Linhares, M. B. M. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Rev. Paul Pediatric*, 28(1), 77–85. Acedido a 10/01/2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n1/v28n1a13.pdf>

Generalitat Valenciana (2010). *Promoção e protecção dos direitos da criança: guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Goyal, N. K., Teeters, A. & Ammerman, R. T. (2013). Home Visiting and Outcomes of Preterm Infants: A Systematic Review. *Pediatrics*, 113 (3). Acedido a 15/03/2017. Disponível em:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/132/3/502>

Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*.

DOI:<http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>

Hockenberry, M.J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coords.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Jovem (9th ed.)* (pp.1-20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Jovem (9th ed.)*. Loures: Lusociência.

<http://www.cdc-hgo.com/>

INEM (2012). NORMAS, EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS MANUAIS, VERSÃO 2.0. Acedido em 15/10/2016. Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172029436503.pdf>

Institute for Patient-and Family-Centered Care. Advancing the practice of patient- and family-centered care in primary care and other ambulatory settings - how to get started. Acedido a 15/10/2016. Disponível em:

<http://www.ipfcc.org/pdf/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>

Institute for Family-Centred Care. Patient-and family-centred care. Acedido a 15/01/2016. Disponível em:

<http://www.ipfcc.org/>

- Instituto Nacional de Estatística (2015). Rendimento e condições de Vida 2013. Dia Internacional da Erradicação da Pobreza. Acedido em 15/04/2016. Disponível: <http://www.ine.pt>
- Jaudes, P. K. & Mackey- Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated?. *Child Abuse & Neglect*, 32 (7),671-681. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.08.007>
- Jefferies, A. L. (2014). Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee, Paediatr Child Health*, 19(1), 31-36. Acedido a 08/03/2016. Disponível em: <http://www.cps.ca/assets/pdfreactor/pdf.php?lang=en&paper=facilitating-discharge-of-the-preterm-infant>
- Lei n.º 23/2017 de 23 de maio (2017). Terceira alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alargando o período de proteção até aos 25 anos. *Diário da República I Série*, N.º 99 (23-05-2017) 2494.
- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República I Série A*, N.º 204 (1-09-1999) 6115-6132.
- Louwers, E. C.F. M., Korfage, I. J., Affoutit, M.J., Koning, H.J. & Moll, H.A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12(167), 1-6. Acedido a 10/10/2016. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/167>
- Magalhães, T. (Coord.) (2010). *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa:Lidel.
- Martins, C.A., Abreu, W. & Barbieri de Figueiredo, M.C. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 121- 131. DOI:10.12707/RIII1394
- McElfresh, P. e Merck, T. (2014) Cuidados Centrados na Família em situações de Doença Crónica ou Incapacidade in Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Jovem* (9th ed.). Loures: Lusociência.
- Neuman, B.& Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). USA: Pearson Education.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho. Diário da República, 2.ª série, N.º 112 (11-06-2010) 32123.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro. Diário da República, 2ª série, N.º 236 (5/12/2008), 49207- 49231.

Nichiata, L.Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F. & Fracolli, L. A. (2008). The use of the “vulnerability” concept in th nursing área. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16 (5).

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>

Oliveira, A., Guerra, M.P., Cunha, F.I., Peralta, L., Almeida, S., Bicho, A (2010). Serviço de Urgência Pediátrico: casuística de um hospital com serviço de Pediatria Geral. *Saúde Infantil*, 32 (2), 53-58. Acedido em 17/10/ 2016. Disponível em:

http://saudeinfantil.asic.pt/article_detail.php?article_id=164

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE®- Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA D ENFERMAGEM. Loures: Lusodidacta.

Disponível em:

<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA*. Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II (Vol. 2)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pabis´, M., Wronska, I., Slusarska, B. & Cuber, T. (2010). Paediatric nurses’ identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384–393.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010. 05473.x

- Peixoto, N.M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino Clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (11), 121-132. Acedido em 13/02/017. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38. Disponível em:
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Queluci, G.C, Figueiredo, N.M.A. (2010). Sobre as situações de Enfermagem e seus graus de complexidade – menor, média e maior – na prática assistencial hospitalar, *Esc Anna Nery Rev. Enfermagem*, 14(1),171-176. Acedido a 06/02/2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a25.pdf>
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República 2ª Série*, N.º 119 (22-06-2015) 16660-16665.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, Nº 35 (18-02-2011) 8653 – 8655.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, Nº 35 (18-02-2011) 8648 – 8653.
- Saewyc, E. M (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coords.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Jovem* (9th ed.) (pp. 784-823). Loures: Lusociência.
- Saltmarsh.T.& Wilson, D. (2017). Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection. *Journal of Clinical Nursing*. Version of Record online. DOI: 10.1111/jocn.13645.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. (4), 59-62. Acedida a 13/02/2017. Disponível em: http://web.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10

Simkiss, D.E. (2011). Community care of children with complex health needs. *PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH*, 22(5), 193-197. Acedido a 06/02/2017. Disponível em:

[http://www.paediatricsandchildhealthjournal.co.uk/article/S1751-7222\(11\)00222-8/pdf](http://www.paediatricsandchildhealthjournal.co.uk/article/S1751-7222(11)00222-8/pdf)

Shelly S. Eisbach, S.S. & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317-323.

DOI: 10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x

Silva, D., Afonso, V. L. & Silva, B. E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Detecção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium*, 47, 69-82. Acedido em 30/03/2016. Disponível em:

<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf>

Teeuw, A. H., Derky, B.H.F., Koster, W.A. & Van Rijn, R.R. (2012). Educational paper. Detection of child abuse and neglected at the emergency room. *Eur J Pediatr*, 17, 877-885.

DOI: 10.1007/s00431-011-1551-1

Wright, M.L. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias – Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5th ed.). São Paulo: Roca.

World Health Organization & International Society For Prevention Of Child Abuse And Neglect (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Acedido em 04/04/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf

World Health Organization (1986) - Carta de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (17-21 de novembro de 1986). Acedido em 11/06/2016. Disponível em:

<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj99q5xJvXAhXpLcAKHfpQBW0QFggmMAA&url=https%3A>

[%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fpaginas-de-sistema%2Fsaude-de-a-a-z%2Fcarta-de-otawa-1986.aspx&usg=AOvVaw1jFDMn9iqIWJQ6346kIAeF](http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx&usg=AOvVaw1jFDMn9iqIWJQ6346kIAeF)

APÊNDICES

Apêndice I
Cronograma

Apêndice II
Protocolo da Scoping Review

A Visitação Domiciliária na prevenção dos maus tratos à criança: a *scoping review protocol*

Autores: Matos, Cristina, MSc estudante ¹

Soveral, Maria Manuela, PhD ²

1. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
2. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem.

Autor para correspondência:

Cristina Matos

cristina.matos@campus.esel.pt

Titulo: A Visitação domiciliária na prevenção dos maus tratos à criança: a *scoping review protocol*.

Objetivo: Conhecer o contributo dos programas de visitação domiciliária na prevenção dos maus tratos à criança.

Questão: Qual o contributo dos programas de visitação domiciliária na deteção do risco de maus tratos à criança?

Background:

A Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990, entende as crianças como “todo o ser humano menor de 18 anos (...)” ¹. (p.6). Esta convenção aborda os direitos das crianças, os deveres dos pais, tutores e da sociedade em geral, pelo seu desenvolvimento total, e da sua saúde em particular, respeitando a sua fragilidade, a sua vulnerabilidade e a sua autonomia.

Como é referido no preâmbulo da Declaração Universal Dos Direitos Da Criança (1959), “constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e

disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde”² (p.8).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³, todas as crianças têm direito à saúde e a uma vida livre de violência. No entanto, todo os anos milhões de crianças são vítimas e testemunhas de violência, física, emocional e sexual.

Os maus tratos em crianças e jovens têm um grande impacto na saúde física e mental, no seu bem-estar e desenvolvimento, e na sociedade em geral, sendo atualmente um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial.

A OMS³ define maus-tratos à criança como: abuso e negligência que ocorre em crianças. Inclui todos os tipos de maus tratos, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou outro, que resulte em danos reais ou potenciais na criança, à sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade. Em Portugal, os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, praticada pelos pais, cuidadores ou outros, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança⁴, estando associados a diversos fatores de risco.

O conceito de risco é amplo e abrangente, sendo que o risco familiar está associado a situações de risco que dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança no domínio da segurança, da saúde, da formação, da educação e do desenvolvimento.⁵

Entende-se por fatores de risco qualquer tipo de variáveis de ordem física, psicológica, relacional e social que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos, ou que impeçam o adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens, podendo estar relacionadas com a criança, com a família e com a comunidade.

No entanto, a sua presença isolada pode não significar risco, pelo que a avaliação das situações deverá ser global, prevalecendo a reflexão e o bom senso dos profissionais. Neste processo, é fundamental procurar identificar, outros elementos que atuem como fatores protetores, ou seja, as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como moderadores dos fatores de risco. Segundo a DGS⁴, os maus tratos resultam da conjugação desses fatores que interagem entre si e também das crises da vida.

Relativamente às situações de risco, de maus tratos ou à presença de necessidades de saúde especiais, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção e promover a articulação entre o PNSIJ, a Ação de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), o Programa Nacional Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, entre outros, com o objetivo de identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência.²

De acordo com o Relatório de 2016⁶ da CPCJ, foram acompanhados **72177** processos, o que representa uma taxa de incidência nacional de 3,7%, sendo que a saúde sinalizou cerca de 6% das situações ⁶. No que respeita à distribuição da casuística pelos diferentes tipos de maus tratos, há a registar, em 2016, uma vez mais, a grande predominância de situações classificadas como “Negligência”, com um valor percentual de cerca de 70% do total de casos sinalizados.⁶

Os maus tratos na criança e no jovem constituem uma problemática social, sendo importante a compreensão da sua gravidade, através de uma maior preocupação a nível da sua resolução, quer pela implementação de instrumentos que permitam ganhos na prevenção dos maus tratos da criança e jovem, quer na sua deteção e diagnóstico precoce, “a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família” ² (p.12). A visita domiciliária (VD) é considerada um “elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco” ² (p.7).

A VD é uma estratégia importante na obtenção de ganhos em saúde em relação às mães e aos bebés, a nível do desenvolvimento infantil, da interação pais-bebé, do abuso/negligência e do crescimento/nutrição. Numa revisão sistemática da literatura, conclui-se que existem estudos que sustentam que as visitas domiciliárias na primeira infância para lactentes prematuros promovem uma melhor interação entre os pais e os bebés e o desenvolvimento infantil.¹⁰

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, a avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança enquadra-se nas funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem, sendo da sua competência

assistir a criança/ o jovem com a família, na maximização da sua saúde. Assim, identifica situações de risco para a criança e jovem, sensibiliza os pais, os cuidadores e os profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção, assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos, Regulamento nº123/2011. ⁷.

O enfermeiro especialista como membro da equipa de saúde, tem um papel de primeira linha na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança.

Após pesquisa nas bases de dados JBISRIR e *Chochrane Database of Systematic Reviews* foi encontrada uma *scoping na JBISRIR*, relacionada com os maus tratos, mas não diretamente com a temática proposta.

De forma a conhecer a evidência científica atual, foi desenvolvido um protocolo para uma *scoping review*.

Critérios de inclusão (PCC):

População – Criança e Família

Conceito – Prevenção de Maus tratos

Contexto: Visitação Domiciliária

Critérios de Exclusão:

Estudos que não incluam o conceito de interesse.

Tipos de pesquisa: literatura cinzenta, publica es e literatura disponível em bases de dados electrónicas: estudos primários, revisões sistemáticas, meta análises e meta-sínteses.

Estratégia de pesquisa:

A desenvolver em três etapas:

1^a Etapa: pesquisar nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, com recurso a linguagem natural e indexada; posterior análise das palavras contidas no título e resumo dos artigos encontrados;

2^a Etapa: alargar a pesquisa a outras bases de dados, como a Cochrane usando as palavras-chave e termos de indexa o identificados;

3ª Etapa: analisar a bibliografia dos artigos identificados, na procura de novos artigos que possam ser úteis para a pesquisa.

Serão considerados apenas os artigos com *abstract* e *full text* disponíveis eletronicamente nas bases de dados, escritos em inglês e português, com data de publicação entre 2011 e 2017 para a obtenção de resultados atualizados. Serão considerados os estudos qualitativos e quantitativos.

Extração de dados: será apresentada em forma de tabela (Apêndice I), adaptada segundo as orientações de “*Methodology for JBI scoping Reviews*”⁹ permitindo uma maior facilidade na leitura dos dados e com uma breve descrição dos resultados que respondam à questão da revisão.

Síntese de Dados:

A extração de dados de cada estudo será apresentada de forma a refletir os objetivos da *scoping review*. Os dados dos estudos serão apresentados relativamente ao contributo da visita domiciliária na prevenção dos maus tratos à criança.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Declaração sobre os Direitos da Criança. [Internet] 2004. Available: from: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
2. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [Internet] 2013. Available from: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
3. Organização Mundial da Saúde. Preventing Child Maltreatment: a guide to Taking action and generating evidence. [Internet] 2006; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
4. Direção Geral da Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. [Internet] 2011. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>
5. Direção Geral da Saúde. Acção de saúde para as crianças e Jovens em risco: documento técnico. [Internet] 2008; p. 1-79. Available from: http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencao_saude-pdf.aspx
6. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Relatório de avaliação da atividade das CPCJ- 2016. [Internet] 2017. Available from: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=6508&m=PDF
7. Diário da República II Série Nº35. Regulamento n.º 123/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. 2011.p.8653 – 8655.
8. Queen's Joanna Briggs Collaboration. CAN---SYNTHESIZE is a quick reference resource to guide the use of the Joanna Briggs Institute methodology of synthesis. [Internet] 2015. Available from: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjM59X007fNAhWEuBoKHQIPa6oQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fjoan>

nabriggs.org%2Fassets%2Fdocs%2Fjbc%2Foperations%2Fcan-synthesise%2FCAN_SYNTHESE_Appendices-V4.docx&usg=AFQjCNF2Wf17Rae3IVjuG2JqBQ9OppvkGQ

9. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. [Internet] 2015. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
10. Goyal NK, Teeters A, Ammerman R T. Home Visiting and Outcomes of Preterm Infants: A Systematic Review. *Pediatrics*. [Internet]. 2013; 113 (3):502-516. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/3/502>

Apêndice I: Instrumento de Extração de Dados

Autor	
Ano de Publicação	
País de Origem	
Objetivo(s)	
Tipo de Estudo	
População/Amostra	
Metodologia	
Profissionais Envolvidos	
Contexto	
Intervenções	
Duração da Intervenção	
Resultados	
Conclusões	

Apêndice III
Scoping Review

A Visitação Domiciliária na prevenção dos maus tratos à criança: a *scoping review*

Autores: Matos, Cristina, MSc estudante ¹

Soveral, Maria Manuela, PhD ²

1. Enfermeira, ACES Almada/Seixal.
2. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem.

Autor para correspondência:

Cristina Matos

cristina.matos@campus.esel.pt

RESUMO

Enquadramento

Os maus tratos na criança e no jovem constituem uma problemática social, sendo importante a compreensão da sua gravidade e uma maior preocupação a nível da sua resolução, quer na sua deteção e diagnóstico precoce, quer pela implementação de instrumentos que permitam ganhos na prevenção dos maus tratos da criança e do jovem,

A visitação domiciliária é uma estratégia importante na obtenção de ganhos em saúde em relação aos pais e aos bebés, a nível do desenvolvimento infantil, da interação pais-bebé, da prevenção do abuso/negligência e do crescimento/nutrição.

Objetivo: O objetivo desta *scoping review* é conhecer o contributo dos programas de visitação domiciliária na prevenção dos maus tratos à criança.

Crítérios de Inclusão

Tipo de Participantes: esta *scoping review* inclui os estudos com crianças e famílias sujeitos a programas de visitação domiciliária.

Conceito: nesta *scoping review* são considerados os estudos que incluam a prevenção dos maus tratos à criança como intervenção

Contexto: esta revisão considera os estudos em que a prevenção dos maus

tratos à criança é uma intervenção no contexto da visitação domiciliária.

Tipo de estudos: Esta *scoping review* considera os estudos quantitativos, qualitativos.

Estratégia de Pesquisa: Esta *scoping review* foi realizada com base no *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015*, respeitando as três etapas de pesquisa. Recorreu-se a 3 bases de dados, com o intuito de encontrar estudos publicados em língua inglesa ou portuguesa, entre 2007 e 2017.

Extração de Resultados: Foi elaborado um instrumento de extração de resultados que inclui os detalhes da população, do conceito, do contexto, dos métodos de estudo com significado para a questão e objetivos da *scoping review*.

Resultados: Nesta *scoping review* foram incluídos oito estudos publicados em Inglês. O tipo de estudos é na maioria quantitativo, publicados nos últimos cinco anos e realizados nos Estados Unidos da América, à exceção de um que foi realizado no Canadá. Os estudos foram realizados em visitas domiciliárias por diferentes prestadores de cuidados de saúde.

Conclusões: A visitação domiciliária aumenta a duração das interações positivas entre cuidadores e filhos, reduzindo várias formas de negligência dos pais na primeira infância. Os programas de visitação domiciliária e de intervenção precoce estão preparados para apoiar a construção de competências para pais e famílias, com o objetivo de promover o desenvolvimento harmonioso da criança.

Implicações para a prática: A visitação domiciliária às famílias elimina muitas das barreiras à intervenção pós-natal. Embora a visita domiciliária seja dispendiosa, existe benefício na relação custo-eficácia através da redução dos maus tratos na infância.

Enquadramento

A Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990, entende as crianças como “todo o ser humano menor de 18 anos (...)”¹ (p.6). Esta convenção aborda os direitos das crianças, os deveres dos pais, tutores e da sociedade em geral, pelo seu desenvolvimento total, e da

sua saúde em particular, respeitando a sua fragilidade, a sua vulnerabilidade e a sua autonomia.

Como é referido no preâmbulo da Declaração Universal Dos Direitos Da Criança (1959), “constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde”² (p.8).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³ todas as crianças têm direito à saúde e a uma vida livre de violência. No entanto, todos os anos milhões de crianças são vítimas e testemunhas de violência, física, emocional e sexual.

Os maus tratos em crianças e jovens têm um grande impacto na saúde física e mental, no seu bem-estar e desenvolvimento, e na sociedade em geral, sendo atualmente um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial.

A OMS³ define maus-tratos à criança como: abuso e negligência que ocorre em crianças. Inclui todos os tipos de maus tratos, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou outro, que resulte em danos reais ou potenciais na criança, à sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade. Em Portugal, os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, praticada pelos pais, cuidadores ou outros, que ameace a segurança, dignidade e o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança⁴, estando associados a diversos fatores de risco.

O conceito de risco é amplo e abrangente, sendo que o risco familiar está associado a situações de risco que dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança no domínio da segurança, da saúde, da formação, da educação e do desenvolvimento⁵.

Entende-se por fatores de risco quaisquer tipos de variáveis de ordem física, psicológica, relacional e social que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos, ou que impeçam o adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens, podendo estar relacionadas com a criança, com a família ou com a comunidade. No entanto, a sua presença isolada pode não significar risco, pelo que a avaliação das situações deverá ser global, prevalecendo a reflexão e o bom senso dos profissionais.

Neste processo, é fundamental procurar identificar outros elementos que atuem como fatores protetores, ou seja, as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como moderadores dos fatores de risco. Segundo a DGS⁴, os maus tratos resultam da conjugação desses fatores, que interagem entre si e também das crises da vida.

Relativamente às situações de risco, de maus tratos ou à presença de necessidades de saúde especiais, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção e promover a articulação entre o PNSIJ, a Ação de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, entre outros, com o objetivo de identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência².

De acordo com o Relatório de 2016⁶ da CPCJ, foram acompanhados 72177 processos, o que representa uma taxa de incidência nacional de 3,7%, sendo que a saúde sinalizou cerca de 6% das situações⁶. No que respeita à distribuição da casuística pelos diferentes tipos de maus tratos, por ARS, há a registar, em 2016, uma vez mais, a grande predominância de situações classificadas como “Negligência”, com um valor percentual de cerca de 70% do total de casos sinalizados⁶.

Os maus tratos na criança e no jovem constituem uma problemática social, sendo importante a compreensão da sua gravidade e uma maior preocupação a nível da sua resolução, quer pela implementação de instrumentos que permitam ganhos na prevenção dos maus tratos da criança e do jovem, quer na sua deteção e no diagnóstico precoce, pelo que “a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família”² (p.12). A visitação domiciliária (VD) é considerada um “elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco”² (p. 7).

A VD é uma estratégia importante na obtenção de ganhos em saúde em relação às mães e aos bebés, a nível do desenvolvimento infantil, da interação pais-

bebé, da prevenção do abuso/negligência e do crescimento/nutrição. Numa revisão sistemática da literatura, conclui-se que existem estudos que sustentam que as visitas domiciliares na primeira infância para lactentes prematuros promovem uma melhor interação entre os pais e os bebés e o desenvolvimento infantil.¹⁰

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, a avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança enquadra-se nas funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem, sendo da sua competência assistir a criança/o jovem com a família, na maximização da sua saúde. Assim, identifica situações de risco para a criança e jovem, sensibiliza os pais, os cuidadores e os profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção, assiste a criança/o jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos (Regulamento nº123/2011)⁷.

O enfermeiro especialista como membro da equipa de saúde tem um papel de primeira linha na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança.

Após pesquisa nas bases de dados JBISRIR e *Chochrane Database of Systematic Reviews* encontrei um *scoping na JBISRIR*, relacionada com os maus tratos, mas não diretamente com a temática proposta.

De forma a conhecer a evidência científica atual, foi desenvolvido um protocolo para uma *scoping review*.

Objetivo: O objetivo desta *scoping review* é conhecer o contributo dos programas de visitação domiciliar na prevenção dos maus tratos à criança.

Palavras-chave: criança, família, maus tratos, prevenção, visitação domiciliar

Critérios de Inclusão:

Tipo de Participantes: esta *scoping review* inclui os estudos com crianças e famílias sujeitos a programas de visitação domiciliar.

Conceito: Nesta *scoping review* são considerados os estudos que incluam a prevenção dos maus tratos à criança como intervenção

Contexto: Esta revisão considera os estudos em que a prevenção dos maus tratos à criança é uma intervenção no contexto da visitação domiciliar.

Tipo de Estudos: Esta *scoping review* considera os estudos quantitativos e qualitativos.

Crêterios de Exclusão: Estudos que não apresentem a popula o e/ou o conceito correspondente.

Estratégia de Pesquisa

A presente *Scoping Review* inclui todos os estudos publicados em entre 2007 e 2017. Inclui apenas os estudos com resumo em inglês ou português disponíveis eletronicamente nas bases de dados. A estratégia adotada obedece aos cr terios estabelecidos pelo JBI⁹ e foi dividida em três etapas:

Primeira etapa: as bases de dados selecionadas para a pesquisa, considerando a temática, foram a MEDLINE *with Full Text* CINAHL *Plus with Full Text*, usando linguagem natural e indexada, com posterior análise das palavras contidas no título e resumo dos artigos encontrados.

MEDLINE with Full Text, de acordo com os termos de indexa o da MeSH 2017:

Popula o: Child OR Adolescent OR Pre-school OR Infant OR Newborn; Family

Conceito: Child abuse| prevention and control/PC

Contexto: House calls** OR Home care services

Express o de Pesquisa: ((child OR adolescente OR pre-school OR infant OR newborn) AND family) AND (Child abuse| prevention and control/PC) AND (House calls OR Home care services)

CINAHL Plus with Full Text, de acordo com os termos de indexa o da CINAHL *headings*:

Popula o: Child, Family

Conceito: Child abuse| prevention and control/PC

Contexto: Home visits

Expressão de pesquisa: (child and family) AND child abuse|prevention and control/PC AND Home visits

Segunda etapa: foram consideradas as palavras-chave e os termos indexados utilizados anteriormente e estendida a pesquisa à base de dados Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Terceira etapa: foi realizada uma análise da bibliografia dos artigos selecionados com o intuito de identificar artigos pertinentes. Com o recurso a um sistema de referenciação, foram geridos os artigos e removidos os duplicados.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Extração de Resultados

Foi desenvolvido um instrumento de extração de dados que teve em consideração: Autores, Ano, Objetivo, População e Amostra, Conceito/Intervenção e Contexto.

Após a pesquisa realizada nas bases de dados e a implementação dos critérios de inclusão determinados, foram encontrados 44 artigos e removidos 4 duplicados. Depois a leitura do Título e *Abstract* dos restantes 40, foram selecionados 16 artigos. Excluíram-se 24, por não apresentarem a população e/ou o conceito correspondente. Adicionalmente foram identificados através da análise e das referências bibliográficas e pesquisa no *Google scholar* 6 artigos e excluídos 4, resultando num total de 8 artigos selecionados e sintetizados na Tabela1.

De forma a sistematizar este procedimento de seleção, a metodologia é apresentada em esquema (Figura 1).

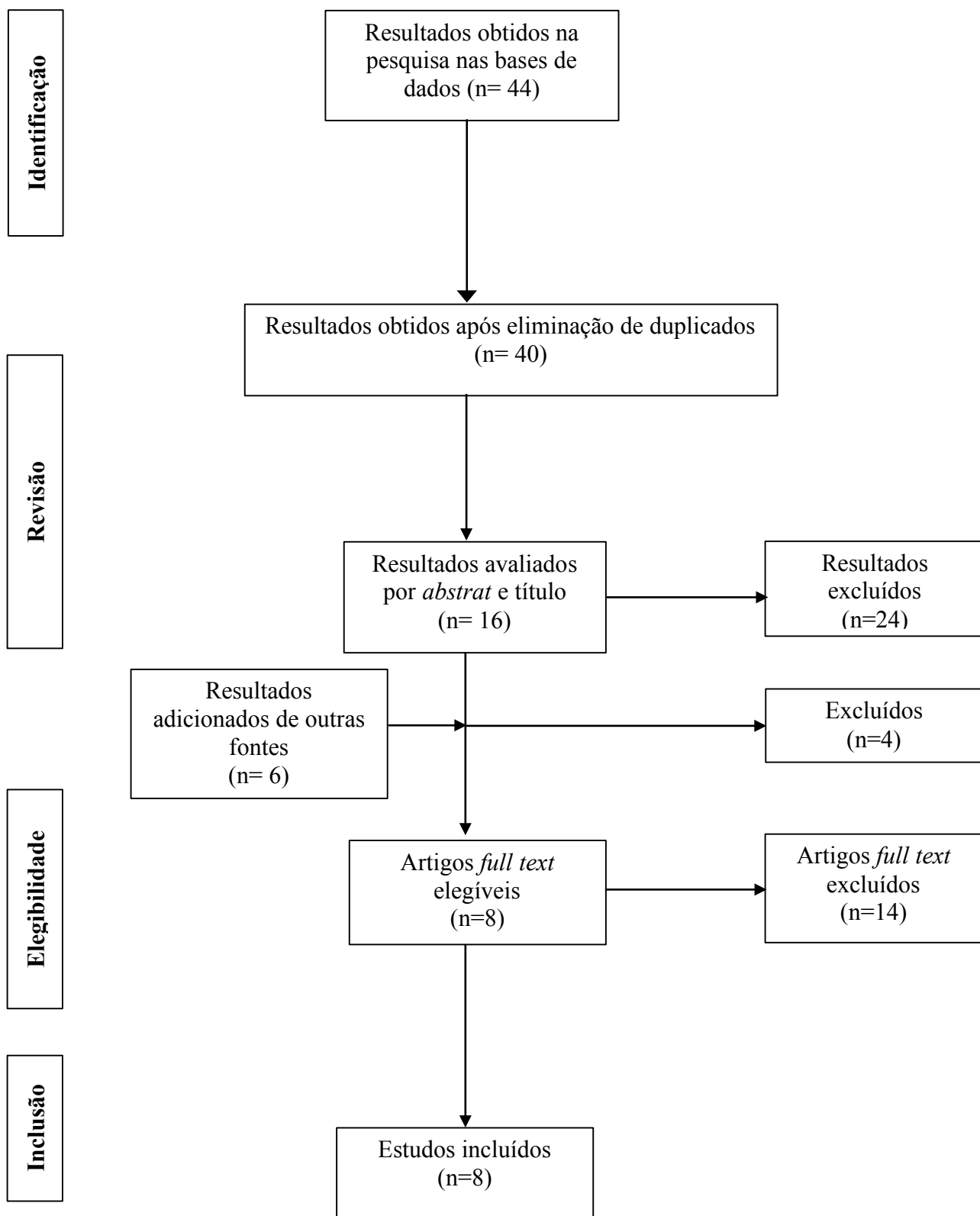


Figura 1: Fluxograma da Metodologia de Seleção dos Estudos

	Autor/ano	Objetivo(s)	Participantes	Conceito	Contexto
1	McKelvey LM, Whiteside-Mansell L, Conners-Burrow NA, Swindle T and Fitzgerald, S (2015) ¹¹	Avaliar a exposição das crianças aos <i>Adverse Childhood Experiences</i> e examinar o potencial de abuso e negligência infantil parental.	1282 crianças dos 0 aos 5 anos e famílias.	Avaliar esses riscos à medida que ocorrem de forma familiar é uma plataforma para visitas domiciliares e outros programas na primeira infância, para trabalhar com as famílias, aumentar as forças familiares e reduzir as experiências adversas.	Visitação Domiciliária
2	Dishion TJ, Mun C.J, Drake EC, Tein JY, Shaw DS and Wilson M, (2015) ¹²	Examinar a hipótese de uma estratégia de visita domiciliária, baseada em pontos fortes, poder promover a vinculação positiva entre o cuidador e o filho, e assim, reduzir várias formas de negligência da primeira infância.	731 famílias com crianças até aos 4 anos.	Todas as avaliações domiciliares foram realizadas com as famílias, incluindo um cuidador primário (PC) e uma criança alvo.	Visitação Domiciliária
3	Alonso-Marsden S, Dodge KA, O'Donnell KJ, Murphy RA, Sato JM and Christopoulos C, (2013) ¹³	Examinar os fatores de risco demográficos e familiares da saúde infantil, que preveem o envolvimento e o seguimento num programa universal de prevenção de maus tratos em casa, para novas mães no Condado de Durham, Carolina do Norte.	2279 famílias no residem no condado de Durham, Carolina do Norte, sendo que as mulheres foram mães entre 1/7/2009 e 31/12/2010.	Os enfermeiros realizaram visita domiciliária programada, 3-5 semanas após o parto.	Visitação Domiciliária

	Autor/Ano	Objetivo(s)	Participantes	Conceito	Contexto
4	Guterman NB, Tabone JK, Bryan GM, Taylor CA, Napoleon-Hanger C and Banman A, (2013) ¹⁴	Este estudo teve como objetivo levar a cabo um ensaio clínico randomizado para avaliar os benefícios dos serviços de assistentes, por <i>paraprofessionals</i> no domicílio, na redução do abuso físico e risco de negligência em pais de alto risco.	138 famílias com crianças até aos 12 anos.	73 com serviços de ajuda aos pais e de gestão de caso e 65 só com gestão de caso, colheita de dados sobre abuso e negligência física e fatores de risco e de proteção, antes do início das visitas e após seis meses.	Visitação Domiciliária
5	McKelvey LM, Burrow NA, Balamurugan,A, Whiteside-Mansell L, and Plummer P, (2012) ¹⁵	Examinar o impacto da intervenção da visitação domiciliária nas atitudes parentais de 227 mães adolescentes.	227 mães adolescentes. As mães atribuídas para intervenção (n = 161) receberam visitas domiciliárias. As mães do grupo de intervenção e do grupo de comparação (n = 66) participaram em reuniões mensais de grupos de pares	Os adolescentes receberam visitas quinzenais de 90 minutos no domicílio. Ambos os grupos participaram em reuniões educacionais de grupos de pares, mensalmente e com a duração de 60 minutos, que variavam nos conteúdos, mas incluíam educação para a saúde para pais.	Visitação Domiciliária

	Autor/ano	Objetivo(s)	Participantes	Conceito	Contexto
6	Green BL, Tart JM, Harrison PM, Nygren M and Sanders MB, (2014) ¹⁶	Avaliar os efeitos do programa sobre a utilização dos serviços e sobre parentalidade e os fatores de risco e de proteção nas crianças associados ao abuso e negligência.	803 mães (402 do grupo Healthy Families Oregon, 401 control group).	Colheita de informação sobre fatores de risco familiar usando o <i>New Baby Questionnaire (NBQ)</i> . Entrevistas padronizadas e estruturadas no 1º aniversário das crianças, a famílias que receberam visitas domiciliares que incluíam 3 medidas de atitudes e habilidades parentais: as atitudes em relação ao castigo corporal- avaliadas, usando os oito itens da escala <i>Adult Adolescent Parenting Inventory, Corporal Punishment Subscale</i> ; a frequência das interações positivas entre pais e filhos- Escala de Atividades de Pais e Crianças; frequência de leitura para a criança; e 3 medidas de bem-estar familiar e parental: funcionamento familiar avaliado utilizando a subescala de Funcionamento Familiar da Pesquisa de Fatores de Proteção; stress parental- avaliado através do <i>Parenting Stress Index</i> — <i>Short Form</i> ; Sintomatologia depressiva.	Visitação Domiciliária
7	Moss E, Dubois-comtois K, Cyr CL, Tarabulsky GM, St-Lauren T D, and Bernier A (2011) ¹⁷	Examinar a eficácia de uma intervenção de curto prazo na alteração do risco, em crianças que sofrem maus tratos.	77 principais cuidadores relatados por maus tratos e os seus filhos (1-5 anos)	O grupo de intervenção recebeu 8 visitas domiciliares semanais dirigidas à diade cuidador-criança e focada em melhorar a sensibilidade do cuidador. As sessões de intervenção incluíram breves discussões de temas relacionados com a regulação de emoção com <i>feedback</i> através de vídeo da interação pai-filho.	Visitação Domiciliária

Autor/ano	Objetivo(s)	Participantes	Conceito	Contexto
<p>8 DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M and Dorabawila V (2007) ¹⁸</p>	<p>Avaliar os efeitos do programa de visitação domiciliária baseado no Healthy Families America nos comportamentos dos pais, nos primeiros 2 anos de vida</p>	<p>1173 famílias em risco de abuso e negligência infantil, que cumprem os critérios para o <i>Healthy Families New York (HFNY)</i>, distribuídas aleatoriamente entre o grupo de intervenção HFNY e o grupo de controlo.</p>	<p>Após a entrevista inicial, os participantes foram entrevistados em suas casas pouco depois do nascimento de seus filhos, no momento do primeiro e segundo aniversários das crianç�as alvo e novamente aos 3 anos.</p>	<p>Visitação Domiciliária</p>

País de Origem:

Dos oito estudos selecionados, sete^{11,12,13, 14, 15, 16,18} foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América e um no Canadá¹⁷.

Ano de Publicação

Na procura de uma evidência científica atualizada, o período de pesquisa foi definido entre 2007 e 2017, sendo que 6^{11,12,13,14,15,16} dos artigos foram publicados nos últimos 5 anos.

Objetivos

Foram selecionados 8 artigos, 6 tinham como objetivos a avaliação do efeito ou impactos dos diversos programas de visitação domiciliária no desenvolvimento infantil e na redução dos maus tratos às crianças. Os restantes estavam diretamente relacionados com a avaliação dos fatores de risco e a exposição das crianças a experiências adversas, tais como os maus tratos.

Tipos de Estudos

Relativamente ao tipo de estudos são todos quantitativos, 2 descritivos, 5 de controlo randomizados e 1 quasi-experimental, sendo 4 longitudinais.

População

Em cinco estudos foram estudadas as intervenções nas famílias e crianças até aos 5 anos. Dois centraram-se em mães adolescentes e os seus filhos e um, nas famílias com crianças até aos 12 anos.

Intervenção e Avaliação

Nos 8 estudos selecionados, foram avaliados os efeitos dos programas de visitação domiciliária no desenvolvimento e na identificação e redução do risco de maus tratos às crianças. Num dos estudos¹¹ foi efetuada uma análise dos registos dos profissionais que realizaram as visitas domiciliárias e contemplavam entrevistas semiestruturadas para avaliar aspetos importantes da família, como o ambiente, as áreas de preocupação e força dos pais, no sentido de reduzir os fatores de risco e

aumentar os fatores de proteção, as crenças parentais associadas ao abuso/negligência e o desenvolvimento da criança.

Outro dos estudos¹³ também tinha como objetivo avaliar os fatores preditores de risco de maus tratos: fatores demográficos, como a pobreza e a idade materna, fatores de risco de saúde infantil, como a doença crônica e a prematuridade, uma vez que os pais destas crianças estão expostos a níveis mais altos de stress. Assim, ainda no hospital foram recrutadas mães, a quem enfermeiros apresentaram o programa e os benefícios da visita domiciliária como oportunidade de apoio e aconselhamento adicionais.

Um dos estudos¹² pretendia avaliar uma abordagem transacional na prevenção dos maus tratos: o *Family check up* (FCU). Foram efetuadas avaliações domiciliárias com famílias, um cuidador primário (PC) e uma criança alvo, idênticas para os participantes nos grupos de controlo e de intervenção. A avaliação envolveu atividades de jogo estruturadas e não estruturadas para o filho alvo e PC, repetidas aos 3 e 4 anos para o grupo de controlo e de intervenção. Todas as interações entre crianças e PC foram filmadas durante a sessão de avaliação, para posterior codificação.

O modelo de serviço da FCU é adaptado individualmente a cada família, com base nos resultados da avaliação feita no domicílio e na necessidade de suporte dos pais. Observar a interação entre pai e filho, em tempo real, permite a possibilidade de a quantificar como positiva, neutra, coerciva ou inexistente. A negligência infantil aos 4 anos foi medida com três classificações, baseadas nas interações observadas em vídeo aos 2,3,4 e 5 anos.

Noutro estudo¹⁴ de avaliação de programas de visita domiciliária, foram realizadas entrevistas de colheita de dados, antes da atribuição aleatória da amostra e o início do programa, e de acompanhamento, após seis meses. Todas as entrevistas iniciais e de acompanhamento foram realizadas nas residências dos participantes do estudo, num momento e localização que as mães consideravam que proporcionariam a máxima privacidade e a mínima probabilidade de interrupção. As respostas foram inseridas em computadores programados para eliminar o erro de entrada de dados. Para minimizar os vieses de auto-relato em questões de natureza sensível (como questões sobre comportamentos relacionados com maus-tratos infantis, depressão ou padrões de uso de substância), todas essas perguntas foram respondidas de forma

privada pelos entrevistados, usando autoentrevistas com gravação de áudio e computador, em que as mães ouviam cada pergunta com *headphones* e inseriam as suas respostas no computador, sem o conhecimento do entrevistador. No final da entrevista, foram colocadas seis breves questões de observação das Escalas de Bem-estar Infantil com base nas observações sobre as condições da casa. Em média, as entrevistas levaram 60-90 minutos para serem concluídas.

As medidas de resultado examinaram dois domínios: abuso físico de crianças e risco de negligência; fatores de risco e de proteção face ao abuso e negligência física das crianças. Todas as medidas de resultado foram avaliadas em entrevistas iniciais e de seguimento, após seis meses, para examinar os padrões de mudança em seis meses de intervenção, em ambos os grupos.

Um dos estudos¹⁵ foi direcionado para um grupo de mães adolescentes: um grupo, recebeu visitas quinzenais de 90 minutos no domicílio usando o modelo do programa *Healthy Families America* (modelo de visitação domiciliária criado para diminuir as taxas de abuso infantil em crianças com menos de 5 anos) e 3 currículos: pais como professores nascidos para aprender, parceiros para um bebé saudável, para visitas domiciliárias e programas de promoção da parentalidade, e outro grupo, o de controlo, só participava em reuniões de pares. Ambos os grupos participaram em reuniões educacionais de grupos de pares, mensalmente, durante 60 minutos. Estas variavam nos conteúdos, mas incluíam educação para pais.

Outro estudo¹⁶ procedeu à colheita de informação sobre fatores de risco familiar usando o *New Baby Questionnaire* (NBQ), através de entrevistas padronizadas e estruturadas, no 1^a aniversário das crianças, a famílias que receberam visitas domiciliárias

Noutra pesquisa¹⁷, o grupo de intervenção recebeu 8 visitas domiciliárias semanais dirigidas à díade cuidador-criança, focadas em melhorar a sensibilidade do cuidador. As sessões de intervenção incluíram breves discussões de temas relacionados com a regulação de emoção, com *feedback* através de vídeo da interação pai-filho. O programa de intervenção baseia-se no aumento da sensibilidade materna aos sinais emocionais e comportamentais das crianças, a fim de promover uma maior segurança infantil emocional.

Por último, noutra dos estudos¹⁸, após a entrevista inicial, os participantes foram

entrevistados em suas casas pouco depois do nascimento de seus filhos, no momento do primeiro, segundo e terceiro aniversários das crianças alvo. Foi efetuado um relatório dos comportamentos parentais em cada seguimento, com recurso à *parent-child Conflict Tactics Scale* (CTS-PC), para medir práticas de parentalidade auto-declaradas.

Resultados

Os resultados dos estudos identificados têm efeitos positivos em vários domínios: na saúde e bem-estar das crianças, nos comportamentos rigorosos dos pais, na responsabilidade e sensibilidade dos pais, no ambiente em casa, na depressão das mães e stress parental, no desenvolvimento cognitivo da criança, e consequentemente na redução dos maus tratos.

Segundo o estudo de McKelvey, Whiteside-Mansell, Conners-Burrow, Swindle, Fitzgerald¹¹ existem ferramentas de avaliação familiar no domicílio, como o *Family Map Inventories* (conjunto de entrevistas semiestruturadas, desenvolvidas para avaliar aspetos importantes da família e do ambiente doméstico, associados ao bem estar das crianças dos 0-5 anos), usado para obter informações sobre Experiências Adversas na Infância (ACEs), em crianças cujo impacto dessas experiências pode ser observado muito cedo no seu desenvolvimento. Existe uma relação entre a avaliação das ACEs e o abuso/risco de negligência por parte dos pais.

Os programas de visitas domiciliárias e de intervenção precoce estão preparados para apoiar a construção de competências para pais e famílias, com o objetivo de promover o desenvolvimento harmonioso da criança. A visitação domiciliaria¹² aumenta a duração das interações positivas entre cuidadores e filhos, reduzindo várias formas de negligência dos pais na primeira infância. De acordo com o estudo de Alonso-Marsden, Dodge, O'Donnell, Murphy, Sato, Christopoulos¹³, a visitação domiciliaria elimina muitas das barreiras à intervenção pós-natal.

Um dos preditores mais consistentes para os maus tratos às crianças é a pobreza, que se agrava quando associada à idade da mãe (mães jovens). Os programas de visitas domiciliárias geralmente relatam sucesso no acompanhamento de famílias de baixos rendimentos, como se tem verificado através de um programa universal de

visitas domiciliárias de enfermeiros em Ontário, Canadá. Por outro lado, o risco em saúde também é um preditor de maus tratos. Kienberger Jaudes e Mackey-Bilaver (2008) descobriram que as crianças com doença crónica eram 10% mais propensas a sofrer maus tratos do que as saudáveis. Da mesma forma, os bebés prematuros e os lactentes que sofreram complicações no parto sofrem de abuso em taxas superiores às médias.

Noutro estudo¹⁴, também as mães que receberam apoio domiciliário relatam melhorias significativas, ao fim de seis meses, em indicadores de risco físico de abuso infantil, bem como melhorias no stress, controlo, depressão e ansiedade dos pais, relativamente às que não o receberam. Este estudo sugere tendências promissoras em relação ao benefício dos serviços de apoio domiciliário, à redução física do risco de abuso infantil e aos preditores com ele relacionados.

Os diferentes programas de visitação domiciliária estudados, sobretudo nos Estados Unidos da América, assim como os que são baseados no *Healthy Families America*¹⁵ revelam que as visitas domiciliárias destinadas a promover a educação dos pais podem ser eficazes para os pais adolescentes, cujas atitudes podem ser mais difíceis de mudar, como os que residem nos ambientes do Sul dos Estados Unidos, onde as atitudes para o castigo corporal são favoráveis. Os pais adolescentes que as receberam tiveram mais atitudes parentais positivas do que o grupo de comparação. Embora a visita domiciliária seja dispendiosa, existe benefício na relação custo-eficácia através da redução dos maus tratos às crianças. Por exemplo, o programa *Healthy Families Oregon*¹⁶ ajuda a reduzir o stress dos pais, particularmente das mães de maior risco. O stress parental tem sido associado ao aumento da probabilidade de maus-tratos, e, portanto, a sua redução pode levar a resultados mais significativos a longo prazo no que diz respeito ao abuso e à negligência infantil. Este é um programa de visitação domiciliária dirigido a pais de primeira vez com pelo menos dois fatores de risco identificados através da avaliação de risco familiar. As famílias são inscritas no período pré-natal ou até 90 dias após o nascimento, recebendo visitas domiciliárias durante 3 anos. Nos primeiros seis meses as visitas são semanais e posteriormente, planeadas de acordo com as necessidades das famílias. Providencia educação parental e *coaching* para promover o conhecimento acerca do desenvolvimento infantil e as competências parentais, identifica situações que podem comprometer o

desenvolvimento infantil (como por exemplo, a depressão pós-parto, os consumos, o desemprego), promove o desenvolvimento e a saúde das crianças acompanhando as vigilâncias de saúde e facilitando o acesso aos cuidados de saúde primários.

Em New York, outro estudo¹⁸ revelou que o *Healthy Families New York* (HFNY) pode levar a reduções em vários tipos de práticas parentais abusivas e negligentes durante os primeiros 2 anos de vida. Nas mulheres que, no início, apresentaram vulnerabilidades psicológicas, o programa HFNY parece amortecer o efeito das suas vulnerabilidades. Apesar dos efeitos significativos na parentalidade, não foram encontrados efeitos na redução dos casos reportados às entidades protetoras das crianças, o que se deve ao facto de as famílias que recebem visitas domiciliárias poderem ser reportadas aos serviços de proteção com mais frequência porque há mais oportunidades de observar os maus tratos infantis em casa. No entanto, os resultados indicam que o programa HFNY é promissor para reduzir o abuso e a negligência entre famílias em risco, no Estado de New York.

Um estudo controlo randomizado desenvolvido no Quebec¹⁷ revelou que a intervenção domiciliária, de acordo com a comparação dos índices pré e pós-teste, contribuiu para melhorias significativas no grupo de intervenção: na sensibilidade dos pais, na segurança infantil e na redução da desorganização infantil no período da primeira infância.

DISCUSSÃO

A presente *Scoping Review* demonstra que existe já um grande número de estudos realizados acerca do impacto dos programas de Visitação Domiciliária na prevenção dos maus tratos às crianças, sobretudo nos Estados Unidos da América. Segundo Olds et al.¹³ a visitação domiciliária pós-natal realizada por enfermeiros ou *paraprofessionals* tornou-se uma das intervenções preventivas mais pesquisadas e amplamente disseminadas para a redução dos maus tratos às crianças nos Estados Unidos da América. No entanto, existem programas muito diversos e com abordagens muito díspares; isto porque a visitação domiciliária é uma intervenção individualizada¹⁹. Variam relativamente à idade das crianças, ao risco familiar, às intervenções, ao número (de visitas) e aos conteúdos. Além disso, a eficácia e amplitude dos resultados dependem, também, dos profissionais que efetuam as

visitas, *paraprofessionals* ou enfermeiros. Essa é uma das questões mais controversas no campo de visitas domiciliárias: se os visitantes devem ser enfermeiros e assistentes sociais ou, em vez disso, *paraprofessionals* e voluntários capacitados. De acordo com o modelo de visitação domiciliar de Olds, a experiência dos enfermeiros crucial.

Os resultados dos estudos identificados têm efeitos positivos em vários domínios: na saúde e bem-estar das crianças, nos comportamentos rigorosos dos pais, na responsabilidade e sensibilidade dos pais, no ambiente em casa, na depressão das mães e no stress parental, no desenvolvimento cognitivo da criança, e consequentemente na redução dos maus tratos.

Estes são consistentes com outros estudos, mostrando significância estatística em melhores resultados para a famílias com visitas domiciliárias e intervenções baseadas numa abordagem relacional. De acordo com Olds²⁰, os benefícios de programas de visitação domiciliar de enfermagem são maiores para famílias de alto risco. A gravidez e os primeiros anos de vida da criança são um momento oportuno para prevenir uma série de eventos adversos que podem afetar o futuro das famílias.

Segundo Zajicek-Farber,²¹ citando MacMillan (2000) e Olds (2006), a pesquisa sobre a prevenção precoce, em particular, tem mostrado que o apoio aos pais durante a gravidez e na primeira infância pode prevenir maus tratos. Por exemplo, os ensaios clínicos têm descoberto muitos benefícios das visitas domiciliárias, durante o acompanhamento pré-natal e na educação infantil, como um meio de reforçar a parentalidade, em famílias com baixo rendimento, e de apoio ao desenvolvimento infantil saudável²².

Conclusão

Estima-se que 10 de cada 1000 crianças são vítimas de maus tratos nos Estados Unidos da América. As mães adolescentes estão em maior risco de perpetuar os maus tratos às crianças que as mães adultas, pois tendem a ter múltiplas características que se relacionam com uma maior probabilidade de maus tratos, incluindo menor escolaridade e rendimento, menor conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, expectativas não realistas para o comportamento infantil e dependência de formas físicas de disciplina¹⁵.

Os programas de visitação domiciliária são um modelo promissor de prevenção precoce e redução do risco maus tratos às crianças. A visita domiciliária tornou-se cada vez mais aceite como uma estratégia eficaz para promover o desenvolvimento saudável das crianças, melhorar as práticas parentais e reduzir os fatores de risco familiares e infantis associados aos maus tratos, a delinquência juvenil e outros resultados negativos¹⁶.

Em Portugal, a visitação domiciliária também é considerada uma estratégia essencial na avaliação do risco familiar e prevenção dos maus tratos². Existem vários projetos nessa área, desenvolvidos localmente em unidades de saúde, mas não foram encontrados estudos que reforcem a sua evidência científica.

Implicações para a prática

A Enfermagem Pediátrica tem como principal objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados às crianças e famílias, e um dos seus modelos são os cuidados centrados na família, que reconhece a família como uma constante na vida da criança²². O papel dos enfermeiros é apoiá-la na prestação de cuidados e tomada de decisão, tendo em conta a sua experiência e os seus pontos fortes.

Os resultados encontrados demonstram a importância dos programas de visitação domiciliária no desenvolvimento infantil e prevenção/redução dos riscos de maus tratos à criança.

O contexto social e político atual tem tido por base uma política economicista que se reflete ao nível da saúde e também se traduz no rácio enfermeiro/cliente, como um dos mais baixos da União Europeia²³. No entanto, os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas têm o dever de participar ativamente na definição das políticas de saúde, legitimando o valor e a competência da Enfermagem nesta área e contribuindo para a melhoria da saúde das populações.

Conflitos de Interesse

Não há conflitos de interesse a reportar na realização desta *scoping review*.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Declaração sobre os Direitos da Criança. [Internet] 2004. Available from: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
2. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [Internet] 2013. Available from: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
3. Organização Mundial da Saúde. Preventing Child Maltreatment: a guide to Taking action and generating evidence. [Internet] 2006; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
4. Direção Geral da Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. [Internet] 2011. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>
5. Direção Geral da Saúde. Acção de saúde para as crianças e Jovens em risco: documento técnico. [Internet] 2008; p. 1-79. Available from: http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencao.saude.pdf.aspx
6. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Relatório de avaliação da atividade das CPCJ- 2016. [Internet] 2017. Available from: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=6508&m=PDF
7. Diário da República II Série N°35. Regulamento n.º 123/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. 2011.p.8653 – 8655.
8. Queen’s Joanna Briggs Collaboration. CAN---SYNTHESIZE is a quick reference resource to guide the use of the Joanna Briggs Institute methodology of synthesis. [Internet] 2015. Available from: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ah>

UKEwjm59X007fNAhWEuBoKHQIPa6oQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fjoannabriggs.org%2Fassets%2Fdocs%2Fjbc%2Foperations%2Fcan-synthesise%2FCAN_SYNTHESE_Appendices-V4.docx&usg=AFQjCNF2Wf17Rae3IVjuG2JqBQ9OppvkGQ

9. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. [Internet] 2015. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
10. Goyal NK, Teeters A, Ammerman R T. Home Visiting and Outcomes of Preterm Infants: A Systematic Review. *Pediatrics*. [Internet]. 2013; 113 (3):502-516. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/3/502>
11. McKelvey LM, Whiteside-Mansell L, Conners-Burrow NA, Swindle T, Fitzgerald S. Assessing adverse experiences from infancy through early childhood in home visiting programs. *Child Abuse & Neglect*. 2016; 51: 295–302.
12. Dishion TJ, Mun CJ, Drake EC, Tein JY, Shaw DS, Wilson MA. Transactional Approach to Preventing Early Childhood Neglect: The Family Check-Up as a Public Health Strategy. *Dev Psychopathol*. 2015; 27(4 Pt 2): 1647–1660.
13. Alonso-Marsden S, Dodge KA, O'Donnell KJ, Murphy RA, Sato JM, Christopoulos C. Family risk as a predictor of initial engagement and follow-through in a universal nurse home visiting program to prevent child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37: 555–565.
14. Guterman NB, Tabone JK, Bryan GM, Taylor CA, Napoleon-Hanger C, Banman A. Examining the effectiveness of home-based parent aide services to reduce risk for physical child abuse and neglect: Six-month findings from a randomized clinical trial. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37:566-577.
15. McKelvey LM, Burrow NA, Balamurugan, A, Whiteside-Mansell L, Plummer P. Effects of Home Visiting on Adolescent Mothers' Parenting Attitudes. *American Journal of Public Health*, 2012; 102 (10): 1860-1862.
16. Green BL, Tart JM, Harrison PM, Nygren M, Sanders MB. Results from a randomized trial of the Healthy Families Oregon accredited statewide program: Early program impacts on parenting. *Child and Youth Services Review*. 2014;

- 44: 288-298.
17. Moss E, Dubois-comtois K, Cyr CL, Tarabulsky GM, St-Lauren T D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*. 2011; 23: 195–210.
 18. DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M, Dorabawila V. Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2008; 32: 295-315.
 19. Howard KS, Brooks-Gunn J. The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *THE FUTURE OF CHILDREN*. 2009; 19(2): 119-146.
 20. Olds, DL. The nurse–family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*. 2006; 27(1): 5-25.
 21. Zajicek-Farber, M. L. Building Practice Evidence for Parent Mentoring Home Visiting in Early Childhood. *Research on Social Work Practice*. [Internet]. 2010; 20(1): 46-54. Acedido a 02/01/2016. Disponível em: <http://rswp.sagepub.com> at B- on:10200 Escola Superior de Enfermagem do Porto.
 22. Hockenberry, M., Wilson, D. Wong: *Enfermagem da Criança e do Jovem*. 9th ed. Loures: Lusociência; 2014.
 23. OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, [Internet] 2016. Paris: OECD Publishing. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

Apêndice IV

Questionário

Levantamento das necessidades formativas no SUP

QUESTIONÁRIO

Caros colegas:

Cristina Augusta Raimundo de Matos, enfermeira, a frequentar o 7^a Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar o preenchimento deste questionário, no sentido de efetuar um levantamento das necessidades formativas, na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança.

O seu projeto com origem na problemática dos maus tratos à criança, tem como título “O enfermeiro na **Linha da Frente**: avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança”.

Os objetivos gerais do estágio a realizar nos diferentes contextos são:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria no cuidado às crianças e famílias na maximização da sua saúde;
- Desenvolver competências de EEESIP na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança;
- Contribuir para a formação da equipa multidisciplinar na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança.

Problemática

Os maus tratos na criança e no jovem são atualmente uma problemática social a nível mundial, sendo importante a compreensão da sua gravidade, através de uma maior preocupação a nível da sua resolução, pela implementação de instrumentos na sua prevenção, deteção e diagnóstico precoce, sabendo-se que “a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família” (PNSIJ, 2013, p.12).

Ao comunicar com a família, podem observar-se as interações entre os seus membros e o funcionamento global e individual de cada um. A utilização de instrumentos de avaliação familiar permite a identificação dos pontos fortes, dos problemas e a definição das intervenções de enfermagem (Writgh & Leahey, 2011).

O enfermeiro como membro da equipa de saúde, tem um papel crucial de primeira linha, na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança, através

de uma concepção de cuidados centrados na família e em parceria, apostando na promoção e intervenção.

Agradece a colaboração.

1- Identificação

Sexo Feminino Sexo Masculino

Idade: 25-30 31-40 41-50 51-60

Experiência profissional: _____ anos.

Número de anos no Serviço Urgência Pediátrica: _____

2- Já frequentou ações de formação na área da Avaliação e Intervenção no risco de Maus Tratos à criança e no seu encaminhamento?

Sim Não

Se sim, quando foi a última formação? _____

3- Já sinalizou crianças vítimas de maus tratos?

Sim Não

Que tipo de Maus Tratos? _____

4- Considera esta temática importante na área em que exerce funções?

1

2

3

4

5

Nada

Pouco

Importante

Muito

Muitíssimo

5- Tendo em conta a sua experiência, considera que é relevante ter formação nesta área?

Sim Não

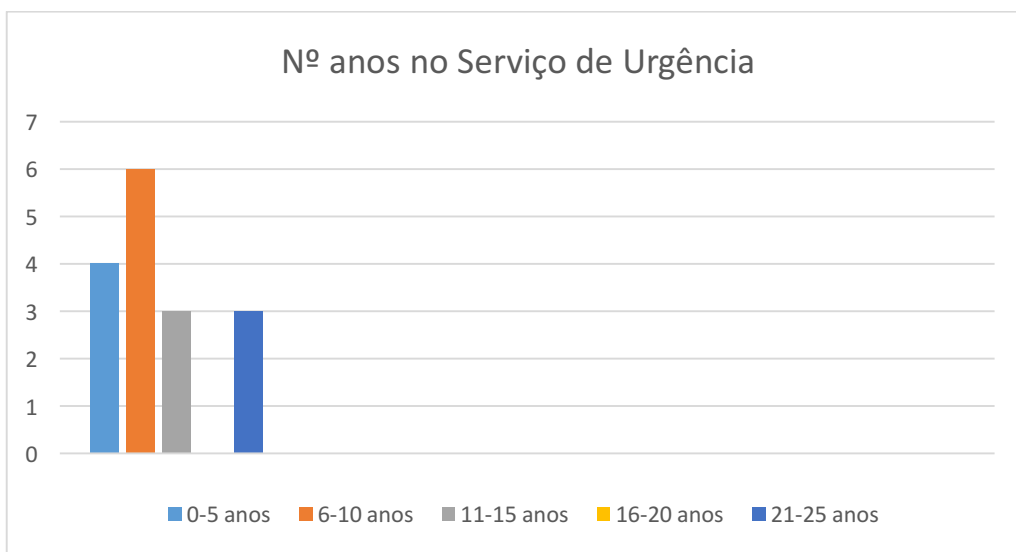
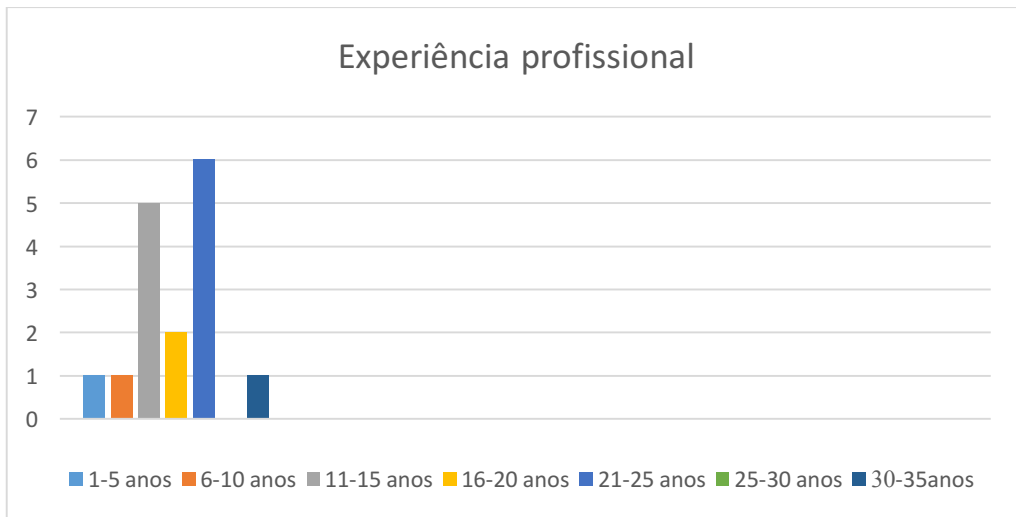
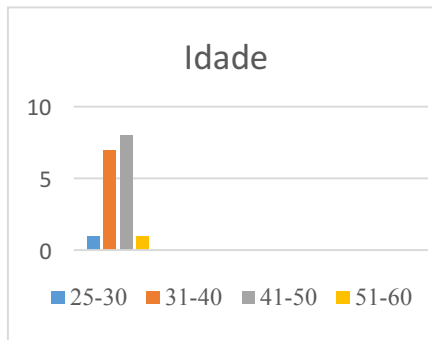
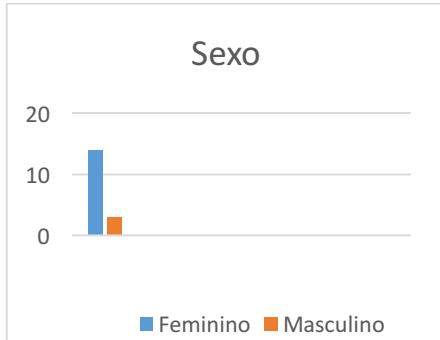
Obrigada,

Cristina Matos

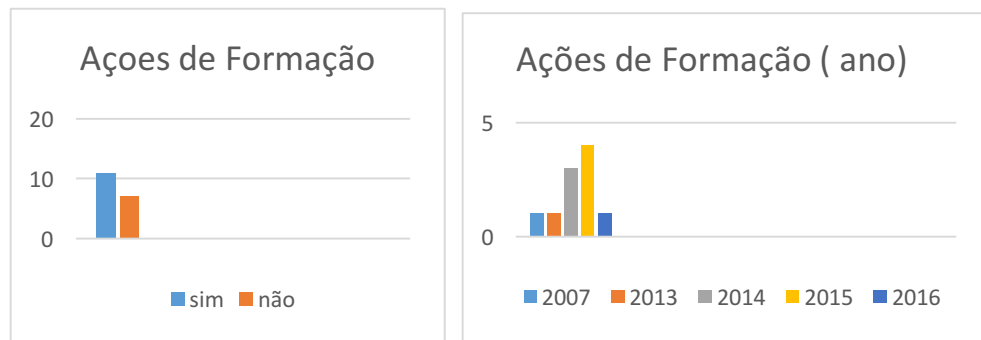
Resultados:

Total de Questionários: 17

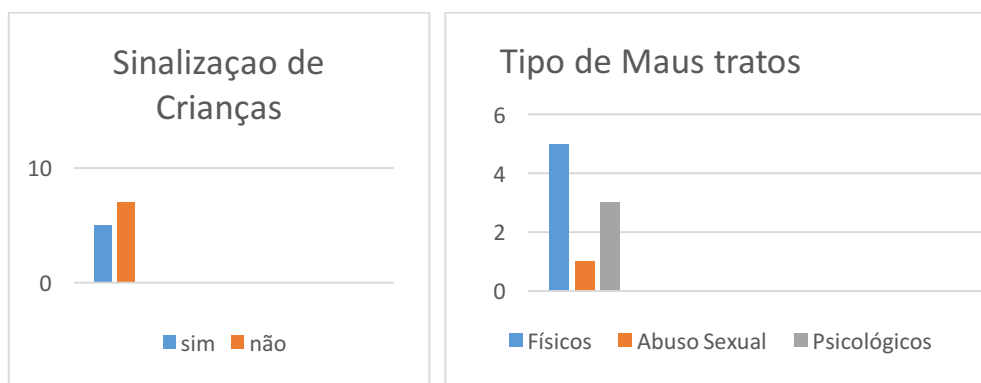
1- Identificação



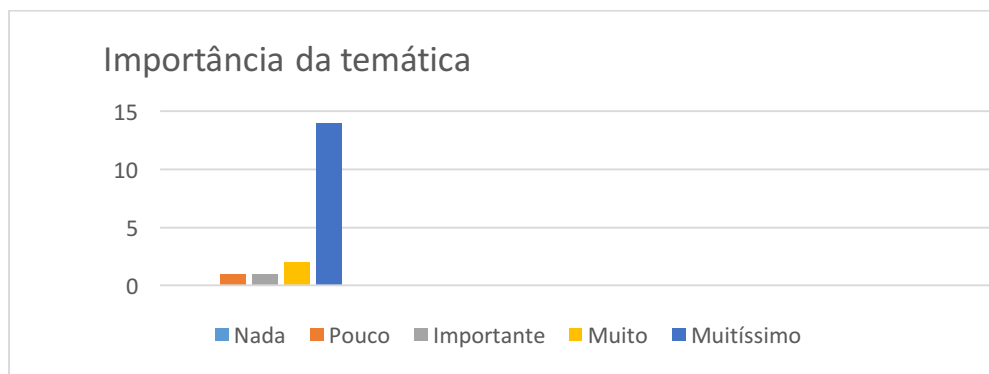
2- Já frequentou ações de formação na área da Avaliação e Intervenção no risco de Maus Tratos à criança e no seu encaminhamento?



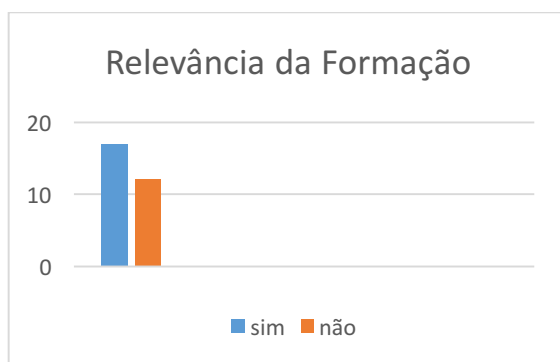
3- Já sinalizou crianças vítimas de maus tratos? Que tipo de maus tratos?



4- Considera esta temática importante na área em que exerce funções?



5- Tendo em conta a sua experiência, considera que é relevante ter formação nesta área?



Apêndice V

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA DOS NHACJR

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA DOS NHACJR

INTRODUÇÃO	<p>Informar qual o tema que motiva a entrevista, solicitando a sua colaboração;</p> <p>Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal;</p> <p>Elucidar sobre a estrutura da entrevista;</p> <p>Assegurar a livre participação após esclarecimento completo.</p>		
DESENVOLVIMENTO	Objetivos Específicos	Questões	Observações
	1.	<p>1. Como é constituído o NHACJR?</p> <p>2. Quais os seus objetivos e funções?</p> <p>3. Como é a sua dinâmica e funcionamento? Com que periodicidade reúnem?</p> <p>4. Qual o seu papel enquanto enfermeira no NHACJR?</p> <p>5. Qual a sua formação? Considera ser importante da existência de um EEESIP na equipa multidisciplinar do NHACJR?</p> <p>6. Qual a principal casuística e encaminhamento?</p> <p>7. Em que consiste a intervenção do NHACJR?</p> <p>9. Com que instituições se articulam e como ocorre essa articulação?</p> <p>10. A maioria dos casos são resolvidos no primeiro nível de intervenção ou são encaminhados para instâncias superiores?</p> <p>11. Quais as principais atividades do NHACJR? Têm efetuado ações de sensibilização dos profissionais da instituição?</p>	<p>Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante</p> <p>Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta ativa</p>

CONCLUSÃO	<p>Agradecimento e reforço da importância da sua participação;</p> <p>Salvaguardar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados.</p>
-----------	---

Apêndice VI

**Plano da Sessão “O Enfermeiro na Linha da Frente: avaliação e intervenção no
risco de maus tratos à criança”**

Apresentação da Sessão

Plano da Sessão “O Enfermeiro na Linha da Frente: avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança”

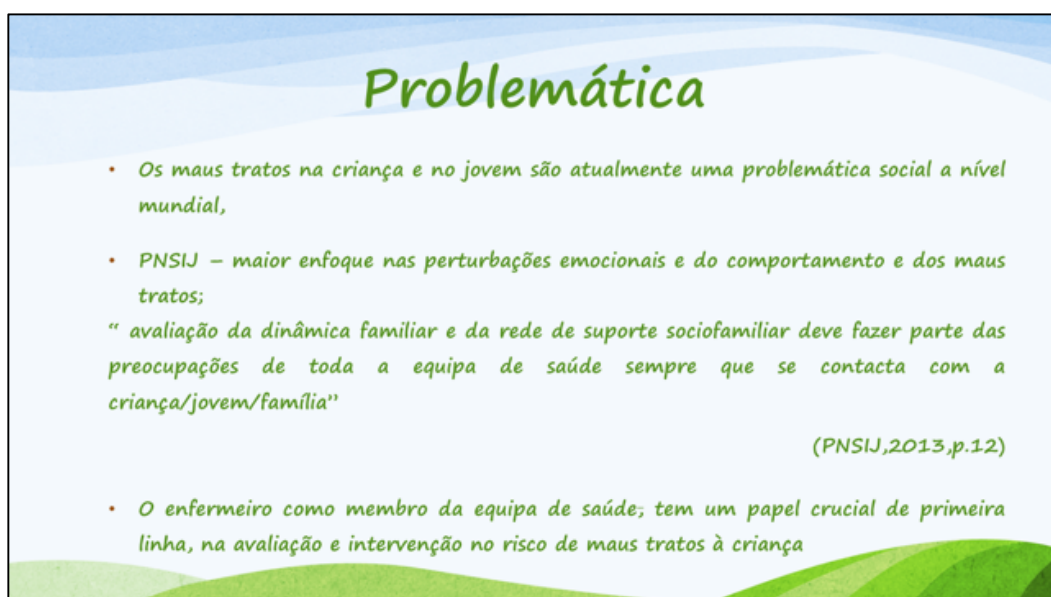
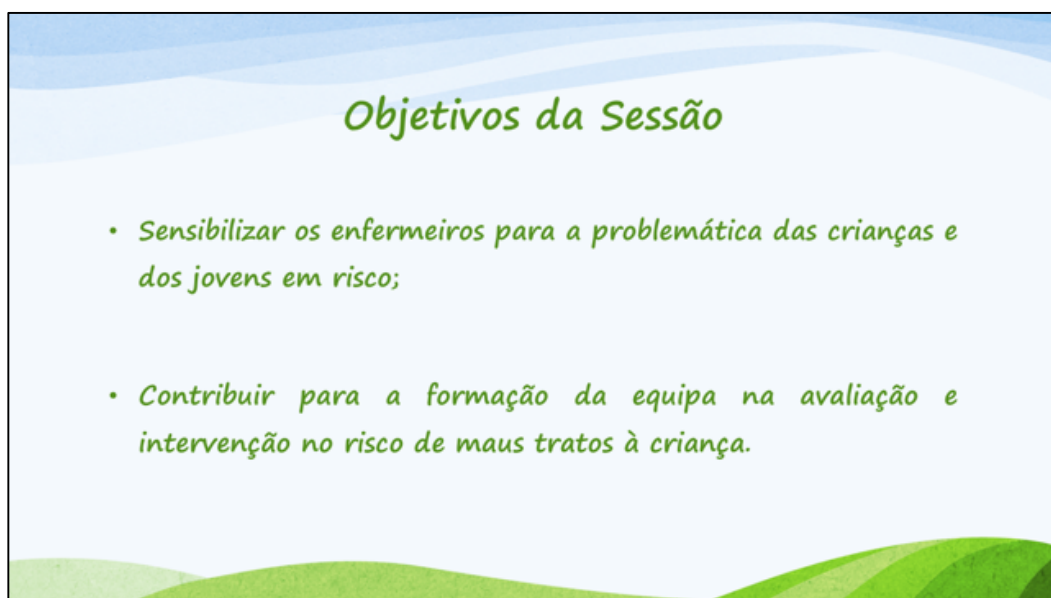
Objetivos:

Debater com enfermeiros para a problemática das crianças e dos jovens em risco;
Contribuir para a formação da equipa na avaliação e intervenção no risco de maus tratos às crianças.

População: enfermeiros do serviço de urgência pediátrica do Hospital X.

Local: Serviço de urgência pediátrica do Hospital X.

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Métodos	Recursos	
Introdução	Apresentação do formador, do tema e dos objetivos da sessão.	Expositiva	Enfermeiros; Computador	5 min.
Desenvolvimento	Problemática; Evidência Científica: estudos; Maus tratos: definição e tipologia; Maus Tratos em Portugal: Recursos-CPCJ, NHACJR NHACJR do Hospital x; Intervenção do enfermeiro; Avaliação do Risco Familiar nos CSP; Avaliação do Risco de Maus na Urgência Pediátrica.	Expositiva	Enfermeiros; Data show.	15 min
Conclusão	Avaliação da sessão Reflexão final	Reflexiva (debate)	Enfermeiros Questionário	5 min



Problemática

- Os serviços de saúde são instâncias de 1º nível, adquirindo um relevo particular na detecção, acompanhamento e encaminhamento.
- O enfermeiro como membro da equipa de saúde tem um papel crucial de primeira linha, na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança.

(DGS, 2011)

INVESTIGAÇÃO – ESTUDOS

- Silva, D., Afonso, V. L. & Silva, B. E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Detecção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium*, 47, 69-82.

Maior investimento na formação destes profissionais na área dos maus-tratos infantis.

- Louwers, E. C.F. M., Korfage, I. J., Affoutit, M.J., Koning, H.J. & Moll, H.A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12(167), 1-6.

O rastreio pode ser promovido pela formação

- Shelly S., Eisbach, S.S. & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317-323.

Implicações para a prática: Aumentando formação para o reconhecimento de maus tratos na infância.

- Pabis', M., Wronska, I., Slusarska, B. & Cuber, T. (2010). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384-393.

Necessidade de formação especializada para enfermeiros para aumentar a sua competência no trabalho com crianças vítimas de maus tratos e suas famílias



Todas as crianças têm direito à saúde e a uma vida livre de violência. No entanto, todos os anos milhões de crianças são vítimas e testemunhas de violência, física, emocional e sexual.

(OMS, 2006)

Os maus tratos em crianças e jovens têm um grande impacto na sua saúde física e mental, no seu bem-estar e desenvolvimento, e na sociedade em geral.

Maus Tratos

Definição:

abuso físico intencional ou negligência, abuso emocional e sexual, habitualmente por adultos que resultam em danos reais ou potenciais na criança, na sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade (OMS, 2006; DGS, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014), estando associados a diversos fatores de risco.

Tipologia



Maus Tratos



Em Portugal

A Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR): Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro.

Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)

Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro)

Tribunal

CPCJ

Entidades com competência em matéria de infância e juventude (educação, saúde, seg. social, autarquias, entidades policiais, etc.)

CPCJ - 2015

- 73.355 processos, o que representa um aumento de 336 processos (0,5%) relativamente ao ano de 2014.
- Das 73.355 crianças acompanhadas, pelas CPCJ, foram identificadas 855 (1,2%) em situação de incapacidade ou deficiência.

CPCJ - 2015

- Distritos de Lisboa, Porto e Setúbal, são os mais representativos a nível nacional.
- Com menos de 1000 processos acompanhados, mas mais de 500 processos iniciados, destacam-se a CPCJ de Almada, Porto Central e Lisboa Oriental.
- As principais entidades que comunicaram situações de perigo às Comissões:
Forças de Segurança com 30,4% das comunicações
Estabelecimentos de Ensino com 24,5% das comunicações.
Saúde com 5,95% das comunicações (2058)

Fonte: Alvarez, D. (2014). AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS COMISSÕES DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS - RELATÓRIO ANUAL 2015. LISBOA: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.

CPCJ - 2015

As situações de perigo incidem maioritariamente, em cinco problemáticas:

Exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança	31,5%
Negligência	19,4%
Situações de perigo em que esteja em causa o Direito à Educação	17,4%
Criança/Jovem assume comportamentos que afetam o seu bem-estar	14,5%
Maus tratos físicos	5,2%
Outra situação de perigo não categorizada	5%
Maus tratos psicológicos / abuso emocional	2,3%
Abuso sexual	2,0%
Criança abandonada ou entregue a si própria	1,8 %

Fonte: Alvarez, D. (2014). AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS COMISSÕES DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS - RELATÓRIO ANUAL 2015. LISBOA: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.

NHACJR

Objetivos:

- “Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais para a problemática;
- Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais;
- Coletar e organizar informação casuística;

- *Prestar apoio de consultadoria aos profissionais;*
- *Gerir, a título excepcional, as situações no hospital;*
- *Fomentar a cooperação intra-institucional;*
- *Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários;*
- *Assegurar articulação com outros núcleos, com as CPCJ e com o MP.”*

(Despacho 31292/2008)

NHACJR do H x

Constituído em 2007 por uma equipa interdisciplinar, formada por:

- *Assistente Social*
- *Enfermeira*
- *Pediatra*
- *Pedopsiquiatra*
- *Jurista (2012)*

NHACJR do H x

O serviço que mais referencia é a Urgência Pediátrica.

Principais casuísticas:

Negligência;

Maus tratos físicos;

Abuso Sexual;

Maus tratos psicológicos;

....

Intervenção do Enfermeiro

• Proteger a
criança/jovem;

Intervir no risco
para prevenir
evolução para o
perigo;

Evitar a
recorrência.

Avaliação do Risco Familiar nos CSP

Registro de Avaliação de Risco Familiar - Ent(a) Cristina Augusta Raimundo De Matos

Idade: 1 Mês e 5 Dias | Nº processo: 2300503 | Data nascimento: 06-09-2016 | Data: 11-10-2016

Fatores de Risco | Fatores de Proteção | Sinais de Alerta | Indicadores, sinais e sintomas | Tipo de Risco/Mau Trato Identificado | Tipo de Acompanhamento da Criança/Jovem/Família

Faixa etária: 1 Mês

Dados atualizados em 11-OUT-16 por Ent(a) Cristina Augusta Raimundo De Matos

Na criança/jovem

- Nascimento prematuro/baixo peso - Temperamento difícil
- Filho não desejado
- Défice físico ou psíquico

Fatores de proteção

- Rutina e reconstituições familiares (separação, divórcio, ócio, conflito, etc.)
- Luto
- Doença súbita grave

Famíliares/contextos de vida

- Cuidadores vitais de mau trato em criança
- Défice de competências parentais
- Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança

Avaliação do Risco Familiar nos CSP

Registro de Avaliação de Risco Familiar - Ent(a) Cristina Augusta Raimundo De Matos

Idade: 1 Mês e 5 Dias | Nº processo: 2300503 | Data nascimento: 06-09-2016 | Data: 11-10-2016

Fatores de Proteção | Fatores de Risco | Sinais de Alerta | Indicadores, sinais e sintomas | Tipo de Risco/Mau Trato Identificado | Tipo de Acompanhamento da Criança/Jovem/Família

Faixa etária: 1 Mês

Dados atualizados em 11-OUT-16 por Ent(a) Cristina Augusta Raimundo De Matos

Na criança/jovem

- Bom nível de desenvolvimento global
- Temperamento fácil
- Vinculação segura à família/adulto de referência
- Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário
- Sucesso escolar
- Desejo de autonomia e comportamento exploratório

Famíliares/contextos de vida

- Boas competências parentais
- Boa rede de suporte familiar e social
- Família organizada, com regras e controle de criança
- Boa integração comunitária
- Disponibilidade de acesso aos serviços de apoio comunitário (serviços sociais, educação, saúde, entre outros)
- Segurança económica

Avaliação do Risco Familiar nos CSP



Indicadores, sinais e sintomas

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 de sono/vigília).
 Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas.
 Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas.
 Incumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação.
 Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica adequadas).
 Intoxicações e acidentes de repetição.

Mau trato físico

Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas).
 Lesões provocadas que deixam marca(s), (por exemplo: de fivela, corda, mãos, chicote, régua, etc.).
 Sequelas de traumatismos antigo (calos ósseos resultantes de fratura).
 Fratura de 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.
 Perturbação do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, etc.).
 Alterações graves do estado nutricional.

Direção Geral da Saúde (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção.

Indicadores, sinais e sintomas

Mau trato psicológico

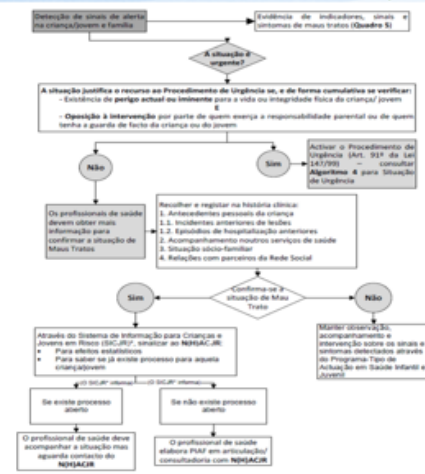
Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente.
 Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação.
 Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações interpessoais.
 Perturbações do comportamento alimentar.
 Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese).
 Choro incontroável no primeiro ano de vida.

Abuso sexual

Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração fissuras, erosão, infeção).
 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 pénis ou região escrotal.
 Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios.
 Laceração do hímen.
 Infeções de transmissão sexual.
 Gravidez.

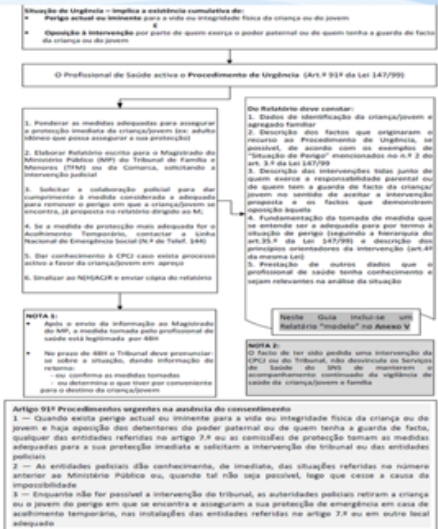
Direção Geral da Saúde (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção.

Algoritmo 3 – Detecção de situações de maus tratos em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar



Direção Geral de Saúde (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, p.22

Algoritmo 4 – Procedimento de urgência



Situações de Perigo

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou 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 ou 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 afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-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 de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Situações de perigo para a criança ou jovem – art.º 30. n.º 2 da LPCJP

Entrevista

Pontos-chave:

- Assegurar a privacidade e confidencialidade;
- Não culpabilizar a família;
- Não envergonhar a família;
- Dar suporte e não criar dependência;
- Promover a escuta ativa;
- Promover, no decurso da intervenção as capacidades e competências da família;
- Tratar dignamente a família mesmo nos casos mais complexos;
- Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção

Avaliação do risco de Maus Tratos Urgência Pediátrica

Avaliação do risco de Maus Tratos Urgência Pediátrica

- De acordo com Norma de Procedimento da Urgência Pediátrica: criança/jovem em situação de risco/perigo
Avaliação da situação da criança
Discussão do encaminhamento da criança pelo médico, enfermeiro chefe de equipa e assistente social
- Preenchimento da ficha de sinalização pelo profissional que identifica o mau trato.

Avaliação do risco de Maus Tratos Urgência Pediátrica

Criança/Jovem em risco/perigo

Situação de perigo:

Proteção imediata - identificação e afastamento do agressor

Sinalização ao NHACJR

Contato com Centro de Saúde

Situação de risco:

Sinalização ao NHACJR

Contato com Centro de Saúde

Referências Bibliográficas:

Alvarez, D. (2016). AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS COMISSÕES DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS – RELATÓRIO ANUAL 2015. LISBOA: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Disponível em: <http://www.cnpjcr.pt/left.asp?14.04.18>

Despacho nº 31292/2008. D.R II Série – 236 (05/12/2008) 49207 – 49231

Direção Geral da Saúde (2015). Ação de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco: relatório 2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/relatorio-ascjr2014-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da Criança e do Jovem (9th ed.). Loures: Lusociência.

“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças”

Nelson Mandela, s.d

Obrigada !!!!

Apêndice VII

DOSSIÊ TEMÁTICO:

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NO RISCO DE MAUS TRATOS À CRIANÇA

DOSSIÊ TEMÁTICO:
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NO RISCO DE MAUS TRATOS À
CRIANÇA



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DOSSIÊ TEMÁTICO:
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NO RISCO DE MAUS TRATOS À
CRIANÇA

Elaborado por:
Cristina Augusta Raimundo de Matos

Orientadora:
Enfermeira Maria Eduarda Gonçalves

Docente Orientadora:
Professora Doutora Manuela Soveral

Lisboa
Novembro, 2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. PROBLEMÁTICA

2. CONCEITOS

3. AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

4. LEGISLAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DE APOIO

- MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS GUIA PRÁTICO DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro - Lei de protecção de crianças e jovens em perigo

- Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro - Segunda alteração à Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro

5. NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO À CRIANÇA E JOVEM EM RISCO do Centro Hospitalar X - Hospital Y

- Ficha de Articulação

6. CONTATOS

7. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

A elaboração de um dossiê temático consiste em reunir um conjunto de documentos ou bibliografia científica sobre um determinado assunto/tema, para uma fácil e eficiente consulta. Inclui diversos documentos que se pesquisou em diferentes fontes, tendo em conta os objetivos delineados para a sua construção, podendo sempre ser atualizado.

Este dossier temático intitula-se, “Avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança” e tem como objetivos:

- Enfatizar a importância da avaliação do risco familiar na prevenção dos maus tratos à criança;
- Relembrar conceitos relativos aos maus tratos em crianças e jovens na abordagem, diagnóstico e intervenção dos enfermeiros;
- Reunir a informação consultada criando um arquivo acerca da temática;
- Facilitar a consulta de documentos acerca da temática, permitindo uma atualização constante.

Encontra-se organizado em: introdução, problemática, conceitos, avaliação do risco familiar, legislação e documentos de apoio, núcleo de apoio à criança e família do hospital de Santa Maria, contatos, evidência científica e bibliografia.

PROBLEMÁTICA

A criança, de acordo com o regulamento nº351/2015 (p. 16661) “(...) é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso”. É um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela ONU em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990, aborda os direitos das crianças, os deveres dos pais, tutores e da sociedade de em geral, pelo seu desenvolvimento total, e da sua saúde em particular, respeitando a sua fragilidade, a sua vulnerabilidade e a sua autonomia (UNICEF, 2004).

O preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), refere que estas “constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde”. (DGS, 2013, p.8).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), todas as crianças têm direito à saúde e a uma vida livre de violência. No entanto, todos os anos milhões de crianças são vítimas e testemunhas de violência, física, emocional e sexual.

Os maus tratos na criança e no jovem são atualmente uma problemática social a nível mundial, sendo importante a compreensão da sua gravidade, através de uma maior preocupação a nível da sua resolução, pela implementação de instrumentos na sua prevenção, deteção e diagnóstico precoce, sabendo-se que “a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família” (PNSIJ, 2013, p.12).

Ao comunicar com a família, podem observar-se as interações entre os seus membros e o funcionamento global e individual de cada um. A utilização de instrumentos de avaliação familiar permite a identificação dos pontos fortes, dos problemas e a definição das intervenções de enfermagem (Writgh & Leahey, 2011).

O risco familiar está associado a situações de risco que dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança no domínio da segurança, da saúde, da formação, da educação e do desenvolvimento

O enfermeiro como membro da equipa de saúde, tem um papel crucial de primeira linha, na avaliação e intervenção no risco de maus tratos à criança, através de uma conceção de cuidados centrados na família e em parceria, apostando na promoção e intervenção.

A enfermagem pediátrica é indissociável dos cuidados em parceria e centrados na família, pois a estrutura e dinâmicas familiares influenciam a criança de forma duradoura, afetando a sua saúde e bem-estar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo o Relatório de 2015 da Comissão para a Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) foram acompanhados 73.355 processos, o que representa um aumento de 336 processos (0,5%) relativamente ao ano de 2014. Das 73.355 crianças acompanhadas, pelas CPCJ, foram identificadas 855 (1,2%) em situação de incapacidade ou deficiência.

Tal como nos anos anteriores constata-se que os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal, são os mais representativos a nível nacional.

As principais entidades que comunicaram situações de perigo às Comissões foram as Forças de Segurança com 30,4% das comunicações e os Estabelecimentos de Ensino com 24,5% das comunicações. A **Saúde** representa 5,95% das comunicações (2058).

As situações de perigo incidem maioritariamente, em cinco problemáticas:	
Exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança	31,5%
Negligência	19,4%
Situações de perigo em que esteja em causa o Direito à Educação	17,4%
Criança/Jovem assume comportamentos que afetam o seu bem-estar	14,5%
Maus tratos físicos	5,2%
Outra situação de perigo não categorizada	5%
Maus tratos psicológicos / abuso emocional	2,3%
Abuso sexual	2,0%
Criança abandonada ou entregue a si própria	1,8 %

CONCEITOS

Maus tratos:

inclui abuso físico intencional ou negligência, abuso emocional e sexual, habitualmente por adultos que resultam em danos reais ou potenciais na criança, na sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade (OMS, 2006; DGS, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014), estando associados a diversos fatores de risco.

Tipologia:

- **Negligência** (inclui abandono e mendicidade),

“incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. 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” (DGS,2011, p.7);

- **Mau trato físico**

“resulta de qualquer acção não accidental, 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 a Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas”, (DGS,2011, p. 8);

- **Mau trato psicológico/emocional**

“resulta da privação de um ambiente de segurança 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” (DGS,2011, p. 8);

- **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”, (DGS,2011, p. 9);

- **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” (DGS, 2011, p.10).

Fatores de risco:

são qualquer tipo de variáveis físicas, psicológicas, relacionais e sociais que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos, ou que impedem o adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens, podendo estar relacionadas com a criança, com a família e com a comunidade (DGS, 2011).

No entanto, a sua presença isolada pode não significar risco, pelo que a avaliação das situações deverá ser global, prevalecendo o bom senso dos profissionais.

Fatores protetores,

as variáveis físicas, psicológicas e sociais que promovam o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como reguladores dos fatores de risco.

Fatores de agravamento/crises de vida:

eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos.

Os maus tratos resultam da combinação desses fatores de risco e proteção, que interagem entre si e também das crises da vida (DGS, 2011).

RISCO:

vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus tratos.

PERIGO:

adquire um sentido mais concreto, corresponde à objectivação do risco.

(DGS,2011)

As situações de perigo encontram-se consagradas no n.º 2 do art.º 3.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP):

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- Não receber os cuidados ou a afeição adequada à sua idade e situação pessoal;
- Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou 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 afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-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 de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

De acordo com o disposto na alínea c) do art.º 5.º da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, entende-se por situação de urgência a que se reveste de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem.

Qualquer entidade ou profissional dum serviço de saúde pode, e deve tomar as medidas adequadas para assegurar a proteção imediata da criança/jovem em situação de perigo, devendo solicitar a intervenção do Tribunal ou das entidades policiais, conforme estabelece o art.º 91º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo.

O grau de severidade de uma situação de maus tratos pode ser classificado como:

LIGEIRO

Os efeitos do mau trato recebido não provocam sinais ou sintomas na criança, nem se prevê que venham a desencadeá-los, havendo algum sinal ou sintoma, este não é significativo ao ponto de justificar tratamento ou intervenção especializada

Neste caso, a intervenção cabe, se possível, aos profissionais que o identificam.

MODERADO

Pela intensidade ou frequência, o mau trato provoca sinais ou sintomas na criança/jovem, ou se preveja que possa vir a provocar, requer algum tipo de intervenção ou tratamento especializado, assim como um plano de intervenção interdisciplinar e personalizado

GRAVE

Os efeitos do mau trato recebido podem pôr em causa a integridade física ou emocional da criança/jovem, ou provocar perturbações significativas no seu desenvolvimento, existindo risco elevado de recorrência dos episódios de maus tratos. A criança tem menos de cinco anos ou apresenta algum tipo de incapacidade física ou psíquica que a torne especialmente vulnerável

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO:

- Proteger a criança/jovem;
- Intervir no risco para prevenir evolução para o perigo;
- Evitar a recorrência.

AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

Fatores de Risco

Na criança/Jovem

Nascimento prematuro/baixo peso – Temperamento difícil

Filho não desejado

Défice físico ou psicológico

Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento

Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.)

Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc.)

Excessiva dependência ou alheamento

Viver em lar ou instituição

Familiares/Contextos de vida

Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar).

Défice de competências parentais

Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de responder adequadamente às necessidades da criança

Disciplina demasiado rígida, autoritária ou inconsistente

História de comportamento violento e/ou antissocial

Desajustamento psicossocial/ comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.)

Ausência de suporte sociofamiliar

Ausência prolongada de um dos cuidadores

Família disfuncional

Fatores de Agravamento/ crises da vida

Rutura e reconstituição familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.)

Luto

Doença súbita grave

Início de cuidados a pessoa dependente

Desemprego

Migração

Alteração brusca da situação laboral/ económica

Institucionalização

Detenção/ Prisão

Desastre Natural

Conflito armado	
Fatores de Proteção	
<u>Na criança/Jovem</u>	
Bom nível de desenvolvimento global	
Temperamento fácil	
Vinculação segura à família/ adulto de referência	
Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário	
Sucesso escolar	
Desejo de autonomia e comportamento exploratório	
Grupo de pares pró-social	
<u>Familiares/Contextos de vida</u>	
Boas competências parentais.	
Boa rede de suporte familiar e social.	
Família organiza, com regras e controle da criança.	
Boa integração comunitária.	
Capacidade de acesso aos serviços de apoio (serviços sociais, educação, saúde, entre outros).	
Segurança económica.	

Algoritmo 1: Deteção de fatores de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida

Sinais de Alerta	
<u>Dos 0 aos 5 anos</u>	
Perturbações na alimentação.	
Perturbações do sono.	
Perturbações do comportamento e da relação.	
Perturbações do desenvolvimento psicomotor.	
Medos e/ou fobias de pequena intensidade.	
<u>Crianças com mais de 5 anos (5 - 18anos)</u>	
Dificuldades/insucesso escolar.	
Perturbações da relação/comunicação.	
Perturbações do comportamento.	
Ansiedade.	
Perturbações emocionais (tristeza, fadiga, agressividade).	
Manifestações somáticas.	

Perturbações do comportamento alimentar.	
Perturbações psicóticas.	
Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes.	

Algoritmo 2: Detecção de sinais de alerta em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar

Indicadores, sinais e sintomas

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 de sono/vigília).	
Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas.	
Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas.	
Incumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação.	
Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica adequadas).	
Intoxicações e acidentes de repetição.	

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).	
Lesões provocadas que deixam marca(s), (por exemplo: de fivela, corda, mãos, chicote, régua, etc.).	
Sequelas de traumatismos antigo (calos ósseos resultantes de fratura).	
Fratura de 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.	
Perturbação do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, etc.).	
Alterações graves do estado nutricional.	

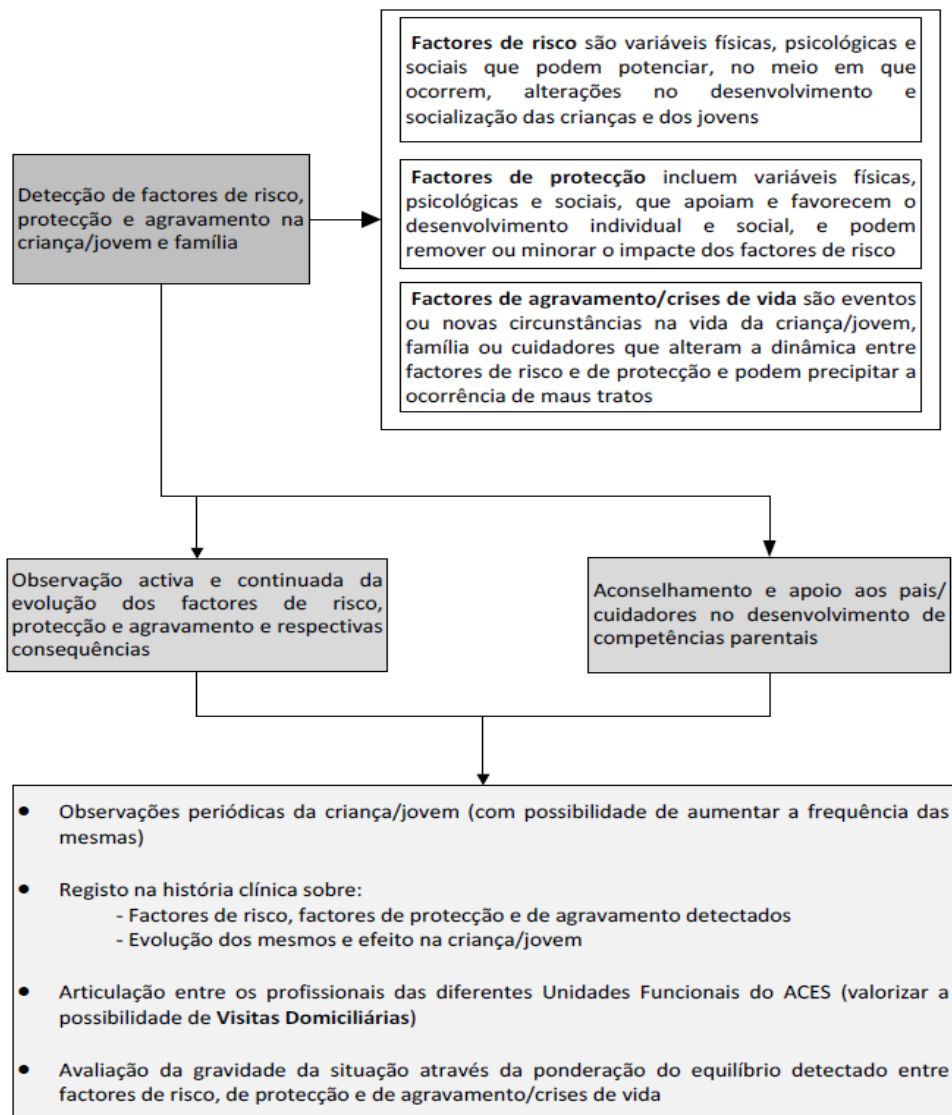
Mau trato psicológico

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 interpessoais.	
Perturbações do comportamento alimentar.	
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese).	

Choro incontrolável no primeiro ano de vida.	
<u>Abuso sexual</u>	
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração fissuras, erosão, infeção).	
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 pénis ou região escrotal.	
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios	
Laceração do hímen.	
Infeções de transmissão sexual;	
Gravidez.	

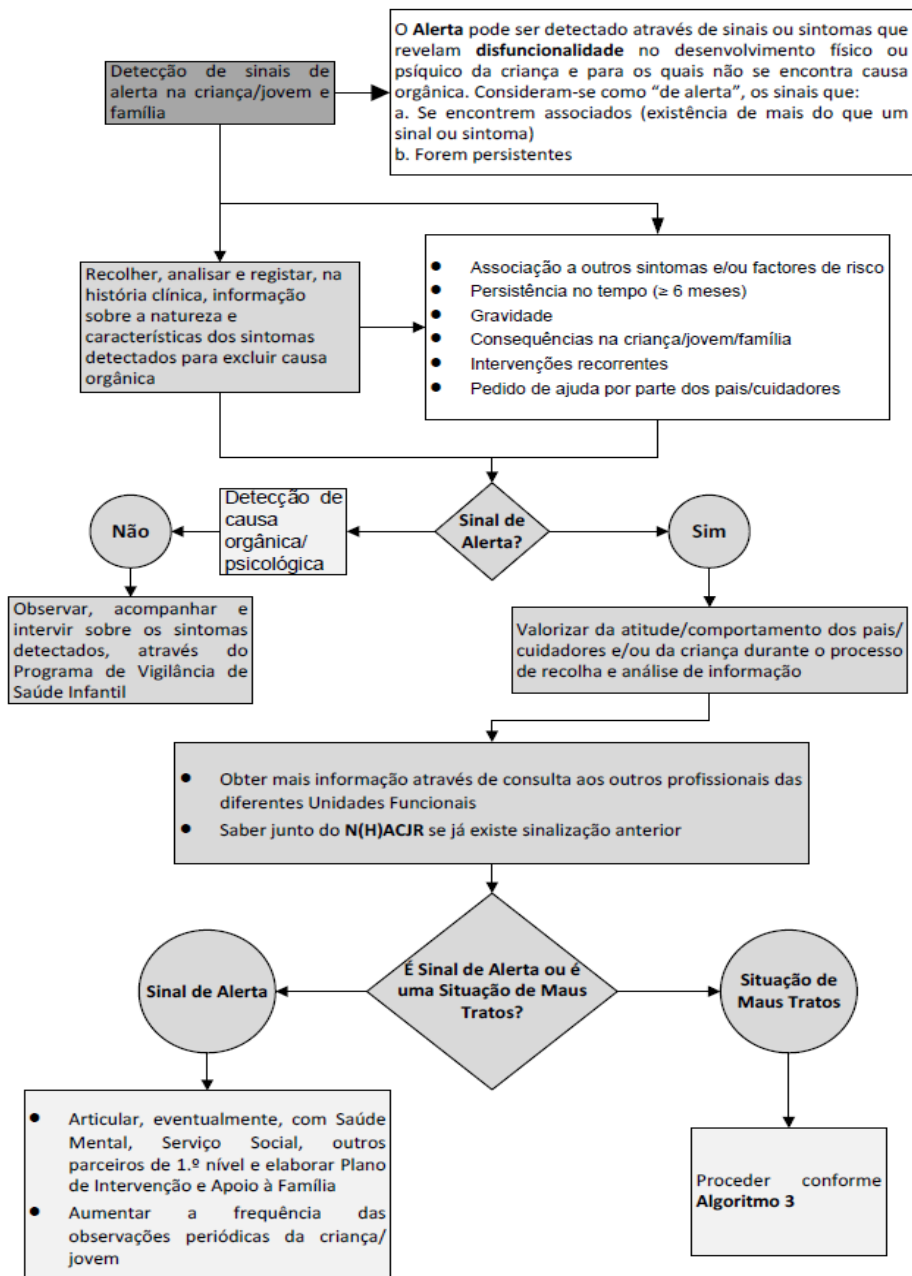
Algoritmo 3: Detecção de situações de maus tratos em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar

Algoritmo 1: Detecção de factores de risco, de protecção e de agravamento/crises de vida

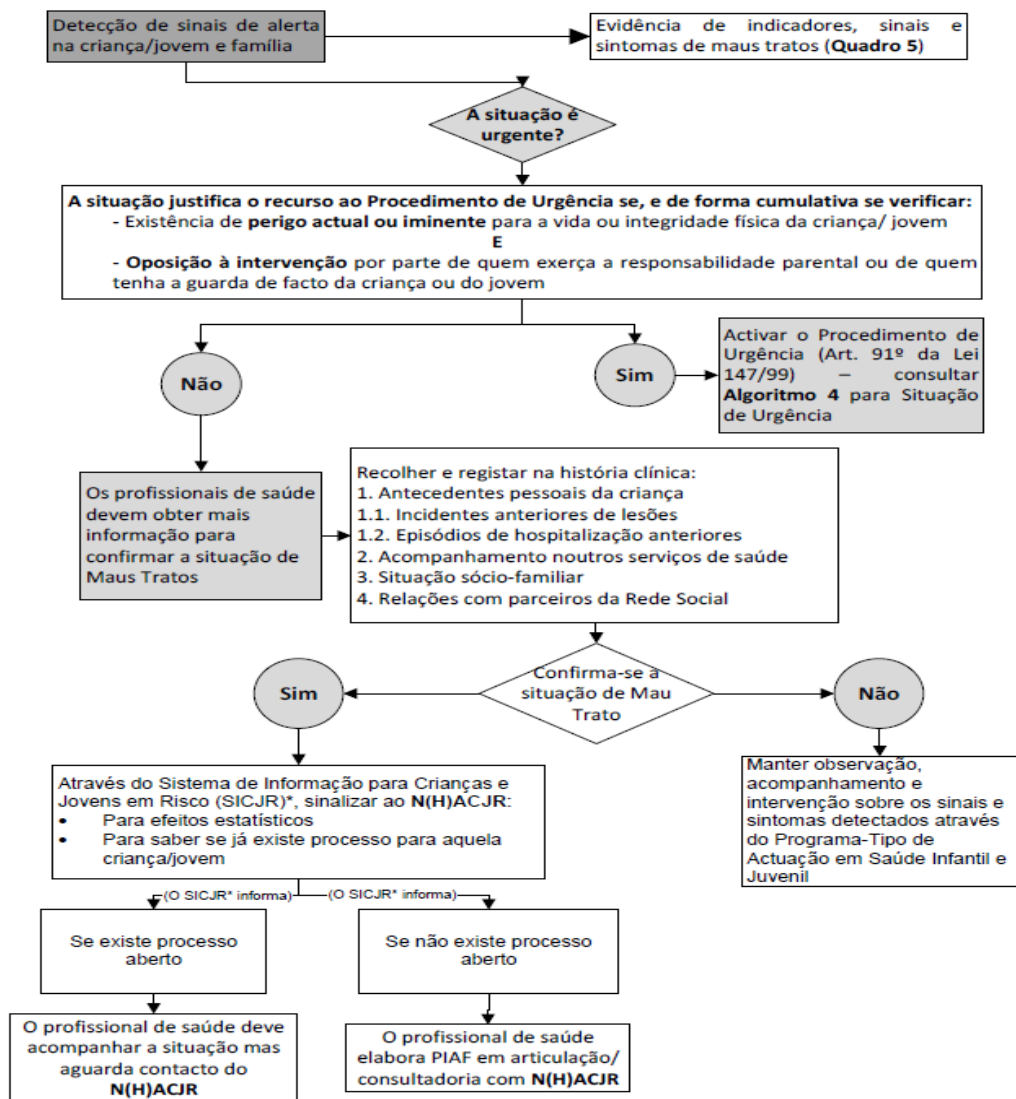


Direção Geral da Saúde (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, p.12.

Algoritmo 2: Detecção de sinais de alerta em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar



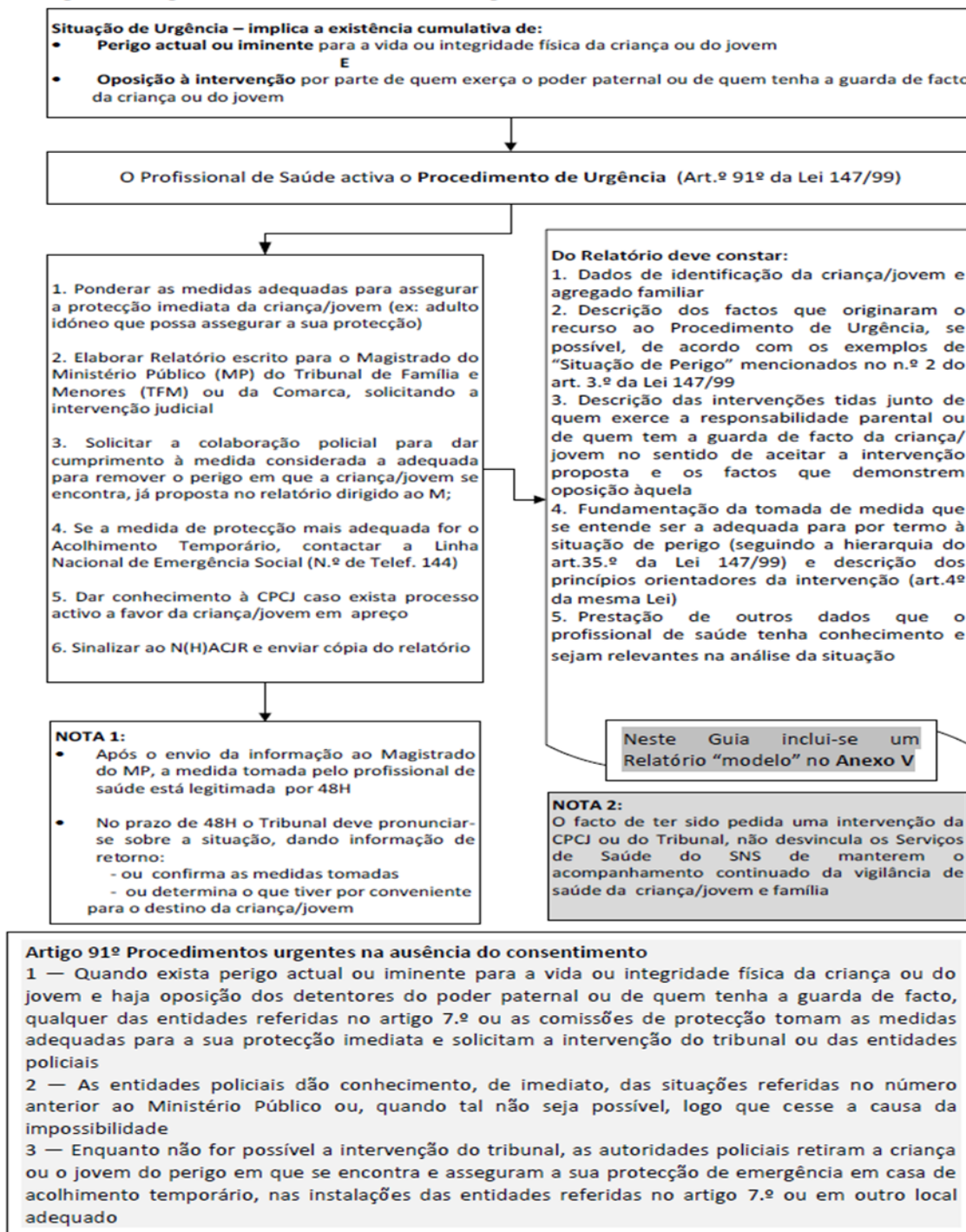
Algoritmo 3: Detecção de situações de maus tratos em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar



Direção Geral da Saúde (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, p.16.

Algoritmo 4: Procedimento de Urgência

Figura 4 - Algoritmo 4: Procedimento de Urgência

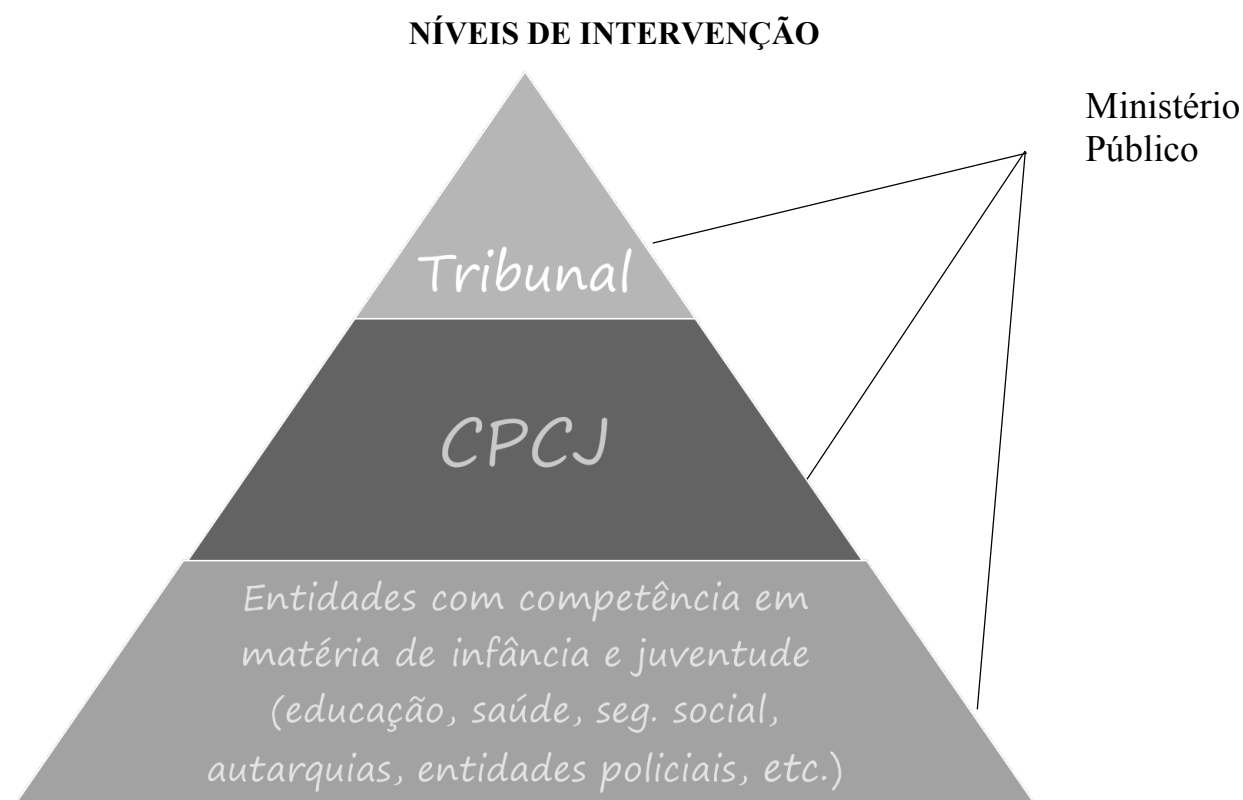


LEGISLAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DE APOIO

Em Portugal, ao nível da proteção das crianças o Estado criou um programa de **Ação de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco**, com o objetivo de promover os direitos das crianças através da prevenção dos maus tratos e da deteção precoce dos contextos e fatores de risco, sinais de alerta, acompanhamento, prestação de cuidados, sinalização e encaminhamento das situações identificadas (DGS, 2011).

A ação da saúde neste domínio, insere-se num contexto de responsabilidades partilhadas por diferentes membros da comunidade, conforme a **Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro)**.

Os serviços de saúde são instâncias de primeiro nível com um relevo particular, tendo “legitimidade - direito e obrigação - no que respeita a intervir para a protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar” (DGS,2011, p.27).



NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO À CRIANÇA E JOVEM EM RISCO (NHACJR) do Centro Hospitalar X - Hospital Y

O NHACJR do Hospital de X, insere-se no Núcleo de Apoio à criança e Família (NACF), tendo sido criado em 1985. Dele fazem parte uma equipa multidisciplinar:

Coordenadora - médica

Assistente social

Pedopsiquiatra

Psicóloga

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Pediatra

Jurista

O NACF tem como missão a proteção e promoção dos direitos das crianças e suas famílias de acordo com a Lei nº197/99. Destaca-se a importância de identificar a nível hospitalar situações suspeitas de maus tratos nos serviços de urgência, consultas e internamentos, promovendo a articulação e integração das diversas redes de apoio na ajuda às crianças e famílias. Reúne com os Centros de Saúde da Área do Centro Hospitalar X – Hospital Y trimestralmente com objetivo de investir na identificação e na melhoria da capacidade de intervenção, a nível primário e secundário

“Missão e atribuições:

Identificar as situações que reconhecidamente envolvem matéria de perigo e recorrem às entidades necessárias para resolução/encaminhamento. Propor internamento, se necessário;

Prestar apoio às equipas de saúde relativamente à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento das crianças e famílias;

Fomentar mecanismos de cooperação com outras equipas, nomeadamente medicina familiar, saúde infantil, saúde escolar, etc;

Mobilização da rede de recursos de modo a assegurar o acompanhamento;

Assegurar a articulação funcional com o Ministério Público e os Tribunais, de acordo com a legislação, bem como a CPCJ, UCF;

Incrementar a formação nesta área incluindo os elementos do NACF;

Organizar a informação casuística das situações de maus tratos infantis;

Sensibilizar e dar formação aos profissionais da saúde, incluindo os administrativos e técnicos, para a problemática dos maus tratos infantis;

Aplicar as orientações do documento “Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde”;

Assegurar as condições indispensáveis para o exercício destas funções;

Desenvolver ações de modo a cessar situações de risco;

Proceder ao diagnóstico das famílias disfuncionalizadas;

É importante um esforço de partilha de modo a proporcionar:

Apoio psicossocial à família e à criança;

Apoio psicoterapêutico à família e à criança;

Apoio médico, psicológico e pedagógico à criança “.

Fonte: <http://83.240.153.196:8082/index.php/more-info/nucleos-de-apoio/nucleo-de-apoio-a-crianca-e-a-familia>

CONTATOS

CPCJ de Lisboa (norte)

Rua Professor Almeida Lima, lotes 52, 53 e 54 - cave

1600-591 Lisboa

Telefone: 217 102 600

Fax: 217 102 620

Email: cpcjlisboanorte@sapo.pt

Site: [cpcjlisboanorte\(facebook\)](https://www.facebook.com/cpcjlisboanorte)

Ajuda de Berço

Sede Social e Centro de Acolhimento de Alcântara

Avenida de Ceuta N.º 51 - R/C, 1300 - 125 Lisboa

213 628 274 / 76 / 77

ajudadeberco@ajudadeberco.pt

Ajuda de Mãe

Rua do Arco do Carvalhão, n.º 282 Tel.: 21 382 78 50

Fax: 21 382 78 59

ajudademae@ajudademae.pt

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à vítima

Serviços Centrais de Sede

Rua José Estêvão, 135 A, Pisos 1/2

1150-201 Lisboa

Tel. 21 358 79 00 | fax 21 887 63 51

Rede CARE - Apoio a crianças e jovens vítimas de violência sexual

Rua José Estêvão 135-A 1150-201 Lisboa

Tel. 21 358 79 00

care@apav.pt

Banco do Bebê

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Rua Latino Coelho

1050-135 Lisboa

Tel.: +351 21 357 18 05 ou +351 21 352 01 40 (dias úteis das 10:00 às 13:00)

Fax: +351 21 352 01 41

Tlm.: +351 964 834 412

Fundação Gil

Av. Do Brasil, 53 D – Parque de Saúde de Lisboa,

Pavilhão 13

1700-063 LISBOA

Telefone:

+351 21 355 24 50

+351 21 798 11 80 (Casa do Gil)

+351 21 355 24 59

E-mail: geral@fundacaodogil.pt

Instituto de Apoio à Criança

Largo da Memória, 14 LISBOA 1349-045 Portugal

+351 213 617 880

+351 213 617 889

+351 919 000 315 / +351 939 105 280 / +351 969 192 738

iac-sede@iacrianca.pt

Provedor de Justiça

Linha da Criança

800 20 66 56

SOL – Associação de Apoio às crianças VIH/SIDA

Rua Pedro Calmon, 29

1300 – 455 LISBOA

Telefone: 21 362 5771/ 2

Fax: 21 7957324/ 21 362 5773

E-mail: associacaosol@netcabo.pt

Evidência Científica

Da pesquisa efetuada, diversos estudos salientam a importância da avaliação e detecção precoce do risco de maus tratos, as dificuldades dos profissionais, a necessidade de formação dos enfermeiros nesta área e que a doença crônica é um dos fatores de risco de maus tratos à criança.

Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	Autor: Silva, D., Afonso, V. L. & Silva, B. E. Título: Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Detecção de Maus-Tratos na Criança Fonte: Millenium Ano de Publicação: 2014
Finalidade do Estudo	Objetivos: identificar os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança; determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nos conhecimentos dos enfermeiros sobre essa matéria; verificar a influência da experiência de atendimento de crianças vítimas de maus-tratos nos conhecimentos sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança.
Conclusões	Embora os enfermeiros de cuidados de saúde primários se sintam capazes de encaminhar situações de maus-tratos infantis, referem sentir falta de formação na área dos maus-tratos e também na comunicação/relacionamentos interpessoais, sobretudo na forma de abordagem destes problemas com a criança/família. Sugerimos um maior investimento na formação destes profissionais na área dos maus-tratos infantis.

Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	<p>Autor: Svensson, B.U., Eriksson, B. & Janson, S.</p> <p>Título: Exploring risk for abuse of children with chronic conditions or disabilities – parent’s perceptions of stressors and the role of professionals.</p> <p>Fonte: <i>Child: care, health and development</i></p> <p>Ano de Publicação: 2012</p>
Finalidade do Estudo	<p>Objetivos: explorar os fatores de risco para abuso com foco tanto na relação pai-filho e nos relacionamentos pais-profissionais.</p>
Conclusões	<p>O abuso contra crianças com condições crônicas ou deficiência não é apenas um problema da família mas também depende da qualidade dos serviços, do apoio profissional e das normas sociais. O resultado aponta três desafios para medidas preventivas, todas com implicações emocionais, estratégias parentais, esforços organizacionais e conscientização cultural.</p>

Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	<p>Autor: Melo, T. A. & Alarcão, M.</p> <p>Título: Avaliações em situações de risco e perigo para as crianças: um roteiro organizador</p> <p>Fonte: <i>Análise Psicológica</i></p> <p>Ano de Publicação: 2011</p>
Finalidade do Estudo	<p>Objetivos: refletir sobre as avaliações em situações de risco psicossocial e de perigo, particularmente de maus tratos, para as crianças.</p>
Conclusões	<p>A avaliação é uma componente central das atividades dos profissionais que intervêm junto de</p>

	<p>famílias com crianças em situação de risco e perigo, nomeadamente em casos de maltrato. Uma avaliação constitui uma atividade orientada para a produção de informação que possa dar resposta a um conjunto específico de questões pré-determinadas e que facilite um determinado processo de tomada de decisão.</p> <p>A avaliação, no quadro da proteção e promoção da criança, pode ser entendida como um conjunto de atividades organizadas e orientadas para dar resposta a um conjunto de questões predefinidas, no sentido de produzir informação que permita uma tomada de decisão informada. O trabalho avaliativo deve constituir-se como um espaço e um tempo de reflexão, para os profissionais e para a própria família. A legitimidade e razão de ser da avaliação têm que ser inequivocamente explicitadas perante a família, pelo que é importante que o profissional saiba fundamentar a sua necessidade para poder discuti-la com a família de uma forma clara. Esta justificação, na maioria das situações, prende-se com os indicadores de perigo ou de risco e com a ligação destes à segurança e bem-estar atual e futuro da criança.</p>
--	---

Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	<p>Autor: Pabis', M., Wronska, I., Slusarska, B. & Cuber, T.</p> <p>Título: Paediatric nurses' identification of violence against children</p> <p>Fonte: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Ano de Publicação: 2010</p>

Finalidade do Estudo	Objetivos: avaliar as capacidades das enfermeiras de pediatria usadas na avaliação, diagnóstico e intervenção nos maus tratos a crianças.
Conclusões	Os enfermeiros devem trabalhar com crianças maltratadas de forma individualizada, combinada com uma equipa multidisciplinar. Parece haver uma necessidade de formação especializada para enfermeiros de forma a melhorar as suas no trabalho com as crianças maltratadas e as suas famílias.
Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	Autor: Shelly S. Eisbach, S.S. & Driessnack, M. Título: Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses Fonte: <i>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</i> Ano de Publicação: 2010
Finalidade do Estudo	Objetivos: explorar o processo de notificação obrigatória de maus-tratos de crianças por enfermeiras pediátricas.
Conclusões	Aumentar os esforços educacionais focados no reconhecimento de maus-tratos infantis pode afetar a baixa taxa de relatórios dos enfermeiros.

Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	Autor: Piltz, A. & Watchel, T. Título: Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. Fonte: <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , Ano de Publicação: 2009
Finalidade do Estudo	Objetivos: identificar barreiras que inibam os enfermeiros de reportar casos suspeitos de abuso e negligência de crianças.

Conclusões	Embora os enfermeiros sejam obrigados a notificar casos de abuso e negligência de crianças, a formação nesta área não é obrigatória. Na Austrália os diferentes graus de formação em enfermagem fornecem alguma formação nesta área, mas não é obrigatória nem padronizada. A introdução obrigatória dessa formação deve ser introduzida em todos os graus de formação em enfermagem.
-------------------	---

Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	<p>Autor: Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J. & Grant, J.</p> <p>Título: The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected.</p> <p>Fonte: <i>Contemporary Nurse</i></p> <p>Ano de Publicação: 2008</p>
Finalidade do Estudo	Objetivos: compreender e descrever os processos de tomada de decisão de quatro grupos profissionais mandatados: Médicos, enfermeiros, policiais e professores em Victoria, na identificação de crianças em risco e as suas decisões.
Conclusões	<p>A denúncia de abuso e negligência de crianças é uma experiência <i>stressante</i> para esses grupos que são altamente visíveis em suas respectivas comunidades.</p> <p>A notificação obrigatória deve ser um componente significativo dos currículos de educação interdisciplinar e de desenvolvimento profissional.</p>

Visão Geral do estudo	
Identificação do Estudo	<p><u>Autor:</u> Jaudes, P.K. & Mackey-Bilaver. L.</p> <p><u>Título:</u> Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated?</p> <p><u>Fonte:</u> <i>Child Abuse & Neglect</i></p> <p><u>Ano de Publicação:</u> 2008</p>
Finalidade do Estudo	<p><u>Objetivos:</u> verificar se e em que medida as condições de saúde crônicas específicas colocam as crianças em risco de maus-tratos.</p>
Conclusões	<p>As condições crônicas de saúde comportamental / mental colocam as crianças em risco elevado de abuso ou negligência.</p>

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, D. (2016). AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS COMISSÕES DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS – RELATÓRIO ANUAL 2015. LISBOA: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.

APAV (2011). Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir. Acedido em 05/04/2016. Disponível em:

http://www.apav.pt/pdf/Manual_Criancas_Jovens_PT.pdf

Declaração sobre os Direitos da Criança. Acedido a 29/02/2016. Disponível em:

http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 29/02/2016. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Acedido a 29/02/2016. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Direção Geral de Saúde (2008). Acção de saúde para as crianças e Jovens em risco: documento técnico. Acedido a 31/03/2016. Disponível em:

http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaoasaude-pdf.aspx

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J. & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 41(1), 58–69.

DOI:10.5172/conu.2012.41.1.58

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Jovem* (9th ed.). Loures: Lusociência.

<http://83.240.153.196:8082/index.php/more-info/nucleos-de-apoio/nucleo-de-apoio-a-crianca-e-a-familia>

- Jaudes, P.K. & Mackey-Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? . *Child Abuse & Neglect*, 32 (7), 671-681.
DOI: 10.1016/j.chiabu.2007.08.007.
- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Diário da República I SÉRIE A, Nº 204 (1-09-1999) 6115-6132.
- Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro (2015). Segunda alteração à Lei de Protecção de Crianças e Jovens, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. Diário da República 1ª série, Nº 175 (08-09-2015) 7198-7232.
- Magalhães, T. (Coord.) (2010). *Abuso de Crianças e Jovens – Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel.
- Magalhães, T. (2004). *Maus Tratos em Crianças e Jovens* (4º ed.). Coimbra: Quarteto.
- Organização Mundial da Saúde (2006). Preventing Child Maltreatment: a guide to Taking action and generating evidence,. Acedido em 04/04/2016. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
- Melo, T. A. & Alarcão, M. (2011). Avaliações em situações de risco e perigo para as crianças: um roteiro organizador *Análise Psicológica*, 3 (XXIX), 451-466. Acedido em: 31/03/2016. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n3/v29n3a06.pdf>
- Pabis', M., Wronska, I., Slusarska, B. & Cuber, T. (2010). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384–393.
DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010. 05473.x
- Piltz, A. & Watchel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 93-10. Acedido a 13-11-2016. Disponível em:
http://www.ajan.com.au/Vol26/26-3_Piltz.pdf
- Shelly S. Eisbach, S.S. & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317-323.
DOI: 10.1111/j.1744-6155.2010. 00259.x
- Silva, D., Afonso, V. L. & Silva, B. E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Deteção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium*, 47, 69-82. Acedido em 30/03/2016. Disponível em:

<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf>

Svensson, B.U., Eriksson, B. & Janson, S. (2012). Exploring risk for abuse of children with chronic conditions or disabilities – parent’s perceptions of stressors and the role of professionals. *Child: care, health and development*, 39(6), 887-893.

DOI: 10.1111/cch.12030

TÉCNICAS DE TRABALHO. Organizar dossiers temáticos. Acedido a 13/112016.

Disponível em:

<http://www.rbe.min->

[edu.pt/news/newsletter3/como_organizar_dossiers_tematicos.pdf](http://www.rbe.min-edu.pt/news/newsletter3/como_organizar_dossiers_tematicos.pdf)

Apêndice VIII

Plano da Sessão “Gostar de Mim para gostar dos Outros”

Apresentação da sessão

Plano da Sessão “Gostar de Mim para gostar dos Outros”

Objetivos:

- Capacitar os jovens para aquisição de competências sociais no que respeita à autoestima;
- Desenvolver fatores de proteção individual e de saúde.

População: alunos de 3 turmas de 7º ano de escolaridade.

Local: Escola 2º e 3º ciclos X

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	Apresentação dos profissionais de saúde, do tema e dos objetivos da sessão; Quebra Gelo; Característica positiva de cada um	Expositiva Participativa	Profissionais de saúde, alunos e professores; Computador Data show. Círculo de cadeiras	Apresentação de cada um através do jogo “Eu e o Outro”	10 min.
Desenvolvimento	Autoconceito e autoestima; Autoconceito: definição e construção; Que mudanças; Autoconceito como alavanca para o sucesso; Filme: Mouse for sale Autoestima: autoestima negativa e positiva Autoestima e saúde: sexualidade e comportamentos de risco; Filme: Os jovens e a saúde mental.	Expositiva	Profissionais de saúde, alunos e professores; Computador Data show.		30 min

<p style="text-align: center;">Conclusão</p>	<p>Jogo do novo Avaliação das aprendizagens;</p> <p>Reflexão final</p>	<p>Participativa e Reflexiva</p>	<p>Profissionais de saúde, alunos e professores; Novelo de Lã Computador Data show</p>	<p>Formação de um círculo com os participantes em pé cada um atira o novo e refere uma característica positiva do colega, formando uma teia. Desfazer a teia devolvendo o novo e referir uma aprendizagem. Convida-se um aluno a ler: eu sou especial</p>	
---	--	----------------------------------	--	---	--



“GOSTAR DE MIM PARA GOSTAR DOS OUTROS”

AUTOCONCEITO E AUTOESTIMA

Elaborado por :André Ribeiro
Cristina Matos
Orientadora: Enff Susana Santos

OBJETIVO

Sensibilizar para a importância do auto conceito e da auto estima.



DINÂMICA DE GRUPO

JOGO DAS CARACTERÍSTICAS PESSOAIS.

REGRAS:

CADA PESSOA APRESENTA-SE E DIZ UMA CARACTERÍSTICA SUA.

AUTOCONCEITO E AUTOESTIMA



Quem sou eu?

Gosto de mim como sou?



AUTOCONCEITO ?

CONJUNTO DE NOÇÕES, PENSAMENTO E SENTIMENTOS QUE CADA UM POSSUI ACERCA DE SI ENQUANTO PESSOA.

Eu Real

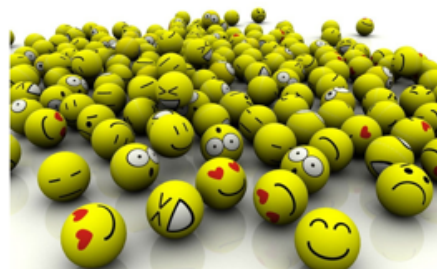


Eu Ideal

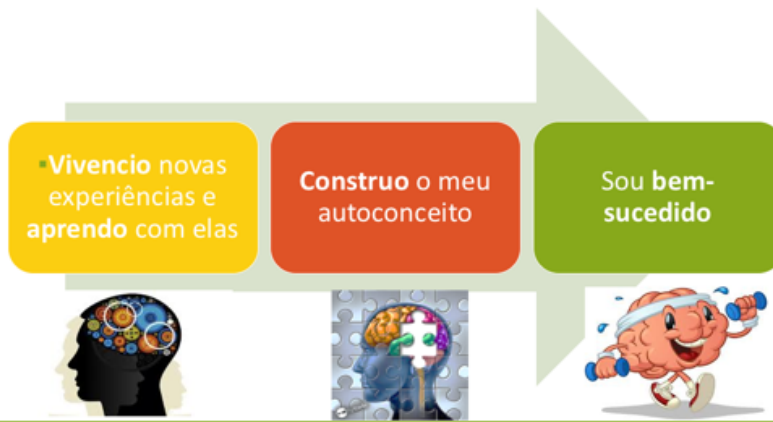


QUE ALTERAÇÕES?

- Físicas
- Psicológicas
- Emocionais



AUTOCONCEITO → SUCESSO



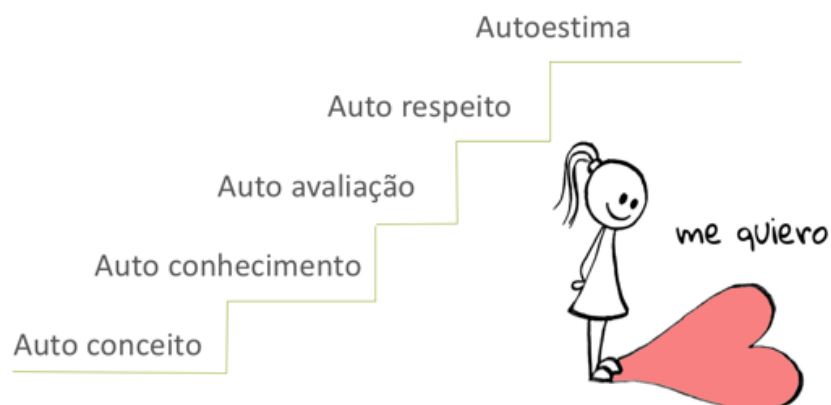
Filme: *Mouse For Sale* by Wouter Bongaerts Disney Favorite.mp4

AUTOESTIMA

A **autoestima** é o julgamento, a apreciação que cada um faz de si mesmo, a sua capacidade de gostar de si.



AUTOESTIMA



AUTOCONCEITO E AUTOESTIMA

Constituem a visão da nossa pessoa que se vai modificando ao longo da vida, de acordo com as nossas experiências e o ambiente em que vivemos.

São fortemente influenciados por aquilo que os outros pensam de nós.



AUTOESTIMA NEGATIVA

Auto-estima negativa poderá levar a variados problemas de saúde, como a depressão, distúrbios alimentares, etc;

Uma pessoa com auto-estima negativa tem tendência a atacar ao mínimo erro, em vez de procurar soluções para os problemas.



DEPRESSÃO

INSEGURANÇA

ANSIEDADE

INSUCESSO



AUTOESTIMA POSITIVA

- Autoestima positiva equivale a sentirmo-nos bem com nós mesmos, com os nossos e as nossas qualidades.
- É importante ter uma autoestima positiva para enfrentar de forma eficaz os desafios com que nos possamos defrontar.



COMO CONTRUIR UMA AUTOESTIMA POSITIVA

- ☀ Aprende a aceitar-te a ti mesmo. Não te compares com os outros, tu és Único!
- ☀ Para cada coisa que não gostes em ti pensa em duas que gostes.
- ☀ Participa em atividades que gostes de fazer.
- ☀ Aprende a gerir o stress
- ☀ Não exijas demasiado de ti próprio/a, não tentes ser o rapaz ou rapariga perfeita.
- ☀ Não esperes sempre a aprovação dos outros.
- ☀ Evita relacionamentos destrutivos e cultiva amizades.
- ☀ Aprende com os erros.
- ☀ Constrói objetivos para a tua vida.



AUTOESTIMA E SAÚDE

Sexualidade - Não te esqueças que num relacionamento saudável tens direito à tua opinião, ao afeto, ao apoio, ao diálogo, ao respeito, à tolerância, a Dizer “**NÃO**”!



AUTOESTIMA E SAÚDE

Comportamentos
de risco:



AUTOESTIMA

Jogo do novelo

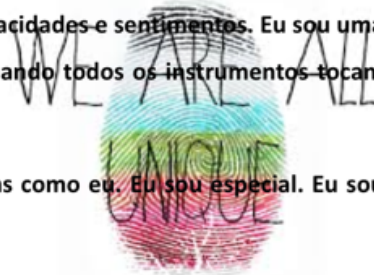
Passar o novelo entre os colegas, para passar o novelo a outra pessoa dizer uma característica positiva dessa pessoa.



- Eu sou especial. No mundo não há ninguém igual a mim.
- Nunca existiu outra pessoa como eu.
- Ninguém tem o meu sorriso. Ninguém tem os meus olhos, o meu nariz, o meu cabelo, as minhas mãos, a minha voz.
- Eu sou especial.
- Não há ninguém no mundo com a minha letra.
- Ninguém tem os meus gostos por comida ou música.
- Ninguém vê as coisas como eu vejo.
- Nunca houve ninguém que se risse como eu rio ou que chorasse como eu choro.
- E o que me faz rir ou chorar não fará noutra pessoa o mesmo riso ou as mesmas lágrimas.
- Ninguém reage às situações como eu reajo.
- Eu sou especial.



- Eu sou o único com o mesmo conjunto de capacidades. Haverá sempre alguém que é melhor naquilo em que eu sou bom, mas ninguém no universo alcançará a qualidade da combinação dos meus talentos, das minhas ideias, capacidades e sentimentos. Eu sou uma sinfonia. E nada se iguala ao som de uma sinfonia quando todos os instrumentos tocam em conjunto.
- Nunca ninguém falará, andará, pensará e fará as coisas como eu. Eu sou especial. Eu sou raro.
- E em tudo quanto é raro há sempre um grande valor. E é pelo meu grande valor que eu não preciso de tentar imitar os outros. Eu aceito, sim, festejo as minhas diferenças.
- Esse alguém sou eu. Porque ...eu sou especial.





SEJA VOCÊ
MESMO
PORQUE OS
OUTROS JÁ
TODOS
EXISTEM !!!

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!!!!

