



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**A Continuidade de Cuidados à Criança,
ao Jovem e Família de Risco - Contributos
do Enfermeiro Especialista**

Cláudia Celina Costa Martins

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A Continuidade de Cuidados à Criança, ao Jovem e Família de Risco - Contributos do Enfermeiro Especialista

Cláudia Celina Costa Martins

Docente Orientadora: Prof.^a Maria Lourdes Oliveira

2012



AGRADECIMENTOS

Gostava de agradecer:

Ao Paulo, Miguel e João, pela motivação que me deram para continuar o meu percurso académico e serem sempre o meu suporte, mesmo nos momentos mais difíceis.

À Prof.^a Maria de Lourdes Oliveira por toda a ajuda e disponibilidade demonstrada na sua orientação.

Às Enf.^a orientadoras dos locais de estágio gostaria de agradecer a sua disponibilidade demonstrada e partilha de experiências. Foi bom ter-vos acompanhado no cuidar da criança e da família.

Gostaria de agradecer também às minhas colegas de equipa pelo apoio nesta viagem.

À Enf.^a Teresa Antunes agradeço a preciosa ajuda permitindo-me conciliar projectos e afectos.

À Fátima, amiga do coração, fonte de inspiração e coragem.

Aos colegas de curso, pela partilha de experiências e amizade.

*O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício,
salvaguardar os Direitos da Criança
Ordem dos Enfermeiros*

Sê a mudança que queres ver neste mundo

Ghandi

RESUMO

O presente relatório pretende traduzir o percurso efectuado ao longo das várias experiências de estágio, explicitando os objectivos traçados, as actividades desenvolvidas e os processos de trabalho utilizados, bem como as competências adquiridas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A opção que ditou a escolha dos locais de estágio, foi a temática dos maus tratos, cuja finalidade é **melhorar a continuidade dos cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco**.

Os maus tratos são considerados um problema de Saúde Pública de grande magnitude, podendo mesmo falar-se de um flagelo social. Dada a gravidade deste fenómeno, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde assume um papel essencial na defesa dos Direitos da Criança. No seu exercício profissional o enfermeiro tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de “qualquer forma de abuso” (OE 2007a, p.2). A detecção precoce, o apoio continuado e o encaminhamento da criança e do jovem em risco assente na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, e nos Cuidados de Transição, que se constituem como os elementos principais da intervenção do EE em ESIP convertendo-se em ganhos para a saúde. O fenómeno dos maus tratos requer uma perspectiva de **promoção da articulação** com outros serviços e instituições de modo a **melhorar a continuidade dos cuidados** à criança ao jovem e à família de risco.

Neste percurso foi possível desenvolver conhecimentos mais sólidos e conhecer outras formas de intervir junto da criança e do jovem vítima de maus tratos, e desenvolver competências específicas da área da ESIP, demonstradas através de uma análise das necessidades de saúde da criança, do jovem e da família nas várias etapas do ciclo de vida nos diferentes contextos e na adequação das intervenções de enfermagem. Foram ainda desenvolvidas, de um modo geral, as competências comuns do EE no domínio da concepção, gestão e supervisão de cuidados, formação e investigação. O resultado final foi a construção de um programa, aplicável à população alvo do meu contexto de trabalho, impulsionador de mudança nos cuidados de enfermagem e promotor de boas práticas.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Maus Tratos, Articulação de Cuidados, Direitos da Criança.

ABSTRACT

The present report is aimed to the description of the path during the several stages toward the conclusion of the specialty of Child Care and Pediatrics Nursing. The main goals and acquired competencies, as well as the work methodology used are also described. The main theme was to improve the continuity of the nursing care to the child, young and family at risk of maltreatments.

The maltreatments are regarded as a huge social problem, and can be considered as a social scourge. Considering the severity of the problem, the care-giving nurse has an important role on the defense of the Child's Rights. During their regular care-giving, they are intended to "protect the children's rights, in order to overcome any kind of abuse" (OE 2007a, p2). Early detection, continuing support, and adequate follow-up are the mainstreams of the nurse-specialist. Nonetheless, this phenomenon requires a correct co-work between different Institutions involved, which can improve the care for the children and youngest at risk for maltreatments.

During this path it was possible to develop the right know-how in order to actively act on the victims of maltreatments. Specific competencies were also developed on this field. Those were acquired both by the analysis of the specific requirements, faced in the different stage places, and on the level of the conception on the theme. The last one was established using the Family-Centered Care and the Transition Model Concepts, the most important theoretic tool used in this work. Generally the common competencies of the Specialist Nurse were developed, in regards of the conceptual model, management of the care, as well as training and investigation skills.

This approach resulted in a program, aimed to the target-population. The main goal is to promote a perceptible change in nursing care-giving on this specific matter.

Key-words: Specialist Nurse; Maltreatments; Care-giving articulation; Children's Rights.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

et al – e outros

nº – número

p. – página

s.p. – sem página

art.º- Artigo

Dr.º - Doutor

SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT-IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

DGS – Direcção Geral de Saúde

DSI – Direcção de Saúde Infantil

DL – Decreto-lei

DSP – Departamento de Saúde Pública

EE em ESIP – Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HSM – Hospital de Santa Maria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IGS – Inspecção-Geral de Saúde

LPCJR – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

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

NACF – Núcleo de Apoio à criança e à Família

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

ONU – Organização das Nações Unidas

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAFAC – Projecto de Apoio à Família e à Criança

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSI – Programa Nacional de Saúde Infantil
PNV – Programa Nacional de Vacinação
PIAF – Plano de Intervenção de Apoio à Família
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RN – Recém-nascido
SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SUP - Serviço de Urgência de Pediatria
SI – Saúde Infantil
SOPed – Serviço de Observação de Pediatria
SUP – Serviço de Urgência de Pediatria
UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCI – Unidade de Cuidados Intermédios
UNICEF – United Nations Child Fund
UPA – Unidade Pluridisciplinar Assistencial
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	5
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	9
3.1. Maus-Tratos	9
3.2. Risco versus Perigo	10
3.3. Articulação em cuidados de saúde	11
3.4. Parceria de Cuidados e Teoria das Transições	13
4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE FORMAÇÃO	15
4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar	18
4.2. Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria	27
4.3. Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa	36
4.4. Unidade Pluridisciplinar Assistencial do HSM	43
5. CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO	49
6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PERCURSO DE FORMAÇÃO	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
8. BIBLIOGRAFIA	61
8.1. Referências Bibliográficas	61
8.2. Bibliografia Consultada	67

1. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O principal objectivo é proceder a uma descrição e avaliação do percurso ao longo do último semestre no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e melhorar a qualidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

A análise reflexiva foi a metodologia utilizada no sentido de fazer sobressair os contributos obtidos em cada local de estágio para o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EE em ESIP), com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e família de risco. O meu percurso esteve intimamente ligado ao projecto de estágio, desenhado na disciplina de Opção II com a temática **melhorar a continuidade dos cuidados à criança ao jovem e família de risco**, promovendo a articulação com outros serviços e instituições.

O interesse por esta temática surgiu quando integrei o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de Benfica. Por outro lado, a equipa de enfermagem, refere deficit de conhecimentos nos procedimentos a adoptar face à detecção dos factores de risco e avaliação dos cuidados a prestar a crianças, jovens e famílias em risco e no seu encaminhamento.

Este trabalho vai ao encontro dos objectivos comuns do Curso de Mestrado que apelam à demonstração de “capacidade de análise acerca do desenvolvimento que sustente a sua prática de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara. Compreensão aprofundada (..) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde, capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem e saber aplicar o conhecimento de outras disciplinas nos diferentes

contextos da prática clínica, desenvolvendo projectos que reflectam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados.”¹

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde assume um papel essencial na defesa dos Direitos da Criança. No seu exercício profissional, o enfermeiro tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de qualquer forma de abuso” (OE 2007a, p.2). A detecção, o apoio continuado e o encaminhamento, e a intervenção junto da criança e do jovem em risco (reconhecendo os pais como os principais prestadores de cuidados), constituem-se como os elementos principais da intervenção do EE em ESIP, convertendo-se em ganhos para a saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contextos de prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2009a, p.10). No que diz respeito às competências específicas do EE em ESIP, a OE definiu que o enfermeiro deverá “assistir à criança, ao jovem e família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança, do jovem e da família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2009a, p.19). Para BENNER (2005, p. 33); “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

Seguindo este fio condutor, optei por centrar a minha atenção em várias vertentes da problemática em estudo, fazendo uma abordagem global, uma vez que o fenómeno dos maus tratos implica promover a articulação com outros serviços e instituições, de modo a **melhorar a continuidade dos cuidados à criança, ao jovem, e à família de risco**. Os referenciais teóricos que surgiram como mais adequados à filosofia dos cuidados à criança, ao jovem e à família de risco foram O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis.

¹ ESEL 2011 – Regulamento de Mestrado em Enfermagem

A escolha dos locais de estágio teve por base a problemática do projecto, os objectivos e as actividades a desenvolver nos diferentes contextos. O estágio iniciou-se a 3 de Outubro de 2011 e terminou a 17 de Fevereiro de 2012 conforme cronograma em Apêndice I e os contextos são os que se apresentam:

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar

Serviço de Observação de Pediatria (SOPed) e Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria (HSM)

Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa (MAC)²

Unidade Pluridisciplinar Assistencial (UPA) do Hospital de Santa Maria (HSM)

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Benfica

Este relatório contempla, numa primeira parte, a contextualização e fundamentação da problemática. Posteriormente, abordam-se os maus tratos, o risco, a articulação em cuidados de saúde e os referenciais teóricos que suportam o trabalho. De seguida faz-se uma análise crítica e reflexiva de cada campo de estágio, considerando os objectivos definidos, as actividades desenvolvidas e experiências mais significativas, no sentido do desenvolvimento de competências. No capítulo seguinte, apresento o programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica, onde descrevo e analiso as suas fases. Apresento depois, as competências adquiridas, e por fim, as considerações finais onde faço uma apreciação global do percurso e do projecto, e teço algumas considerações sobre as limitações do trabalho, realçando os pontos importantes para o seu desenvolvimento e continuidade.

²O cronograma inicial sofreu uma alteração, pois o estágio da Maternidade Alfredo da Costa (MAC) não fazia parte dos meus locais de estágio inicialmente pensados no projecto. Tinha delineado o estágio na Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria (por ser este o hospital de referência da unidade em que exerço funções) mas por motivos alheios à minha vontade (estágio recusado por motivo de obras no serviço) tal não foi possível. Esta decisão foi partilhada com a docente orientadora.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A escolha desta problemática assenta na identificação de dificuldades ao nível da organização e da prática de cuidados à criança, ao jovem e à família de risco. No percurso da minha actividade profissional, apercebi-me de diversas dificuldades no despiste, abordagem e encaminhamento de situações de maus tratos. Quando integrei o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de Benfica deparei-me também com algumas dificuldades: a falta de organização e informatização dos processos; a articulação das situações de risco era apenas efectuada oralmente e de modo não sistematizado; os enfermeiros revelavam dificuldades no acompanhamento e na avaliação dos cuidados de saúde primários à criança, ao jovem e família e a articulação entre os cuidados de saúde primários e o hospital era deficitária. Senti, por isso, a necessidade organizar os cuidados de forma holística e continuado às crianças, jovens e famílias.

Os maus tratos são considerados um problema de Saúde Pública de grande magnitude, podendo mesmo falar-se de um flagelo social³. No entanto, não está claro que isso seja o reflexo de um aumento da violência intra familiar (CANHA, 2002). A Convenção dos Direitos da Criança refere que todas as crianças têm o direito a viver com os seus pais a não ser que seja incompatível com o seu interesse superior, de protecção quando privadas de ambiente familiar, nomeadamente através de instituições apropriadas e à protecção contra maus-tratos e negligência (UNICEF, 2004).

O último relatório da ONU sobre violência nas crianças revela que cerca de 53.000 crianças entre os 0-17 anos de idade foram vítimas de homicídio; 5.7 milhões de crianças realizavam trabalhos forçados ou em regime de servidão, 1.8 milhões estavam envolvidas na prostituição e pornografia, 1.4 milhões vivem vítimas de VIH/Sida, cerca de 250.000 são usadas por forças armadas governamentais ou por grupos de oposição armada, 1.2 milhões foram vítimas de tráfico no ano 2000 e um

³Ministério da Saúde (DR, 2ª Série, n.º 236 de 5/12)

terço dos nascimentos no mundo não têm registo de cidadania (WHO/ISPCAN 2006).

Em Portugal, a experiência sobre “maus tratos” remonta a 1985, com a criação do Núcleo de Estudo da Criança Maltratada do Hospital Pediátrico de Coimbra. No primeiro estudo epidemiológico efectuado em Portugal, pelo Centro de Estudos Judiciários (CEJ), as estimativas apontavam para cerca de 30.000 novos casos por ano: 23.000 vítimas de negligência, 6000 vítimas de maus tratos físicos e 1000 vítimas de abuso sexual (AMARO, F. 1986). Actualmente, não existem mais do que estimativas. O relatório de actividades de 2010 dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e dos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e jovens em Risco (NHACJR) assinalou que os dados “não são, minimamente, representativos da incidência de casos mas sim o reflexo da capacidade de oferta de cuidados, que é condicionada pelo número de núcleos em actividade em cada ARS”. No conjunto das 5 ARS, no ano de 2010, houve registo de 3551 casos sinalizados nos Núcleos. Em 68% das situações, foi detectada a *negligência*, nas suas diversas facetas, seguida dos *maus tratos psicológicos*, *maus tratos físicos*, *abuso sexual* e *outras formas*, incluindo a *Síndrome de Munchausen por Procura*ção.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Benfica num total de 34.579⁴ inscritos, tem 4155 crianças, dos 0 aos 18 anos (12,02%), não sendo possível saber, quantas crianças estão em situação de risco. O NACJR da UCSP de Benfica foi criado através do ofício nº 570 de 29 de Julho de 2007, e a sua actividade tem sido marcada por diversas interrupções na acção de diversas equipas (ANEXO I).

A actuação neste campo tem de ser correcta, desde a suspeita e sinalização do risco à detecção e intervenção nos casos de existência efectiva de maus tratos. A World Health Organization (WHO, 2006), refere a este respeito que, “ Quando os protocolos dos serviços são baseados apenas na intuição, informação anedótica ou considerações políticas, sem terem em conta a evidência científica, os serviços podem não ser eficazes e até possivelmente danosos.” (WHO, p.50). Esta organização considera ainda, que as intervenções devem ser sustentadas na teoria

⁴ Dados retirados do programa SINUS em Julho de 2011.

apropriada e de acordo com a melhor evidencia científica disponível.” (WHO, 2006, p. 50).

A Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Comissão de Acompanhamento no Relatório de 2010) e, de acordo com o Despacho n.º 31292/08 de 5 de Dezembro de 2008. (PORTUGAL, 2008) os NACJR, devem desenvolver a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES, sendo indispensável para o cumprimento da sua missão a articulação interinstitucional e intersectorial.

Tomando por base o enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007c), “o enfermeiro deve assegurar a salvaguarda dos direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso (alínea b) do artigo 81º) e encaminhar para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (alínea b) artigo 83º). Só uma intervenção de proximidade com as populações, com os parceiros institucionais adequada pode promover cuidados de enfermagem de forma coordenada e integrada e garantir a continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

3.1. Maus-Tratos

Os “maus tratos” de crianças e jovens encerram diferentes representações da infância que condicionam uma maior ou menor tolerância da prática. As diferentes percepções do lugar que a criança ocupa na família e na sociedade reflectem as respostas das diversas classes sociais às mudanças políticas, religiosas e socioculturais ocorridas nas sociedades ocidentais, sobretudo a partir do século XVII. Para perceber o que é ou não mau trato, implica que tenhamos sempre presente as influências dos contextos socioculturais e familiares na produção e submissão a estes comportamentos, bem como os conceitos e tipologias dos maus-tratos na perspectiva legal.

Definir “Maus tratos infantis” é uma tarefa complicada, “Definir significa identificar, quantificar algo, que deverá ser feito sem ambiguidades. E, quando falamos de maus tratos à criança, fruto dos factores que nele interferem, a sua definição resultará inevitavelmente vaga” (STEVENSON 1993, p.13).

A necessidade de definir “*Maus tratos infantis*”, surge em 1961, ano que marca o início das preocupações académicas, no sentido de enquadrar a problemática deste fenómeno. É, em 1962, que Kempe e seus colaboradores apresentam os sintomas e características que ajudavam a identificar crianças vítimas de maus tratos, ficando conhecido como o Síndrome de Criança Maltratada. Esta definição tinha, na opinião de SOARES (1997a:44), uma natureza fundamentalmente clínica:

“Um quadro clínico que se manifesta em crianças que receberam tratos severos, que podem ser a causa de lesões permanentes e inclusive a morte. O Síndrome deve ser ponderado em qualquer criança que apresente fracturas, hematoma sub-dural, alterações no crescimento (...). Os factores psíquicos são provavelmente de suma importância na patogénese deste síndrome, mas o conhecimento deste factor é limitado”.

KEMPE (1982) dá um novo contributo na clarificação do conceito ao incluir nele criança vítima de maus tratos físicos e emocionais e ainda a criança abandonada, violada e sub nutrida. Das diferentes definições verifica-se que inicialmente os Maus-tratos começaram a ser definidos como a agressão ou dano físico não acidental infligido à criança pelos seus responsáveis. Como se constata, nesta evolução do conceito, vários contributos vieram ampliar esta concepção e pode-se verificar que ela vai alargando o seu âmbito, passando a incluir variáveis estruturais, que transcendem o espaço físico da família, para incluir também o espaço público.

Encontramos como definição de maus-tratos um “delito praticado por quem põe em risco a vida ou a saúde de uma pessoa que está sob a sua dependência ou guarda, privando-a de alimentos e cuidados indispensáveis, ou exercendo sobre ela qualquer forma de violência (física ou psicológica) (DICIONÁRIO, 2011). A Direcção Geral de Saúde (DGS) define maus tratos como “qualquer acção ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.” (PORTUGAL, 2011, p 7).

Quanto à tipologia dos maus tratos também não há uma classificação consensual. Em termos mais genéricos e académicos os investigadores costumam agrupar os maus tratos em duas grandes categorias: o abuso e a negligência. Já a DGS em 2011 prefere uma classificação com quatro categorias, distinguindo abuso de negligência: 1) Negligência; 2) Mau trato físico; 3) Mau trato psicológico e Emocional; 4) Abuso sexual (PORTUGAL, 2011).

3.2. Risco versus Perigo

Convém, também, clarificar outra dimensão deste problema, a “criança em risco” e a “criança em perigo”. A palavra risco, significa possibilidade de um acontecimento futuro e incerto; perigo (DICIONÁRIO, 2011). A DGS define risco como “um conceito mais lato que o perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança e jovem vir a sofrer de maus tratos” (PORTUGAL, 2011, p.10). Os factores de risco são “variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem,

alterações no desenvolvimento e socialização das crianças e jovens” (PORTUGAL, 2011 p.12). Existem aspectos que podem predispor ao risco: características dos pais, da criança, do contexto familiar ou sócio económico (PORTUGAL, 2008). Estas variáveis não são independentes, frequentemente reforçam-se com efeitos cumulativos: a miséria socioeconómica e a prematuridade, por exemplo. A identificação de um conjunto de factores de risco, são indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos, mas não provam a sua existência e implicam uma investigação mais detalhada. Na detecção dos factores de risco temos que ter em linha de conta os factores de protecção que podem “remover ou minorar o impacto dos factores de risco” (PORTUGAL 2011, p.11), e os factores de agravamento e crises de vida susceptíveis de alterar “a dinâmica entre factores de risco e de protecção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos”. A identificação dos factores de risco é fundamental porque permite actuar a jusante e a montante das situações de maus tratos, ou seja, é uma função do tipo intervenção e encontra-se associada aos programas de prevenção primária, secundária e terciária com modelos de intervenção próprios.

Perigo encontra-se definido como “situação que ameaça a existência de uma pessoa ou coisa; associado ao risco” (DICIONÁRIO, 2011). O conceito de perigo adquiriu um sentido mais concreto pois ele corresponde à objectivação do risco. Considera-se existir perigo “sempre que se objectiva uma situação que antes era de risco”, mas “devido a insuficiência ou falência de factores protectores, em particular durante as crises de vida” (PORTUGAL 2011, p.20), se transforma em perigo. As situações de perigo estão consagradas no n.º 2 do art.º 3 da Lei de protecção de crianças e jovens em perigo (DL, 147/99 de 1 de Setembro de 1999).

3.3. Articulação em cuidados de saúde

A palavra articulação vem do latim *articulatióne*, “*formação de nós nas árvores, articulação*”. É o acto ou o efeito de ligar de modo coerente; organizar e estruturar (DICIONÁRIO, 2011). A articulação pressupõe que exista ligação entre duas ou mais coisas. Os modelos mais actuais procuram ultrapassar as dificuldades da família em causa através de programas multi-modais, dirigidos em simultâneo ou

sequencialmente a diversos elementos do agregado familiar. No entanto, o carácter multidisciplinar e a necessidade do trabalho em equipa e ainda a implicação de diversas instituições nesta intervenção, têm suscitado um problema a este modelo: coordenação e articulação inter-técnica e inter-institucional.

Uma articulação deficitária gera lacunas e impede a adequada provisão de cuidados à família, duplicando intervenções, por vezes em sentido contrário, ou ainda, permite à família que manipule o sistema, obtendo benefícios da falta de comunicação e da desconfiança que por vezes se faz sentir entre os serviços (MACHADO, GONÇALVES E VILA-LOBOS, 2003). Estes autores referem que seria preferível a condução da intervenção por uma única instituição, designada no contexto da articulação inter-serviços, (instituição ou técnico responsável para coordenar ou avaliar periodicamente o projecto de apoio). Segundo MACHADO, GONÇALVES E VILA-LOBOS (2003), a intervenção deverá respeitar e assentar nas competências da família sem a “colonizar” com uma “legião” de técnicos e serviços. A escolha dos níveis e estratégias de intervenção, deverá em cada caso, atender ao princípio da intervenção mínima, desde que esta permita por fim à situação de maus tratos e reponha o bem-estar dos elementos envolvidos.

O EE em ESIP, ao actuar neste contexto tem uma oportunidade única de contribuir para o modelo de colaboração inter institucional de modo a favorecer uma verdadeira continuidade dos cuidados de enfermagem. Da perícia da sua acção, pode depender alcançar-se ou não, o objectivo final que é a reintegração em segurança da criança na sua família.

A existência dos NACJR na comunidade e dos NHACJR nos hospitais são de uma relevância inquestionável, na medida em que actuam numa área sensível que pode prevenir e/ou encaminhar a criança em perigo de forma mais adequada. Foi a partir de 1985 que na saúde começaram a surgir, de modo informal, nos hospitais, os “Núcleos de Apoio à Criança e Família vítimas de maus tratos”. Posteriormente, a Lei de Bases, na alínea a, do nº. 1, da Base II, aprovada em Agosto de 1990, veio atribuir maior evidência às crianças e adolescentes, ao considera-los como dois dos “grupos sujeitos a maior riscos” e preconizando a tomada de “medidas especiais” para ambos. (APÊNDICE II)

3.4. Parceria de Cuidados e Teoria das Transições

Os referenciais teóricos que surgiram como mais adequados à filosofia dos cuidados à criança ao jovem e família de risco foram o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. A parceria de cuidados de Anne Casey, embora desenvolvida inicialmente em contexto hospitalar pode ser igualmente aplicada em contexto comunitário (CASEY, 1995 p.1061). A autora destaca os benefícios do envolvimento parental no cuidar da criança. A família “não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é mediadora entre ela e o mundo externo.” (MANO, 2002). A relação de parceria pressupõe que a criança, o jovem e a família adquiram conhecimentos e perícia no cuidar, e que desenvolvam competências e confiança nas suas habilidades.

A intervenção mínima na situação de parceria pode tornar-se mais extensiva se tal for indicado e até conveniente mas, a integridade da unidade familiar e a recuperação do seu potencial, implica a participação significativa dos progenitores (FARRELL, 1994). A colaboração assume formas diferentes porque os agregados detêm características igualmente díspares (MONTEIRO, 2003). As intervenções de enfermagem com a família da criança e do jovem em risco devem ser negociadas, baseadas no princípio da responsabilidade parental que refere que “a intervenção deve ser efectuada de modo a que os pais assumam os seus deveres.” (DL, 147/99, de 1 de Setembro de 1999)

Os pressupostos da Teoria das Transições foram utilizados com o intuito de enfatizar as necessidades de suporte de cuidados de enfermagem à criança ao jovem e família de risco, cujo objectivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições que conduzam a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico e integral. À mudança que ocorre a nível individual e familiar chama-se transição. CHICK E MELEIS (1986 p.25) definiram transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. Os tipos de transições que os enfermeiros encontram no trabalho com o

cliente são quatro: desenvolvimental, de doença, situacional e organizacional (MELEIS et al 2010, p.3).

A transição permeia todos os momentos da vida. Nos pontos de transição de um de um estágio para outro, ao longo do processo de desenvolvimento familiar ocorrem momentos de instabilidade, insegurança e rupturas no ciclo vital. É nestas alturas que a intervenção de enfermagem deve ser intensificada, no sentido de reorganizar os momentos transicionais. CHICK E MELEIS (1986) expõem claramente que as transições recaem no domínio da enfermagem quando elas são pertinentes à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. Na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família MELEIS (1991) citada por LOPES (2000, p.40) refere:

“A enfermeira interage (interacção), com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem) o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); a interacção enfermeiro-cliente está organizada à volta de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenções holísticas) e os enfermeiros usam algumas acções (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar”.

MURPHY (1990) refere que o enfermeiro pode actuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção de efeitos negativos sobre o indivíduo, como por exemplo a preparação para a maternidade ou a prevenção do aparecimento do perigo, actuando antecipatoriamente em situações de risco, “tendo como objectivo a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (OE, 2002, p.9). Ao longo do meu percurso tive necessidade de articular estes referenciais com outros quadros conceptuais científicos, facto relevante e promotor de novas aprendizagens.

4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE FORMAÇÃO

Após a caracterização da problemática em estudo e do seu enquadramento teórico, foram definidos objectivos gerais e específicos que serviram de base no processo de ensino-aprendizagem, transversais a todos os campos de estágio. Contudo, nas diferentes experiências de estágio foram delineados alguns objectivos exclusivos dos respectivos contextos (APÊNDICE III). No meu contexto de trabalho, e no último estágio deste percurso, iniciei um “programa de formação” para enfermeiros. Para este programa foram definidos objectivos e planeadas actividades que serão analisadas em capítulo próprio.

Pretendia-se com o projecto e com as actividades desenvolvidas em cada campo de estágio, melhorar a qualidade de cuidados à criança ao jovem e família de risco, promovendo a articulação com outros serviços e instituições. De acordo com a **finalidade** traçaram-se alguns **objectivos Gerais**: 1) Desenvolver capacidades e habilidades para a prestação de cuidados especializados ao nível científico, humano e técnico, à criança ao jovem e à família de risco. 2) Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na sinalização de crianças, e jovens em risco e respectivo encaminhamento. 3) Iniciar um “programa de formação” para enfermeiros da UCSP de Benfica em matéria de maus tratos, com enfoque especial na articulação e continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

As aprendizagens realizadas ao longo deste percurso foram partilhadas com os meus colegas de modo a aumentar a competência nesta área. Foi importante conhecer diferentes contextos e realidades onde, em algum momento, no seu ciclo de vida, as crianças, os jovens e as famílias têm necessidade de recorrer.

O presente capítulo pretende ilustrar a aquisição de competências do enfermeiro especialista (comuns e específicas de ESIP), através do desenvolvimento de actividades e concretização dos objectivos propostos ao longo dos diversos estágios. Do conjunto de actividades desenvolvidas vão ser analisadas as mais significativas para a aquisição

de competências do EE em ESIP, tendo sido uma mais-valia para a construção do projecto.

Foi utilizado a revisão sistemática da literatura sobre a temática; normas e protocolos; observação participante e entrevistas exploratórias. Construi um Guião de Entrevista (APÊNDICE IV) aplicado aos enfermeiros dos serviços. A escolha desta metodologia pareceu-me adequada, uma vez que a observação “consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio de observação directa dos comportamentos dos sujeitos ou de acontecimentos num dado período de tempo.” (FORTIN, 2003, p. 241-42). A mesma autora, citando WEICK (1969, p. 360) refere, ainda, que a “observação consiste em seleccionar, provocar, registar e codificar o conjunto dos comportamentos e dos ambientes que se aplicam aos organismos *in situ* ligados aos objectivos da observação do terreno.” POLIT et al (2004, p. 269) acrescentam que “a criatividade da observação estruturada não reside na observação em si, mas na formulação de um sistema de classificar, registar e codificar as observações e a amostragem dos fenómenos de interesse.”

É importante destacar outro objectivo definido nos diversos contextos de estágio: **Analisar os instrumentos de avaliação da dor e as intervenções de enfermagem no seu alívio nos diferentes serviços.** A dor é considerada o 5º sinal vital desde 2003⁵, deste modo constitui-se como um dever dos profissionais de saúde promover o seu alívio. Por outro lado, como se encontra referido no artigo 4º da **Carta da Criança Hospitalizada** “as agressões físicas e ou emocionais devem ser reduzidas ao mínimo” (FERNANDO, TERESA, 2009). FINKEL (2007) refere que os procedimentos invasivos trazem uma complexidade de representações psicológicas para as crianças, indo para além da dor física, sendo o grande desafio da equipa de saúde garantir que a criança se sinta “tratada e não mal - tratada”.

Para cada local de estágio procedeu-se a uma breve caracterização do serviço: dinâmica, filosofia e objectivos (APÊNDICE V), considerando-se que esta caracterização seria essencial para a fundamentação das actividades desenvolvidas.

⁵ Com a publicação da Circular Normativa N.º 09 (DGS 2003)

No decurso dos estágios a minha participação foi inicialmente de observadora participante, evoluindo para executante sob orientação. Esta evolução permitiu-me consolidar o meu nível de iniciada avançada e atingir algum nível na competência na prestação de cuidados à criança, jovem e família de risco, o que me levou, como refere BENNER (2005, p.46), a fazer “frente a situações reais em número suficiente para notar os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas”. A aprendizagem foi suportada no princípio que BENNER (2010), de aprender tanto quanto conseguir da equipa que já conhece o contexto de prestação de cuidados, partindo do princípio de que as aprendizagens que fizeram a sua experiência me poderão vir a ser úteis (BENNER [et al], 2010). A reflexão através de registo de incidentes críticos foi o método que utilizei. Várias foram as situações, ao longo deste período que foram objecto da minha reflexão e que pela sua extensibilidade poderão ser apreciadas em apêndices.

Para o segundo objectivo geral, planeei actividades que me permitissem adquirir conhecimentos sobre as práticas relacionadas com o cuidado à criança, e jovem em risco. Quando escolhi os locais de estágio sabia da existência de NACJR ou NHACJR e interessava-me saber como se articulavam entre si e com outros parceiros.

De modo a comparar as orientações da Direcção Geral de Saúde com o que é desenvolvido em cada um dos serviços elaborei um fluxograma de actuação para cada campo de estágio⁶. Estes fluxogramas foram validados posteriormente com as enfermeiras orientadoras de estágio e enfermeiras chefes, (APÊNDICE VI). MAGALHÃES (2005, p.21) refere que na abordagem sobre esta problemática é importante haver uma “atitude de trabalho transdisciplinar”, onde a conjugação das “funções, valores, poderes e responsabilidades de cada um, permitirá obter uma resposta mais adequada, assegurando a protecção do menor e, quando apropriado, a punição e/ou tratamento do abusador” (IDEM). A articulação requer a “criação de canais de comunicação e de protocolos onde sejam definidas estratégias e metodologias de intervenção” (IDEM). Desta forma, identifiquei em todos os campos

⁶ Fluxograma é definido no Dicionário da Língua Portuguesa “online” da Porto Editora (2003) como “uma representação gráfica da definição, análise e solução de um problema, na qual são utilizados símbolos geométricos e notações simbólicas. Para a realização destes fluxogramas tive em conta as “guidelines” emitidas no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção da DGS (2011), nas suas páginas 15 e 16 bem como o Despacho nº 3129272008 de 6 de Dezembro. Neste fluxograma pretendo estabelecer a ligação entre o que está preconizado pela DGS e o que observei na prática.

de estágio, um enfermeiro de referência na área, definindo estratégias e canais de comunicação com cada um deles, de modo a tornar mais eficaz a continuidade dos cuidados a crianças, jovens e famílias de risco.

4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar

O meu percurso iniciou-se na **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar** por saber que aí existia um NACJR pioneiro a nível nacional. Para este local de estágio defini como objectivos, **conhecer a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia os objectivos, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, e o funcionamento do NACJR, a organização e actuação de enfermagem com crianças, jovens e famílias de risco aos diversos níveis de intervenção.**

1 - Conhecer a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia, os objectivos, e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem

A entrevista informal com a enfermeira chefe da UCSP do Lumiar contribuiu para uma primeira apresentação da estrutura e organização da unidade (com enfoque na área de saúde infantil). Na UCSP do Lumiar, os enfermeiros funcionam por programas estando os cuidados organizados por área de intervenção. É utilizado o método individual de trabalho e embora refiram não se apoiarem em nenhum referencial teórico é adoptado a Filosofia dos Cuidados Centrados na família. O modelo de Anne Casey é referenciado pelos colegas com quem contactei, como sendo o modelo que rege a sua prática de cuidados de enfermagem.

Para avaliar o desenvolvimento da criança sem alterações de saúde em diferentes estádios do desenvolvimento, planeei como actividades observar e cooperar com o enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde infantil, e sob supervisão realizar algumas consultas de enfermagem de saúde infantil. Para desenvolver estas actividades, desenvolvi uma observação participante, evoluindo para executante sob orientação nas diversas áreas da Saúde Infantil (SI), o que me permitiu adquirir competências específicas do EE em ESIP (E1; E2; E3).

A consulta de Enfermagem de SI é efectuada por duas EE em ESIP e uma enfermeira generalista. A avaliação do desenvolvimento da criança é efectuada através do Teste de Mary Sheridan; as Consultas de Enfermagem precedem as Consultas Médicas. O agendamento das consultas efectua-se nas idades “chave” preconizadas no Programa Tipo de Saúde Infantil e publicadas em Circular Normativa 9/DSI de 6.10.1992, da Direcção Geral de Saúde.

Particpei nas Consultas de Enfermagem da UCSP do Lumiar, permitindo-me perceber como os enfermeiros estão atentos às dúvidas dos pais, esclarecendo-os de forma clara e precisa. ABEJAR (1990) refere que a informação fornecida à família deve transmitir credibilidade, confiança e segurança. A intervenção efectuada pelas EE em ESIP, na Consulta de Enfermagem de SI é muito abrangente, indo muito para além da simples avaliação dos parâmetros antropométricos. Estimulam-se comportamentos saudáveis e promove-se o cumprimento do **Programa Nacional de Vacinação**. Estas consultas são momentos privilegiados para o ensino, e orientam-se pelos princípios preconizados no **Programa Tipo de Saúde Infantil** (PORTUGAL 2002).

Os cuidados antecipatórios são trabalhados em todas as consultas, e pois permitem acautelar os processos de mudança na família decorrentes do crescimento e desenvolvimento da criança, e prevenir situações de desajustamento. A formação parental aposta na promoção dos recursos e apoio às famílias, de modo a potenciar o seu funcionamento, crescimento e desenvolvimento. Nas consultas em que participei, as minhas intervenções visaram a promoção do desenvolvimento de competências parentais e da vinculação. A participação nas actividades descritas permitiu-me desenvolver competências específicas, enquanto EE em ESIP, no domínio assiste a criança, o jovem e a família na maximização da sua saúde (E1), especialmente nas unidades de competência: Implementa e gere, em parceria, um plano promotor da parentalidade e adequado à etapa do desenvolvimento da criança, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1); e diagnostica precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do jovem (E1.2).

Desenvolvi estas unidades de competência, negociando a participação da criança, do jovem e da sua família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1), identificando os seus conhecimentos (por vezes falsos conhecimentos, como a mãe que me garantia que dar água com gás ao recém-nascido melhorava a icterícia), hábitos de vida (por vezes divergentes dos da cultura dominante, como a introdução alimentar ou o não consumo de determinados alimentos por crenças religiosas), e o seu projecto de saúde. Neste processo desenvolvi a minha prática profissional utilizando a tomada de decisão ética e deontológica na medida em que as estratégias de resolução de problemas, identificados em consulta de SI foram sempre desenvolvidas em parceria (A1.1.1)

O adequado desenvolvimento infantil é o somatório de diversos factores, estando os pais entre os mais importantes. Numerosos estudos têm demonstrado que diferentes problemas de comportamento na infância predizem comportamentos anti-sociais na adolescência e idade adulta, e que, embora nem todas as crianças com problemas de comportamento se tornem adultos anti-sociais, quase todos os adultos anti-sociais foram crianças com problemas de conduta (GASPAR 2003). O ponto comum das diferentes teorias é o de que alterando os comportamentos dos pais tem impacto no comportamento das crianças (STEWART-BROWN, 2000 citado por GASPAR, 2003). A formação parental tem sido definida por autores, como COUTINHO (2004), como processo de fornecer aos pais ou a outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento da criança. No entanto, esta perspectiva, tem sido gradualmente substituída por uma essencialmente colaborativa, de carácter ecológico e sistémico. O autor refere, ainda, que uma postura de promoção dos recursos e apoios à família potencia o seu funcionamento, crescimento e desenvolvimento. O enfermeiro deve fazer ênfase nas competências e não nos problemas e deficiências. Este ponto de vista está de acordo com o artigo 89 (OE 2009a p.141) que refere: o enfermeiro “tem o dever de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”. A minha participação na consulta de saúde infantil, permitiu-me ainda a aquisição de competências do terceiro grupo de competências específicas: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3). Ao executar a consulta, creio ter cumprido aquele que é o seu objectivo: promover o crescimento de desenvolvimento infantil (E.3.1),

na medida em que apliquei conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento (E3.1.1), avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1.2), transmiti orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do adolescente (E3.1.3). No decorrer da consulta um dos instrumentos utilizados é a comunicação com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e crenças culturais (E3.3.1; E3.3.2; E3.3.3). A comunicação e a interacção estabelecidas entre a enfermeira a criança, o jovem e a família durante a consulta são de primordial importância para se atingir uma transição saudável na medida em que facilitam a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança, no jovem e família (E1.2.8).

Considerando que as situações de risco são o eixo orientador deste projecto, não posso deixar de referir que no seguimento das famílias de risco pude observar que era accionado um conjunto de estratégias aos mais variados níveis: junto da criança, família do jovem e da família alargada (avós, primos, entre outros), outras entidades e parceiros (Outros Centros de Saúde, CPCJ, Hospital, Jardim Infantil). O enfermeiro estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança, ao jovem e à família com necessidades de cuidados (E1.1.7). Esta actuação articulada é promotora da continuidade de cuidados a estas famílias. O seguimento e a articulação são dinâmicos alterando-se consoante as necessidades actuais da família. Pude observar a utilização de várias estratégias pela EE em ESIP neste processo, podendo modificar-se o longo do processo de acompanhamento da família. Cada transição é “ caracterizada pela sua singularidade, complexidade e múltiplas dimensões” (MELEIS et al 2000, p. 27).

Para que uma situação seja considerada de risco devem estar presentes mais do que um factor, pelo que na avaliação da situação deve imperar o bom senso. (Magalhães, 2005). Uma situação diz-se de risco se houver “perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento” (Despacho n.º 31292, 2008, p. 49210). O mesmo Despacho considera como factores de risco familiares situações como “vinculação insegura, problemas de comunicação e ou deficit no exercício das responsabilidades parentais (p. 49212). O aparecimento de uma 3ª pessoa (a criança), muda a estrutura do grupo, de uma díade para uma tríade, com significantes mudanças no

papel, podendo causar conflito, se não for antecipada, reconhecida ou ignorada (MELEIS et al 2010, p.15).

As situações de risco identificadas em contexto de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil foram trabalhadas em conjunto com a enfermeira orientadora, os saberes adquiridos na prática contribuíram para a consolidação dos conhecimentos adquiridos com a pesquisa bibliográfica. Nas situações em que é detectado risco, parte da Consulta de Saúde Infantil passa pela avaliação das condições familiares e sociais da criança, do jovem e da família, o que permite conhecer as suas necessidades e que recursos e apoios podem ser utilizados pelo Centro de Saúde (E1.1.6). Os EE em ESIP detêm conhecimentos e habilidades que lhe permitem “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar” (OE 2010). Contribuem igualmente para a “detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente os comportamentos de risco” (OE 2010). Uma situação observada numa primeira consulta de enfermagem foi um importante momento de reflexão, permitindo-me diagnosticar e intervir nas situações de risco (Apêndice VIII), e desenvolver competências Específicas de EE em ESIP (E1.2.4; E1.2.8).

O trabalho em equipa entre os enfermeiros e os diversos programas (Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Vacinação), USF's e a UCSP permite fazer o acompanhamento das crianças e jovens em risco. O caso das famílias referenciadas NACJR ou à CPCJ era colocado no sistema SAPE⁷ um alerta, possibilitando ao enfermeiro na consulta de enfermagem, estar mais atento na avaliação e no apoio a prestar à criança, ao jovem e família de risco.

Outro aspecto que me chamou à atenção na área da saúde infantil e da vacinação foi o controlo da dor e a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Foi possível observar nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil uma preocupação dos enfermeiros em minimizar o sofrimento da criança nos procedimentos invasivos: preparação dos pais, o uso da chucha e do aconchego (E2.2.3). Não observei, contudo, a utilização de outras medidas, como por exemplo

⁷ Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

o uso de sacarose, que como sugerem os estudos de investigação de CURTIS et al (2007) e de GASPARD, LINHARES E MARTINEZ (2005), seriam mais eficazes.

Na área da vacinação pude observar que as medidas farmacológicas e não farmacológicas nem sempre eram utilizadas de forma regular e a preparação das crianças mais velhas nem sempre era efectuada. A preparação da criança e dos pais para o procedimento é considerado uma boa prática (SCHECHTER et al. 2007). Na preparação da criança e, dependendo do enfermeiro, era tido em conta, a idade, o tipo de procedimento e verificadas as experiências anteriores ou avaliada a capacidade de *coping* da criança. Na vacinação e na Consulta de Enfermagem Saúde Infantil, tive como base de todas as minhas intervenções, os conhecimentos adquiridos na pesquisa de artigos actuais sobre a gestão da dor, garantindo a minimização do sofrimento da criança, e do jovem em todos os procedimentos invasivos, numa perspectiva global de cuidados atraumáticos (E.2.2). Várias estratégias para preparar a criança para procedimentos, de forma a proporcionar o cuidado atraumático, foram já estudadas e são referidas na literatura. Estas estratégias envolvem: incluir os pais nos cuidados, informá-los do seu papel, avaliar o nível actual de compreensão, dos pais e da criança, planear o procedimento de acordo com a idade da criança e do seu desenvolvimento, reforçar os benefícios do procedimento e enfatizar os eventos positivos posteriores. (HOCKENBERRY, M, J 2006, p. 709). Estas orientações estão contempladas no artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada. Seria importante que estas medidas se tornassem sistemáticas nesta área pela mais-valia que trariam à melhoria dos cuidados prestados.

2 - Compreender, o funcionamento do NACJR, a organização e actuação de enfermagem aos diversos níveis de intervenção.

No sentido de dar cumprimento a este objectivo, senti necessidade de conhecer o papel do Enfermeiro ESIP no NACJR, na sinalização, acompanhamento e articulação das situações de risco. Todo o período de estágio, na sua globalidade, com a passagem pelas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, as reuniões do NACJR, da CPCJ, assim como o dia na Direcção Geral de Saúde e a entrevista à enfermeira do NACJR foram, sem dúvida, momentos essenciais para compreender o

funcionamento do NACJR, a organização e actuação de enfermagem no contexto de crianças, jovens e famílias de risco, aos diversos níveis de intervenção.

A intervenção do NACJR do Lumiar é dirigida no sentido de preservar os laços familiares, apostando nas competências parentais, sendo preponderante a aceitação da ajuda e a colaboração da família num projecto de intervenção familiar (PIAF). Este projecto compreende as necessidades da criança, a valorização do papel parental e ajuda no desenvolvimento das competências inerentes ao seu desempenho.

O NACJR do Lumiar articula-se, actualmente, aos vários níveis, efectua reuniões com outros parceiros (CPCJ, SCML) mediante as necessidades, para discussão de casos (APENDICE IX). Neste período, estive presente em duas reuniões do NACJR que considero momentos muito enriquecedores para o meu projecto. Nestas reuniões debatiam-se as situações da semana que tinham despertado a atenção dos profissionais ou situações referenciadas por outras instituições ou parceiros e efectuado o seguimento de processos anteriores. A maioria dos profissionais já conhecia as crianças no âmbito da sua intervenção, o que facilitava a análise da situação, a articulação entre os diferentes técnicos e o estabelecimento de um PIAF. Considerei relevante a agilidade dos elementos do NACJR do Lumiar em entrar em contacto com outros elementos da comunidade, como escolas, Creches, IPSS, SCM, facto que vai ao encontro do que a Direcção Geral de Saúde refere no seu documento: as equipas de cuidados de saúde primários encontram-se numa posição privilegiada para intervirem na matéria dos maus tratos, tanto pela inserção na comunidade, como pela intervenção diversificada que têm junto dos vários grupos populacionais. As relações de proximidade estabelecidas com outras estruturas comunitárias, propiciam o trabalho articulado, em rede, que é reconhecido como sendo o mais eficiente numa matéria tão complexa quanto esta (PORTUGAL, 2002).

Outra das actividades de grande relevância, foi a participação numa reunião conjunta com elementos da CPCJ do NACJR, que decorreu na Comissão de Protecção de Jovens (CPCJ) Lisboa Norte. Estas reuniões ocorrem mensalmente e nelas são debatidos casos conjuntos e respectivas intervenções. As CPCJ

encontram-se num segundo nível de intervenção. Procedem junto das famílias, à aplicação de acordos de promoção e protecção de medidas em meio natural de vida, conforme descritos no artigo 56º do Decreto-Lei n.º147/99. Neste momento de aprendizagem interessava-me observar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, para ajudar as famílias a atingir o bem-estar durante estes períodos de transição. A contribuição do EE em ESIP neste processo de capacitação da família é a sua meta de uma promoção de bem-estar, facilitadora de transições que promovem a saúde e a percepção de bem-estar (MELEIS et al, 2010). Uma das situações debatidas foi, para mim particularmente importante e objecto de reflexão (APENDICE VIII). Participar nestas reuniões activamente (A1.1.4) permitiu-me assistir a criança e o jovem em situação de abuso, negligência e maus-tratos (E1.2.6), e identificar situações de risco para a criança e jovem (E1.2.4); utilizei a informação existente para avaliar a estrutura familiar e o seu contexto (E1.1.6) e compreender melhor os comportamentos da criança, do jovem e família relativos à sua saúde (E1.2.7). Em todo este processo trabalhei em parceria com agentes da comunidade estabelecendo e mantendo redes de recursos comunitários de suporte à criança, ao jovem e família (E 1.1.10)

As visitas domiciliárias (VD), no âmbito do NACJR, são na sua maioria, realizadas pela EE em ESIP, com outro técnico, normalmente com a Técnica de Serviço Social. Por vezes, são combinadas visitas conjuntas com outros parceiros como a SCML ou a CPCJ. As VD ocorrem após uma referenciação de uma situação ou quando existe confirmação de maus-tratos e são realizadas conforme as necessidades avaliadas. As VD efectuem-se utilizando a Unidade Móvel (APENDICE X) existente na UCSP do Lumiar. Autores como Mano (2009) apontam a visita domiciliar “como estratégia relevante na prevenção da institucionalização de crianças, na abordagem à família de risco e multiproblemáticas. MINUCHIN et al (1990), citados por MANO (2009), preconizam não só a abordagem sistémica mas também a ecológica, tentando fazer a conexão com a família e com os recursos da comunidade. A visita domiciliar na UCSP do Lumiar tem carácter interdisciplinar, permite articular saberes de diferentes áreas, e melhorar a prestação de cuidados de saúde à família de risco. No entanto, não existe uma avaliação consistente dos resultados obtidos, o que não permite avaliar a sua eficácia. Estas visitas efectuem-se com um carácter interventivo, em caso de agudização da situação, por exemplo. Sobre este

aspecto vários são os artigos que apontam para a importância do início precoce, desde o período de gravidez, quando é identificado o risco na família e mantendo-se no pós-parto. A DGS (PORTUGAL, 2011) apresenta uma folha de “Registo de Visitação Domiciliária” que permite a sistematização dos aspectos a ser avaliados na visita. Verifiquei que os enfermeiros desta unidade apesar de conhecerem esta folha não a utilizam. O EE em ESIP enfermeiro especialista deve basear a prática em evidência científica em normas e guidelines de modo a definir indicadores para a medição válida da qualidade e adequadas às necessidades da população a quem presta cuidados. Foi relevante para mim notar como o enfermeiro envolvido nesta área têm um grande poder de observação e sensibilidade para conseguir detectar as situações e equacionar a melhor estratégia para cada criança e jovem.

Tive a oportunidade de verificar, na observação participante, que o Enfermeiro Especialista em ESIP segue diariamente famílias de risco em Consultas de Enfermagem de SI e na vacinação. Todas as oportunidades são sistematicamente utilizadas para trabalhar com a criança, o jovem e a família no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5). No entanto, uma das dificuldades apontadas pela EE em ESIP foi o tempo que tem para trabalhar estas situações.

Além do factor “tempo”, é também apontada como dificuldade, a sistematização e base de dados fornecida pela DGS, que deve ser utilizada por todos os NACJR, a nível nacional. Um outro aspecto a salientar menos positivo é a falta articulação com os serviços hospitalares. A folha de enfermagem do HSM de “referenciação para situações de risco em saúde infantil”, permitiria articular de forma rápida, as situações de possível risco identificadas em contexto de urgência.

No segundo período de estágio na UCSP do Lumiar, pude perceber a articulação entre o enfermeiro da Saúde Escolar e os elementos do NACJR. A escola, e a família, são um dos *settings* mais importantes para a criança, nos quais ela cresce e se desenvolve. A escola é um meio ideal para a promoção da saúde, de estilos de vida saudáveis e, detecção de problemas da criança e família, como preconiza o **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)** (PORTUGAL, 2006). A enfermeira de Saúde Escolar conhece a área de abrangência do mega -

agrupamentos de Escolas do Lumiar que “se insere num meio com características sociais muito diversas” (INSPECÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO, 2009, p.3). Apesar do fenómeno dos maus tratos não se encontrar obrigatoriamente ligado a níveis socioeconómicos carenciados, pode existir um conjunto de problemáticas associadas: consumo de substâncias ilícitas, violência e carência de cuidados físicos que coloquem as crianças deste meio em risco, sendo necessária uma especial atenção para com as mesmas. Para além do papel preventivo do enfermeiro de saúde escolar surge, simultaneamente, o de intervir nas situações de risco já instalado (E1.1.8; E1.2.4). Ao intervir em programas no âmbito da saúde escolar o EE em ESIP contribui para a maximização da saúde da criança, do jovem e da sua família.

Por último, gostava de referir, a minha passagem durante um dia, pela **Direcção Geral de Saúde**. A legislação e os documentos técnicos⁸ elaborados por esta entidade são muito completos e permitem uma actuação homogénea dos profissionais envolvidos. São, documentos orientadores da actuação e compete aos profissionais que desenvolvem a sua actuação no terreno com as famílias uma adequação às situações. Os saberes adquiridos com o desenvolvimento desta actividade deram-me a possibilidade para desenvolver as capacidades e habilidades para atendimento à criança, ao jovem e sua família em situações de risco (E1.2.6), O EE em ESIP deve aceder à evidência científica e às normas necessárias para avaliação da qualidade (B2.1.1), incorporando na prática elementos de enquadramento jurídico (A1.2.3)

4.2. Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

A escolha do **Serviço de Urgência do HSM** advém do conhecimento de que a EE em ESIP integrava o NHACJR, o que me permitiria ter uma visão mais profunda sobre o trabalho nos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. Seguindo a lógica do estágio anterior foram definidos dois objectivos para este local.

⁸ No site **www.dgs.pt** pode-se aceder ao programa Crianças e Jovens em risco, este programa possui um conjunto muito completo de toda a legislação e informação sobre esta temática

1 - Compreender a dinâmica funcional do serviço e a intervenção do enfermeiro nos diferentes âmbitos: Balcão da Urgência e SOPed, priorizando situações de risco

Na urgência o primeiro contacto da criança e família com o hospital é feito na sala de triagem. Segundo a Canadian Association Of Emergency Physicians, a National Emergency Nurses Affiliation of Canada, e L'association des Medecins d'urgence du Quebec, citados por PATEL (2008), os objectivos da triagem são: identificar rapidamente os doentes urgentes, em situação de risco de vida; determinar a área clínica de tratamento adequada para a condição em que se apresenta o doente; diminuir o congestionamento do serviço de urgência, garantindo o acesso contínuo a quem precisa; facultar informação aos doentes e famílias em relação aos cuidados necessários e aos tempos de espera e fornecer informação que ajude a definir a aptidão do serviço. A triagem na urgência do HSM é “realizada por enfermeiros, desde o final de 1999 e foi instituída com o objectivo global de avaliar de forma rápida as reais necessidades do utente pediátrico e família, determinando a gravidade da doença e proporcionando uma prioridade real no tratamento do utente.”⁹ Neste serviço está preconizado para a triagem um tempo de avaliação que não deve ultrapassar os 3 a 5 minutos. Durante este período, o enfermeiro deve ser capaz de colher a história junto dos pais ou criança, tentando, de forma rápida, extrair os aspectos mais importantes.

Na Urgência de Pediatria e no SOPed do HSM, o método de trabalho utilizado é o dos cuidados de enfermagem individuais. No método de trabalho individual, a totalidade dos cuidados prestados ao doente é da responsabilidade de um enfermeiro, durante os turnos que realiza. Existe uma tendência para privilegiar a tarefa, que como nos diz PINHEIRO (1994) afecta, obviamente, a organização global dos cuidados de acordo com as necessidades do doente.

Ao longo deste período tive a oportunidade de observar e prestar cuidados na triagem, na sala de tratamentos e no SOPed, à criança, ao jovem e família, em situações de especial complexidade (E2), priorizando as situações de risco, o que me permitiu desenvolver competências diferentes das do Serviço em que trabalho. A

⁹ In manual de triagem existente no serviço

Urgência de Pediatria é um serviço que requer, da parte dos enfermeiros, uma actuação rápida e adequada às situações. Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados apropriados, foi uma das unidades de competência que pude desenvolver neste período de estágio (E2.1). Tive a oportunidade de efectuar triagem a crianças e jovens e fazer os registos em sistema ALERT®, o que me permitiu desenvolver competências específicas do EE em ESIP, pois em todo este processo o enfermeiro deve ser possuidor de conhecimentos sobre determinadas doenças nestas idades, de modo a implementar as respostas de enfermagem apropriadas (E.1.2.1) e assistir a criança, o jovem e a família na maximização da sua saúde (E1). Fiz ainda, em contexto de triagem, ensinamentos sobre os cuidados à criança ajudando os pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do seu papel (E1.1.4).

Na maior parte das situações observadas na urgência constatei que podem ter resposta eficaz nos Cuidados de Saúde Primários. Não possuo dados da realidade portuguesa mas, no que se refere à realidade norte-americana, autores como BERRY et al. (2008) referem que 58% a 82% das visitas ao serviço de urgência pediátrica não são de situações urgentes, condicionando: maior sobrecarga dos profissionais de serviço, insatisfação dos utentes, maior tempo de espera, maior número de eventos adversos devido à demora de prestação de cuidados e aumento dos custos.

A urgência é muitas vezes a porta de entrada para crianças ou jovens vítimas de violência. É na triagem que muitas vezes se conseguem identificar sinais de vulnerabilidade e alerta ou mesmo evidência de sinais e sintomas de maus tratos (MAURER, 2010), exemplo disso é a situação por mim relatada, APÊNDICE XI, onde pude observar vários factores de risco. Pode ser muito difícil, em contexto de urgência, avaliar os factores de risco, pois a triagem é um processo que requer intervenção rápida. Estes factores são normalmente múltiplos e podem estar relacionados com o próprio sujeito, as características da própria criança e o contexto social, de apoio ou stress, em que a relação está inserida. “Para compreender a experiência dos clientes durante um processo de transição é necessário descobrir os factores que podem facilitar ou dificultar o processo de transição” (MELEIS 1975, p.21). Seria de primordial importância referenciar as situações de risco ao Centro de

Saúde. Os cuidados de enfermagem na comunidade possibilitam uma actuação mais estreita e continuada. A actuação estreita e continuada providencia “competência no cuidar” mas isso requer “continuidade das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes” (MELEIS [et al] 2000, p.24).

É papel importante do EE em ESIP actuar aos diversos níveis de prevenção (OE 2009a). As Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil são um momento privilegiado para ensinar os pais (E1.2.8). Meleis refere que conhecimento é poder (“*Empowering*”) para aqueles que o desenvolvem, que o usam e para os que beneficiam dele. Ao promover cuidados de qualidade e excelência à criança, ao jovem e família nos serviços da comunidade, podiam ser evitados muitos comportamentos de risco e idas desnecessárias ao Serviço de Urgência.

No SOPed a minha prestação de cuidados teve sempre como objectivo promover o desenvolvimento de competências parentais e da vinculação (E 1.1), incluindo os pais nos cuidados e dando orientação adequada à situação (E1.1.4). Para desenvolver estas competências, realizei ensinamentos para a alta reforçando e validando com os pais as orientações em relação à vigilância de saúde e despiste de sinais de agravamento. Estas actividades permitiram-me trabalhar o desenvolvimento de competências e conhecimentos dos pais, de modo a que se sentissem mais seguros na situação de doença e adquirissem novas competências para lidar futuramente com a mesma (E1.1.3). Tive como cuidado especial de comunicar com a criança, o jovem e sua família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3). Como refere HOCKENBERRY (2006, p.111) “embora o maior número de comunicações verbais costume ser feito com um dos pais, isso não exclui a criança”, referindo ainda que deve ser prestada “atenção às crianças e bebés mais novos por intermédio de brincadeiras ou fazendo-lhe perguntas ou comentários de vez em quando”. E “incluir as crianças mais velhas como participantes activos.”. Os colegas, mesmo em contexto de urgência, não desvalorizavam este aspecto, se bem que a abordagem variasse consoante o enfermeiro que estava de turno. No internamento súbito da criança ou jovem no serviço de urgência, poder-se-á considerar que ela e a sua família estão a vivenciar uma situação de transição. O enfermeiro deve ter um papel facilitador neste processo de aprendizagem e aquisição de novas capacidades, conhecendo as

mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde e doença na vida diária. Como futura enfermeira especialista é minha obrigação promover a “aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança no jovem e família.” (OE, 2009a).

Na Triage e no SOPed, a avaliação da dor é efectuada e registada nos parâmetros vitais, apenas em crianças com idade igual ou superior a três anos (a partir da idade pré - escolar) pois as escalas que estão integradas no programa de registo informático para a gestão hospitalar ALERT® são a escala de faces e a escala numérica, ambas em auto-avaliação. Constatei a utilização, pelos enfermeiros, de medidas promotoras do bem-estar da criança e da família com o objectivo de minimizar a dor em procedimentos terapêuticos: utilização do EMLA® e de Sacarose, nos lactentes; técnicas de distração e brincadeira adequadas à idade da criança (E.2.2.2, E2.2.3). Mas as estratégias farmacológicas e não farmacológicas, utilizadas neste contexto, não se encontram harmonizadas.

2 - Compreender o papel do enfermeiro, nomeadamente do EE em ESIP, na articulação entre diferentes locais e intervenientes no processo de acompanhamento da criança, do jovem e família de risco.

Quando o enfermeiro da triagem do HSM, detecta uma situação de maus tratos procede ao seu encaminhamento para o pediatra, chefe de equipa, sendo este que participa ao NHACJR do HSM ou toma as diligências adequadas à situação (Contacto com Policia, Instituto de Medicina Legal). Autores como, VASCONCELOS, CARDOSO, BARROS E ALMEIDA (2011, p. 10) analisaram a “Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica do Hospital Fernando da Fonseca”, e o caminho que descrevem da abordagem à criança é muito aparentado com o que se efectua na Urgência Pediátrica do HSM: “Todas as crianças vítimas de Maus Tratos observadas na Urgência de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca foram inicialmente recebidas pelo enfermeiro da triagem que as encaminhou para o pediatra chefe de equipa.”, referindo que, “No serviço de urgência, para além de médicos e de enfermeiros, os profissionais mais envolvidos foram os assistentes sociais, os agentes de segurança pública e os peritos do Instituto de Medicina Legal” (p.11).

A equipa de enfermagem da urgência de pediatria dispõe de uma “Norma de Procedimento de Apoio à Criança e ao Jovem Vitima de Maus-tratos”, que foi elaborada por enfermeiros do serviço em conjunto com um aluno do Curso de Especialização em ESIP (ANEXO II). No entanto, verifiquei, através de uma entrevista a dezassete enfermeiros, algumas dificuldades em lidar com estas situações. Apresento as conclusões e a análise no APENDICE XII.

Os enfermeiros entrevistados tinham contactado com situações de maus tratos no último ano. Foram referidas como principais dificuldades, na identificação das situações de maus tratos: a confirmação da situação e a comunicação. A maioria dos enfermeiros conhecia a “Norma de Procedimento de Apoio à Criança/jovem Vitima de Maus-Tratos” existente no serviço excepto dois. No que diz respeito à classificação da actual articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e o Centro de Saúde, a maioria considerou a articulação deficiente. Nenhum dos enfermeiros entrevistados classificou a articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários Muito Boa. Quando questionados sobre que aspectos consideram importante implementar para melhorar a continuidade de cuidados de enfermagem, as opiniões dividem-se em três aspectos: 1) Melhorar a articulação; 2) Elemento de referência; 3) Formação na área. A análise das entrevistas permitiu-me ter uma visão mais global das dificuldades sentidas pelos enfermeiros, neste serviço, em lidar com situações de maus tratos. Os resultados que obtive, vão ao encontro do descrito por diversos autores (TORREZ 2006, PILTZ & WACHTEL, 2009; LING E LUKER 2000; ADAMS, 2005, PAAVILAINEN, 2002A; PAAVILAINEN; 2002B; FLAHERTY ET AL, 2000; LAND E BARCLAY 2008; FAGAN, 1998).¹⁰

Os saberes adquiridos com esta actividade foram partilhados com a enfermeira orientadora e com a Enfermeira Chefe do serviço e ambas consideraram ser importante conhecer as necessidades actuais da equipa no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta área (D2.2). A enfermeira chefe referiu que estavam previstas acções de divulgação sobre a temática, na Acção de Formação de Enfermagem Pediátrica, intitulada “Partilha de experiências”.

¹⁰Os dados aqui apresentados são válidos para a amostra em questão e não podem ser extrapolados para outras realidades ou contextos, no entanto, encontrei alguma consonância com aspectos descritos na literatura e que explicito no APÊNDICE XII.

Objectivando formas de melhorar os cuidados, neste período de estágio, desenvolvi algumas actividades: envolvi a equipa de enfermagem em debates sobre a temática e formas de melhorar a actuação dos enfermeiros nesta área. Estas actividades permitiram-me desenvolver competências comuns do EE (B2.2.1; B2.2.3). Reflectiu-se sobre a “Folha de Referenciação de Enfermagem para Situações de Risco em Saúde Infantil” ” (ANEXO III)¹¹, tendo como objectivo proporcionar uma actuação de enfermagem mais individualizada e adequada. Ficou acordado que esta folha seria enviada ao cuidado do enfermeiro de referência do Centro de Saúde da área da criança e do jovem (B1.1.3) tendo a EE em ESIP realçado ser necessário envolver mais a equipa. Nomeou-se um enfermeiro de referência nos turnos da manhã, a EE em ESIP e uma enfermeira de horário fixo.

As folhas de referenciação começaram a ser enviadas de modo consistente e com contacto telefónico prévio, entre os enfermeiros de referência na área, desde Fevereiro de 2012. Este facto tem permitido uma harmonização e continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco, possibilitando uma resposta mais eficaz em cada situação, com ganhos em saúde (B1.1.1).

A enfermeira que integra o NHACJR é uma EE em ESIP, sendo também elemento de apoio à gestão na urgência de pediatria. Foi possível participar nas suas actividades no NHACJR, o que me permitiu adquirir e consolidar conhecimentos sobre o despiste, acompanhamento e encaminhamento de situações de risco (E1.2).

O NHACJR do HSM constitui-se em 1989. É integrado por uma equipa multidisciplinar, constituída por, uma Enfermeira, uma Assistente Social, uma Pedopsiquiatra uma Psicóloga e uma Pediatra. Reúne uma vez por semana para debater situações pertinentes e que chegam ao seu conhecimento através das consultas, do serviço de urgência ou do internamento. Reúne, ainda, trimestralmente com todos os Centros de Saúde da área. Existe uma folha de preenchimento obrigatório na referenciação das situações de maus tratos a crianças e Jovens ao NHACJR (ANEXO III).

¹¹ Esta folha foi elaborada por um enfermeiro do serviço, em conjunto com um aluno do Curso de Especialização em ESIP e apresentada à equipa há cerca de 1 mês e ainda, tendo sido aprovada recentemente.

Ao analisar a casuística oficial do NHACJR do Hospital de Santa Maria dos últimos três anos (ANEXO IV) verifiquei que os casos mais frequentes são, o abuso sexual e o físico, embora aumentassem os casos de “negligência”. Não obstante as dificuldades referidas pelos enfermeiros desta unidade, e apresentadas anteriormente, este aspecto pode significar um maior nível de conhecimento das equipas sobre a temática dos maus tratos. Como se pode verificar no documento técnico da DGS (PORTUGAL, 2008, p. 15), enquanto a negligência tem mais probabilidade de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias a nível dos Centros de Saúde, os maus-tratos físicos são principalmente detectados nas urgências hospitalares”. Estes dados são importantes para reflectir sobre o nível de preparação das equipas de saúde.

Durante o período de estágio, participei numa reunião do NHACJR, onde observei e participei na análise multidisciplinar das situações. Nestas reuniões são tomadas decisões de encaminhamento da situação para outros núcleos ou estabelecidos contactos com outros serviços da comunidade como por ex: Santa Casa da Misericórdia. A maioria dos casos é encaminhada para os serviços da comunidade (E1.1.10). Este facto reforça a importância das unidades de saúde no acompanhamento e tratamento da criança, jovem e família de risco e a proximidade que se estabelece com as famílias, faz do acompanhamento na comunidade o meio ideal para seguir estas situações. O enfermeiro especialista, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007a), deve proporcionar benefícios de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada, garantindo desta forma, a continuidade de cuidados. No HSM os processos de maus tratos da criança, do jovem e sua família do NHACJR são efectuados pela assistente social. Este profissional faz uma entrevista inicial à criança, ao jovem e a família de modo validar a história e obter mais informação. Soube da existência de uma consulta de seguimento, efectuada pela médica pediatra cerca de 1 a 2 meses após sinalização da situação ao NHACJR. Do que observei, constato que a actuação do enfermeiro ao nível do NHACJR poderia ser ampliada. As situações de risco requerem uma avaliação mais cuidada por parte da enfermagem e um encaminhamento para a comunidade. Ao promover uma intervenção adequada e atempada junto das famílias, em especial nas famílias de

risco, o EE em ESIP, promove os processos de transição para a parentalidade e práticas parentais positivas atingindo ganhos em saúde.

Gostaria de salientar, no período de estágio na Urgência de Pediatria do HSM, três momentos importantes para o meu percurso. O **Colóquio “Vinculação, Parentalidade e Aliança Terapêutica”**, realizado a 21 de Outubro de 2011. A prelectora foi a Professora Dr.^a Nicole Guedeney. A autora baseia-se na teoria da vinculação, elaborada por Bowlby e seus sucessores, apresentando uma compreensão nova da génese do laço fundamental que faz com que um bebé se vincule aos que o criam. Foi muito estimulante assistir à análise de vários cenários e propostas de actuação dos profissionais de saúde. A Prof. Bárbara Figueiredo (Psicóloga da Universidade do Minho), abordou a parentalidade e a aliança terapêutica nos primeiros anos de vida; o Dr. Augusto Carreira (pedopsiquiatra) abordou o termo “parentalidade” no discurso social, jurídico e psicológico e, por último, a Dr.^a Teresa Goldschmidt (pedopsiquiatra do Hospital de Santa Maria, elemento do NHACJR de Santa Maria) analisou a perspectiva sistémica da abordagem familiar e defendeu a necessidade de criar uma relação de parceria de cuidados baseada numa aliança terapêutica.

No dia 9 de Novembro de 2011 estive presente nas **Jornadas da UCF** intituladas “Saúde Materna e Neonatal e Saúde da Criança e do Jovem”, onde foi abordado o tema das Famílias, Crianças e Jovens em Risco.

No dia 27 de Outubro de 2011, participei numa **Acção de Formação de Enfermagem Pediátrica, intitulada “Partilha de experiências”**. A Urgência de Pediatria apresentou neste dia uma formação sobre **“Abordagem à criança negligenciada”** dando a conhecer as actividades do NHACJR, como se diagnostica, actua e referencia em situações de negligência. Foi apresentado, no âmbito da sessão, a “folha de enfermagem de referenciação de situações de risco”, que se pretende seja de utilização geral por parte dos enfermeiros de todas as unidades da pediatria.

4.3. Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa

A **Unidade de Neonatologia** funciona no primeiro piso da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC). Neste serviço é utilizado o método individual de trabalho e, embora refiram não se apoiarem em nenhum referencial teórico, é adoptado a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Algumas colegas, entre elas a EE em ESIP, referem o Modelo de Afaf Meleis como Modelo Teórico que rege a sua prática de cuidados de enfermagem.

A escolha deste local de estágio está relacionada com o facto da enfermeira Chefe integrar o NHACJR. Tal como nos estágios anteriores, o primeiro objectivo, é **conhecer a dinâmica funcional do serviço, a filosofia, objectivos, e as intervenções de enfermagem em situações de risco nos diferentes âmbitos (NHACJR, UCIN)**

O período de estágio, embora curto, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais gerou em mim alguns sentimentos de apreensão. Apesar do entusiasmo e da preparação teórica que fiz, foi com algum receio que peguei, pela primeira vez, num prematuro. A noção da sua fragilidade, das consequências que uma manipulação menos correcta possa vir a ter no seu futuro, o saber que são hiperálgicos em relação ao adulto, tudo isto me ocorreu. Durante este período tive a preocupação de acompanhar e observar o EE em ESIP e orientador neste local de estágio, na prestação de cuidados. Verifiquei que existe uma preocupação constante, por parte dos enfermeiros desta unidade em garantir o bem-estar, o desenvolvimento da criança e a preocupação em envolver os pais nos cuidados, a integração ao serviço e explicação da tecnologia que rodeia o recém-nascido. MANO (2002, p.60) menciona no seu estudo, embora este tenha sido aplicado em serviços de internamento de pediatria que “... todo o processo de parceria se inicia, com a identificação da mais-valia da família e a expressão do seu valor na participação nos cuidados à criança.”

A minha prestação de cuidados teve uma base desenvolvimentista, minimizando intervenções desnecessárias, dor e desconforto (E1.1, E2.2.). A equipa de

enfermagem demonstra uma atenção especial para estas questões, pelo que tem vindo a investir na realização de projectos, normas e estudos acerca do método canguru, da massagem de conforto, e da dor. Os enfermeiros recorrem à sacarose, e proporcionam períodos de repouso, posicionamento com contenção através da utilização de ninhos e rolos, da sucção não nutritiva. Estes aspectos vão ao encontro do que referem alguns autores, como WOLKE (1995): nas UCIN “é prática frequente a utilização de medidas protectoras, nomeadamente na redução do ruído da luz e no manuseamento mínimo dos bebés, na organização do padrão de cuidados, considerando a individualidade do bebé e o momento adequado para a prestação de cuidados (BLACKBURN E VANDERBERG, 1993), na contenção e posicionamento e medidas de controlo da dor que garante o bem-estar do bebé. De referir que a utilização de sacarose em procedimentos dolorosos é variável consoante o enfermeiro que presta cuidados. Nestas unidades os enfermeiros utilizam a escala N-PASS para a avaliação da dor no recém-nascido.

O grande período deste estágio foi efectuado em contexto de Cuidados Intermédios Neonatais onde tive oportunidade de desenvolver capacidades e habilidades que consolidaram o conhecimento teórico que tenho vindo a adquirir no âmbito das competências comuns e específicas do EE em ESIP. O desenvolvimento destas competências foi trabalhado na medida em que colaborei com a enfermeira orientadora e executei sob supervisão, cuidados ao recém-nascido, em parceria com a família (A1.1.1), na implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade (E1.1) e da vinculação (E.3.2) fomentando a reinserção social do recém-nascido e família, dando resposta às suas necessidades de conhecimento, orientando os pais para o cuidado ao recém-nascido no internamento, comunicando com a família de forma apropriada à sua cultura (E3.3) e na transição para o domicílio e referenciando para instituições de suporte, em caso de necessidade (E2.5.6).

O nascimento de um filho prematuro cria vários desafios aos pais: prescindir do filho imaginário e aceitar o real, lidar por vezes com situações de perigo de vida e desconhecer as consequências que este nascimento antes do tempo poderá ter. Estes desafios afectam a vinculação parental com o prematuro. É papel do enfermeiro promover a vinculação, a relação recém-nascido pais para que este

vínculo se estabeleça de forma adequada para todas as partes (E 3.2). A aplicação de medidas que promovam a vinculação é promotora de um bom desenvolvimento futuro do bebé mas também preventiva de maus-tratos futuros. Deste modo, o segundo objectivo traçado neste período de estágio refere-se à **prestação de cuidados ao recém-nascido e sua família identificando as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento das competências parentais e da vinculação.**

Em neonatologia a incubadora é uma fronteira física ao relacionamento dos pais com o filho, este afastamento pode comprometer o relacionamento da díade/tríade. Embora sem relação de causalidade directa, as perturbações na vinculação e as necessidades especiais nas crianças são factores de risco dos maus tratos, pelo que neste serviço sempre que os recém-nascidos possam sair da incubadora, é promovido a aproximação dos pais ao bebé (E3.2.4), normalmente procedendo à realização da técnica de contacto pele-a-pele (método canguru). Tendo em conta o documento da OMS (2004), o método canguru ou contacto pele a pele consiste em manter o recém-nascido prematuro em contacto pele-a-pele com a mãe. A duração diária do contacto pele-a-pele pode variar, considerando que quanto mais durar o cuidado, maiores os benefícios que daí advêm. Destes benefícios fazem parte: baixos níveis de infecção hospitalar, favorecimento do aleitamento materno, redução do stress materno e paterno e promoção da auto-estima destes últimos.

Durante a minha permanência na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais tomei contacto com algumas situações que aliavam à prematuridade outros factores de risco, como toxicod dependência dos pais, problemas sociais ou familiares já detectados durante o período de gravidez. Colaborei com a enfermeira orientadora do local de estágio na prestação de cuidados e colheita de informação junto destas famílias, do ponto de vista social, emocional e relacional, identificando factores de risco (E1.2.4), encaminhando para outros profissionais (E1.2.2) e perspectivando a continuação do plano de intervenção iniciado durante o internamento pela equipa multidisciplinar, articulando com as estruturas da comunidade (E1.1.10). O caso da “Maria” (recém-nascida, filha de mãe toxicod dependente) foi objecto da minha reflexão (APÊNDICE XIII).

A preparação do recém-nascido e família de risco para a alta na Unidade de Cuidados intermédios da MAC é realizada ao longo da hospitalização e de forma progressiva por toda a equipa multidisciplinar. Observar e prestar cuidados de enfermagem nesta fase proporcionou-me mais um momento de aquisição de competências comuns e específicas de EE em ESIP. Na fase que antecede à alta fomentei o ensino e o treino de actuação face às situações diárias mais ou menos comuns (E1.1), observando se estes pontos estão suficientemente salvaguardados, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à família, no sentido de a capacitar para a gestão dos processos de saúde e doença do seu filho (E1.1.4). Tive como especial atenção informar os pais dos contactos que podem accionar em caso de dúvida procedendo ao encaminhamento para os recursos da comunidade, através do contacto prévio com Centro de Saúde da área da criança, e envio posterior da carta de alta de enfermagem¹² (E1.1.7).

Na avaliação efectuada pelo enfermeiro durante o internamento, são observadas as necessidades do recém-nascido e da família (E1.1.6) e, em caso de necessidade, referencia-se o recém-nascido e a sua família a outros profissionais (Psicólogo, Assistente Social) ou serviços (Apoio Domiciliário, Centro de Saúde da área). MAGALHÃES (2005, p.21) refere que a articulação requer a "... criação de canais de comunicação e de protocolos onde sejam definidas estratégias e metodologias de intervenção". Pude observar a dificuldade que os colegas têm, no contacto dos serviços da comunidade, para a passagem de informação e adequada continuidade dos cuidados. Autores como SILVA, FERREIRA e FORMIGO (2002) referem que é necessário, prestar bons cuidados de enfermagem através de uma articulação entre vários parceiros o que nem sempre acontece, prejudicando os cuidados de qualidade.

Verifiquei neste serviço, que os procedimentos accionados na alta do recém-nascido de risco e sua família não são uniformes. Existe dificuldade em determinar os aspectos relevantes a registar e relatar sobre as crianças em risco, sempre que esta informação é solicitada por outros profissionais de saúde. Constatei, ainda

¹²Nesta Unidade existem duas cartas de alta "tipo", uma em papel e outra em programa informático (a qual não foi possível aceder)

desconhecimento em relação aos documentos técnicos e ao manual de normas de actuação. Como futura enfermeira especialista considero que devo contribuir para a melhoria dos cuidados prestados (B2.2.1). Foi com agrado que acedi, após proposta da Enf.^a Chefe e Enf.^a orientadora do local de estágio a desenvolver uma acção de formação para a equipa de enfermagem sobre maus tratos¹³.

A acção de formação teve como objectivos: partilhar conhecimentos com a equipa de enfermagem mais sistemáticos e actuais sobre a temática dos maus tratos, contribuir para sistematizar os procedimentos e a actuação da equipa em situações de maus tratos. A importância de basearmos os cuidados de enfermagem em guias de boas práticas "... reveste-se de grande utilidade, já que estes são considerados instrumentos de qualidade, não só na área da saúde, pelo que os enfermeiros devem basear a sua actuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes." (OE, 2007b, p.3). A Elaboração desta sessão (APÊNDICE XIV), permitiu-me desenvolver competências (D1 e D2). Elaborei um manual (APÊNDICE XV) para consulta, tanto da equipa de enfermagem como da equipa multidisciplinar. O dia e o horário da apresentação foram divulgados com uma semana de antecedência e a estratégia utilizada foi a afixação do plano de divulgação da sessão (APÊNDICE XVI), no placard onde se encontra afixada a informação sobre as sessões de formação.

O terceiro objectivo que defini para este estágio refere-se a **compreender a articulação do enfermeiro no NHACJR e os diferentes locais e o acompanhamento da criança, do jovem e da família de risco.**

Foi muito gratificante observar a EE em ESIP nas suas actividades do NHACJR, participar nas reuniões e na reunião da Equipa do Apoio Domiciliário da MAC, pois permitiu-me observar a dinâmica de trabalho, a articulação com outros serviços e as dificuldades sentidas. O NHACJR da MAC tem como objectivo "a detecção precoce dos factores de risco". Reúne com uma periodicidade mensal, e a equipa é composta por uma EE em ESIP, uma Assistente Social, uma Psicóloga, um Obstetra e um Pediatra. Possui uma folha de referenciação própria (ANEXO V). Esta folha,

¹³Para a elaboração da acção de formação efectuei pesquisa bibliográfica relativa à temática, dando primazia a documentos nacionais, ou de organismos reguladores como a OMS, DGS entre outros.

teve como base de construção a “Ficha de sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, serviços de internamento e consultas externas hospitalares” da DGS (PORTUGAL, 2011). Na reunião pude observar a apresentação dos casos pelos técnicos que o compõem e as medidas a tomar em relação à situação, após debate.

O EE em ESIP que integra o núcleo tem um papel muito importante ao nível da suspeita e ou detecção de situações de maus tratos. Foi possível observar e cooperar com a EE em ESIP em diversas actividades: recolha informação junto dos pais e criança, ao nível do hospital (consultas, serviços de internamento), verificar sinalização prévia, saber onde a criança faz a vigilância de saúde (contactando os centros de saúde). A participação nestas actividades, foi uma mais-valia para o meu projecto pois permitiu-me desenvolver competências comuns de EE em ESIP colmatar lacunas no conhecimento através da observação sistemática da realidade em que estava inserida, conhecendo e identificando formas de actuação na área dos maus tratos, suportando a minha prática clínica em padrões de conhecimento sólidos (D2).

Este período possibilitou-me também identificar algumas limitações na actuação de enfermagem ao nível da articulação e continuidade de cuidados à criança e família, como referi anteriormente, quem procede à articulação dos casos é a assistente social, que tem a este nível um contacto muito privilegiado com as diversas instituições da comunidade. Este aspecto debatido com a EE em ESIP e foram identificadas, como estratégias para melhorar a continuidade e de cuidados à criança e família de risco; o estabelecimento de um enfermeiro de referência na área, e a criação de canais de comunicação. Ficou estabelecido, tendo em vista a optimização e a melhoria dos cuidados à criança, ao jovem e família de risco, que os elementos de referência de enfermagem neste serviço seriam estas enfermeiras (B1.1, B2.2).

Tive oportunidade de observar durante dois dias o funcionamento da Consulta de Pediatria da MAC verificando como os enfermeiros identificavam e sinalizavam as situações de risco neste espaço e como procediam ao respectivo encaminhamento. Poucas são, segundo as colegas, as situações de risco detectadas em consulta. Referiram um caso detectado há cerca de 2 anos: criança de 5 meses, filha de mãe

alcoólica, que no acto da consulta se mostrava muito reactiva ao toque, e que após observação médica se verificou ter contusões dispersas pelo corpo que se vieram a comprovar serem de agressão por parte da mãe. A criança foi institucionalizada e retirado o poder paternal.

A actuação do enfermeiro, em contexto de consulta, está muito associada a procedimentos técnicos. A avaliação do desenvolvimento é efectuada na consulta pelos médicos utilizando a “Escala de Denver”. Ao reflectir sobre que observei, penso que seria vantajoso existir uma consulta de enfermagem. Numa consulta de enfermagem de saúde infantil O EE em ESIP colabora com a família e os pais ou representantes num momento de crise e ajuda no desenvolvimento do seu papel parental, colaborando no desenvolvimento do processo de vinculação (OLIVEIRA 2009, p.209). Estas reflexões foram partilhadas com a enfermeira chefe da neonatologia e responsável pela consulta. A enfermeira chefe considerava ser necessário implementar uma consulta de enfermagem, mas o número reduzido de enfermeiros (2), impossibilitava a sua concretização.

Ainda neste grupo de actividades, considero relevante analisar o meu dia no “Apoio Domiciliário” da MAC. Este projecto tem como objectivo promover a articulação entre o serviço de Neonatologia da MAC, e a comunidade onde estão inseridos os recém-nascidos e famílias. Tive o privilégio de acompanhar um dos elementos da equipa de apoio domiciliário (Fisioterapeuta), durante um dia, nas visitas as famílias no terreno (APÊNDICE XVII), observando como procedem na actuação com estas famílias, permitindo-me desenvolver conhecimentos sobre as estruturas que funcionam na comunidade para acompanhar estas famílias (E1.1.10). O EE em ESIP deveria, em meu entender, integrar esta equipa. “Outras disciplinas também se podem concentrar na transição, mas a contribuição única da enfermagem é o seu objectivo de um aumento do bem-estar.” (SHIN E WHITE-TRAUT 2007 p.68). Este aspecto fornece à enfermagem uma perspectiva única. Só a enfermagem facilita as transições para aumentar a sensação de bem-estar. No caso das situações de risco, a nossa função como enfermeiros passa por envolver os pais ou representantes nos cuidados à criança, fornecer conhecimentos para que consigam desenvolver o seu papel parental, pelo que esta equipa multidisciplinar

devia integrar um elemento de enfermagem, fundamental para a prestação de cuidados à criança e família ou outros cuidadores.

4.4. Unidade Pluridisciplinar Assistencial do HSM

A escolha da Unidade Pluridisciplinar Assistencial (UPA), teve por base o conhecimento prévio de nesta unidade as crianças não necessitam de cuidados especializados, mas por motivo de problemas sociais ou maus tratos, precisam de permanecer internados até que a sua situação seja mais estável e se consigam outros apoios na comunidade (internamento em instituições ou deliberações de tribunal). O referencial teórico que rege a prática de cuidados tem por base o modelo de Nancy Roper e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Defini para este estágio dois objectivos, o primeiro está relacionado com a **compreensão da dinâmica funcional do serviço e a intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade, priorizando situações de risco** e o segundo está directamente ligado com o meu projecto, **compreender da intervenção e articulação do enfermeiro no processo de acompanhamento da criança, do jovem e da família de risco**

1 - Compreender a dinâmica funcional do serviço e a intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade priorizando situações de risco

Na prestação de cuidados, autonomamente e sob supervisão, à criança, ao jovem e família em contexto de internamento, tive a possibilidade de desenvolver capacidades e habilidades que consolidaram o conhecimento teórico que tenho vindo a adquirir em relação a esta área (E1;E2;E3). Desenvolvi competências na medida em que colaborei com o enfermeiro orientador na implementação e gestão de um plano promotor da parentalidade e da reinserção social da criança, do jovem e da família (E1.1), prestando cuidados centrados na família, dando resposta às necessidades de conhecimento, ensinando e apoiando os pais nos cuidados à criança e ao jovem, desenvolvendo técnicas de comunicação apropriadas á criança e família tendo em conta a sua própria cultura (E.3.3). O enfermeiro tem um papel fundamental no processo de acompanhamento da família e da criança, constituindo o elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar. A comunicação entre equipas

de cuidados é primordial para uma coordenação dos cuidados integrais à criança, e é dever do EE em ESIP reconhecer quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde (C1.1.4).

Mantendo o fio condutor do meu projecto - a criança, o jovem e a família de risco, considerei importante avaliar, no processo de cuidar, a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6), de modo a identificar e prevenir problemas familiares. Segundo SANDERS, CANN, E MARKIE-DADDS (2003, p.155), a melhor estratégia é “... *enhance parental competence, prevent dysfunctional parenting practices, change parental attributions and promote teamwork between partners would reduce family risk factors associated with child maltreatment.*” Ao cuidar, o enfermeiro deve identificar no cliente factores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos numa direcção à transição saudável, emergindo, assim, o cuidado transicional.

Os primeiros anos de vida de uma criança influenciam a vida adulta, BOWLBY (1989) refere que adultos que sofreram na infância de algum tipo de abuso, tendem também a ser maltratantes, o que poderá tornar o processo da parentalidade mais difícil, pois respondendo às situações que lhes são apresentadas, com os mesmos modelos adquiridos na infância. Deste modo, as minhas intervenções com crianças, jovens e famílias foram promotoras do desenvolvimento infantil e de competências parentais, promovendo a parentalidade saudável (E1.1) e de forma a prevenir o abuso infantil.

A experiência deste estágio permitiu-me reforçar competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança e do jovem (E2.2). Nesta unidade, as estratégias farmacológicas e não farmacológicas de intervenção de enfermagem na gestão da dor e sofrimento da criança e do jovem não são harmonizadas. Para a execução de procedimentos, tive a oportunidade de observar os enfermeiros no uso do brincar, da distração e da música (E2.2.1; E2.2.3) utilizando, por vezes, a sacarose ou o EMLA®, no caso da venopunção (E2.2.2). Verifiquei que os enfermeiros têm ainda a preocupação de garantir a presença de um dos cuidadores durante a realização de procedimentos, esclarecendo-os previamente e à criança (E1.1.2). Considero que, na gestão da dor, ainda há um longo caminho a percorrer

no sentido de proporcionar a melhor qualidade de cuidados possível. De referir como positivo ter conhecido o “projecto de avaliação da dor” do HSM. Este projecto iniciou-se em Abril de 2011 e actualmente todos os serviços do Departamento da Criança e da Família fazem a avaliação da dor. Foram seleccionadas as escalas a utilizar por um grupo de enfermeiros, tendo posteriormente sido realizadas acções de formação nas equipas. A implementação deste projecto é de extrema importância para a uniformização das práticas dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e à família.

2 - Compreender a intervenção e articulação do enfermeiro no processo de acompanhamento da criança, do jovem e da família de risco

Durante o período de estágio as situações de risco com que me deparei diziam respeito não só a situações sociais e de insuficiência de cuidados prestados à criança por parte dos pais, mas também com doença crónica ou aguda que pela sua especial complexidade e vulnerabilidade constituíam risco. Trabalhar estas situações permitiu-me questionar sobre a minha prestação de cuidados, que passa também por referenciar situações que requerem maiores cuidados a outras instituições e profissionais de saúde e fez-me rever alguns aspectos de forma a melhorar os meus cuidados. O saber que adquiri neste período permitiu-me adquirir as ferramentas necessárias para otimizar as minhas respostas, no âmbito da detecção, actuação e articulação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco.

A prestação adequada de cuidados à criança, ao jovem e família, implica que os cuidados estejam centrados na família permitindo uma participação activa de todos. O cuidado centrado na família tem como objectivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família e restaurar o seu controlo e dignidade (PINTO et al 2010). Tendo por base estes princípios e sabendo que a situação de doença da criança é momento de transição como defende (MELEIS et al 2000), as minhas actividades tiveram por base dar suporte, respeitar, encorajar e desenvolver força e competência na família, consciente que esta é perita no cuidado à criança, dentro ou fora do contexto de prestação de cuidados de saúde (HOCKENBERRY 2007). Estar consciente destes aspectos permitiu-me identificar limitações, aferir dificuldades e adequar ensinamentos à criança, ao jovem e à família. No entanto, em internamentos que

se preconizam de curta duração, o nosso papel não pode ficar por aqui, é nossa obrigação também promover a continuidade de cuidados de enfermagem.

Consciente destes princípios, dei cumprimento à actividade: desenvolver o plano de cuidados de enfermagem nas situações de risco acompanhadas¹⁴ (APÊNDICE XVIII), procedendo ao seu posteriormente encaminhamento para os parceiros da comunidade, e elaborando, para o efeito, a nota de alta. O tempo de internamento na maioria das vezes não é suficiente para abordar estas famílias no sentido da promoção da parentalidade e prevenção do risco, mas pode ser uma forma de iniciar e preparar um processo de educação para a saúde a desenvolver pelas estruturas da comunidade.

A folha de colheita de dados e a de nota de alta que utilizei são as que se encontram em vigor no serviço (ANEXO VI). Estes documentos assentam no Modelo de Vida (Actividades da Vida Diária) de Nancy Roper. Não obstante o modelo de enfermagem em vigor no serviço, para a elaboração do plano de cuidados foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pois embora esta linguagem ainda não seja utilizada no serviço, permite uma uniformização dos conceitos, facilitando a comunicação entre profissionais. Daqui resulta a criação de padrões que representam a prática de enfermagem, permitindo posteriormente "... o planeamento e gestão de cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas" (OE 2009b, p.7).

O levantamento dos problemas e consequente intervenção, permitiu-me reflectir, tomando por base as aprendizagens teóricas e práticas desenvolvidas ao longo do projecto, e o referencial teórico aprofundado ao longo do meu percurso (Filosofia de Cuidados Centrados na Família e a Teoria das Transições de Afaf Meleis). Neste percurso apercebi-me que as crianças e famílias que eram identificados factores de risco, são objecto da intervenção de um conjunto de profissionais: Assistente Social, Psicóloga, Pediatra, Enfermeiro. A carta de alta/transferência é preenchida no momento da alta, pelo enfermeiro que nesse dia se encontra a cuidar da criança. Em

¹⁴ Pela sua extensibilidade a colheita de dados e a nota de alta com os levantamentos dos diagnósticos de enfermagem e a respectiva articulação com os serviços da comunidade, foram remetidos para anexo.

caso de necessidade de articulação com o Centro de Saúde da área da criança, ou outras estruturas da comunidade, o contacto é normalmente efectuado pela Enf.^a de apoio à gestão e EE em ESIP. A possibilidade de trabalhar estas situações e de efectuar contactos prévios à alta com os enfermeiros da comunidade permitiu-me desenvolver competências específicas (E1, E2, E3) do EE em ESIP, e comuns (B2.2, C1.1.3, C1.1.4).

Na aplicação do guião de entrevista à enfermeira orientadora e a colegas desta unidade, foram identificadas dificuldades na área dos maus tratos. A enfermeira orientadora considera existir um deficiente envolvimento da equipa, embora alguns elementos estivessem motivados para esta problemática. Os enfermeiros desta unidade referem ter dificuldade em contactar os Centros de Saúde. Esta dificuldade já tinha sido detectada noutros campos de estágio (MAC, e Urgência de Pediatria); a articulação com os recursos da comunidade ainda se efectua de forma pouco consistente e nem sempre são desenvolvidas as diligências adequadas (muitas vezes a nota de alta não é enviada para o centro de saúde da área da criança, nem se efectuam contactos telefónicos) e as intervenções não são uniformes e sistematizadas.

Tomando por base as competências comuns o EE em ESIP deve otimizar o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados que identifica (C2.1). O EE em ESIP deve intervir no seu contexto de trabalho, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, surgindo o enfermeiro de referência como uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade OE (2002).

Neste contexto, examinei estratégias que possibilitassem uma melhor articulação e continuidade de cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde, nos casos de risco detectados. As estratégias utilizadas para sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática dos maus tratos foram várias: partilhei conhecimentos adquiridos (através da prática e da pesquisa) e dificuldades encontradas ao longo do meu percurso. Uma das competências fundamentais do Enfermeiro Especialista, como consta no Modelo de Desenvolvimento Profissional

da Ordem dos Enfermeiros (2009a), é o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no qual deverá assumir a responsabilidade como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, tendo em vista os ganhos em saúde para os cidadãos. A Ordem dos Enfermeiros, relativamente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, refere que os enfermeiros devem ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, pretendendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão de recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem de forma a aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (OE, 2002). Neste local de estágio, ficou estabelecido que o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e os Cuidados de Saúde Primários seria a EE em ESIP e elemento de apoio à gestão.

Tive conhecimento que vão ser realizadas acções de formação em serviço sendo uma delas sobre os “maus tratos a crianças e jovens”, pelo que foi solicitada a minha colaboração, por parte da enfermeira orientadora. Para a elaboração desta acção de formação utilizaram-se documentos actuais sobre a temática e apontamentos da pesquisa efectuada até ao momento, bem como sites úteis que os enfermeiros poderiam consultar e legislação actual (**www.dgs.pt** – Microsite dos Maus Tratos) (C2.2.1). A participação nesta formação e a observação do trabalho realizado pelos profissionais deste serviço, permitiu-me reflectir sobre a minha prática de cuidados levando-me a adquirir e desenvolver competências (B1, B2, C1.1).

De referir ainda, que no dia 18 de Janeiro de 2012 estive presente na **Acção de Formação “Enquadramento Jurídico e procedimentos legais dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco”** que decorreu na ARSLVT e foi coordenada pela Dr.^a Ana Perdigão (Jurista do IAC e dos ACES das Crianças e Jovens em Risco). Este momento permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos sobre a temática dos maus tratos a nível legal.

5. CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Partindo de todo o conhecimento adquirido, das experiências acumuladas e da reflexão ética, tornou-se exequível criação de um programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica, promotor da continuidade de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco, durante o estágio realizado na UCSP de Benfica (onde actualmente desempenho funções).

A construção de conhecimentos que fui trabalhando nas várias áreas permitiu-me obter contributos muito importantes para o meu desempenho como EE em ESIP, no cuidar da criança, jovem e família e contribuir para a promoção de boas práticas de cuidados à criança, ao jovem e família.

Foi muito enriquecedor passar na UCSP do Lumiar, SUP, NACJR, NHACJR, Neonatologia, CPCJ e instituições de acolhimento, permitindo-me reunir subsídios muito úteis para a minha prática de cuidados. As experiências vivenciadas levaram-me a um conjunto de reflexões e facilitaram a integração do conhecimento adquirido. Esses conhecimentos foram utilizados para estruturar os processos do NACJR de Benfica e no programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica.

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar, pude verificar, que, que as crianças e jovens referenciadas ao NACJR ou à CPCJ possuíam, em sistema SAPE, um alerta (n.º do processo e ano de referenciação). Introduzi este procedimento na Unidade onde exerço funções.

No estágio realizado na MAC destaco a estreita relação observada entre a pediatria e a obstetrícia nas reuniões do NHACJR, possibilitando a detecção e sinalização dos casos de risco desde a gravidez e permitindo uma actuação mais precoce no risco. Utilizei este conhecimento para criar uma Ficha de articulação interna entre a Saúde Materna e Planeamento Familiar e a Saúde Infantil. Esta Ficha é apresentada no “programa de formação para enfermeiros” e foi divulgada à equipa de enfermagem no decorrer das acções de formação.

Na UPA foi importante conhecer o trabalho desenvolvido pela enfermeira orientadora deste local de estágio, na área da articulação de cuidados. Esta enfermeira elaborou, em 2010, a “Norma de actuação na articulação de cuidados e preparação da alta da criança e família internadas na pediatria – piso 6”. Os contributos que adquiri ajudaram-me a construir uma grelha de contactos dos enfermeiros de referência nos NACJR e dos NHACJR

O desejo e motivação para iniciar a criação deste programa emergiram no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças, aos jovens e famílias de risco, através de um investimento ao nível da formação dos elementos da equipa de enfermagem, pretendendo-se assim contribuir para enriquecer e humanizar os cuidados que prestamos nesta vertente tão importante.

O Programa de Formação - “Cuidar no Risco” (APÊNDICE XIX) possui três fases. A primeira fase inclui sessões de formação, organização dos processos da criança, do jovem e família de risco num processo único; a classificação de processos do NACJR em nº e ano de sinalização; a criação de uma base de dados e posterior transferência de dados para a “Base de dados oficial” dos NACJR. E tem como principais objectivos:

- 1- Sensibilizar os enfermeiros da Unidade de cuidados Personalizados de Benfica problemática dos maus tratos infantis;**
- 2- Motivar os enfermeiros para o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos;**
- 3- Melhorar a continuidade de cuidados à criança, jovem e família de risco.**

De modo a atingir os objectivos do programa, desenvolvi sessões de formação: “O Papel do enfermeiro na continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco”. Nestas sessões, partilhei com os meus colegas, os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios na área dos maus tratos. No final das sessões apliquei um questionário de avaliação de modo a perceber o impacto para os profissionais. Das avaliações das sessões pude verificar que foi de importante para a equipa, não só pela contextualização feita sobre os fenómenos de maus tratos, mas também pelo papel do enfermeiro nesta área e a sua actuação aos três níveis de prevenção. Esta

actividade permitiu-me desenvolver competências na vertente da comunicação. Importante foi também a construção de um dossier com a informação existente sobre a temática para que os colegas possam consultar e os ajude a fundamentar a sua intervenção.

A existência de um enfermeiro de referência na área é importante para o acompanhamento das situações de maus tratos. Estes elementos foram identificados nos diferentes campos de estágio, e pretende-se alargar esta rede, procedendo à identificação de elementos de referência na área em cada uma das USF's.

Para além de ter realizados estas sessões, no meu contexto específico de trabalho, pretendo divulgar este projecto a todos os profissionais do Centro de Saúde de Benfica e posteriormente aos parceiros da comunidade (Escolas, CPCJ, Santa Casa).

A segunda e terceira fase do programa vão ser desenvolvidas de forma progressiva ao longo do tempo posposto para a sua elaboração (APENDICE XIX)

6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PERCURSO DE FORMAÇÃO

Ao incorporar a globalidade das experiências de estágio e concretizar o programa de formação, abordadas no capítulo anterior, considero que o desenvolvimento de competências, abrangeu todos os domínios comuns e específicos das competências clínicas especializadas (DR 2ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011).

O EE em ESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família. São áreas da sua intervenção o desenvolvimento do conhecimento em ESIP, o desenvolvimento de competências para os processos de cuidados, bem como a gestão estratégica e liderança em situações de grande complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, de modo a encontrar respostas inovadoras para os seus problemas de saúde e para as práticas de cuidados, maximizando as condições de saúde da criança e do jovem no contexto ecológico; intervir nos processos de decisão no domínio profissional e ético legal, no âmbito da especialidade e nos diferentes contextos de acção e intervenção activa, enquanto cidadão e profissional, na definição e consecução das políticas de saúde conducentes à melhoria da qualidade de vida da criança e do jovem.

De acordo com o regulamento¹⁵ relativo às competências Comuns “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”. Os referenciais teóricos de enfermagem permitiram uma avaliação global das necessidades e contribuíram para um cuidar holístico. Foi minha preocupação prestar cuidados centrados na criança e na família, implementando e gerindo de um plano de saúde promotor da parentalidade e da reinserção social, de forma a dar resposta às necessidades de conhecimento ensinando os pais, contribuído para uma parentalidade saudável. Estas actividades

¹⁵ Regulamento n.º 122/2011, Publicado em Diário da Republica 2.ª Série, nº 35, 18 de Fevereiro de 2011

tiveram por suporte uma prática de cuidados baseada na responsabilidade profissional, ética e legal, no sentido da valorização do enfermeiro como profissional de saúde que assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança e cuja prática deve assentar numa fundamentação ética, deontológica e jurídica. Em contexto de trabalho foi possível acompanhar e dirigir processos de tomada de decisão, em situações de crianças em risco e ao mesmo tempo promover a reflexão ética dentro da equipa de enfermagem. A “salvaguarda dos direitos da criança” e a sua “protecção contra qualquer forma de abuso” (OE 2007c, p.2) foram os princípios orientadores da minha actuação.

Por ordem decrescente atribui-se lugar de destaque ao domínio das competências específicas do EE em ESIP desenvolvidas de forma transversal ao longo do projecto e dos estágios. O assistir a criança, o jovem e a família na maximização da sua saúde, foi sem dúvida a competência mais desenvolvida e trabalhada. O foco da minha atenção ao longo dos estágios foi a criança, o jovem e a família de risco. Estas situações exigem, por parte do enfermeiro, conhecimentos e habilidades específicas de modo a dar resposta às necessidades complexas e múltiplas das crianças, jovens e famílias. A interligação das competências é incontestável, pelo que considero que nas interacções estabelecidas com a criança, jovem e sua família foi atribuída igual atenção ao cuidar nas situações de especial complexidade. Nestas interacções procurei estabelecer uma relação de parceria com os mesmos, investindo ao nível das relações interpessoais e da comunicação, essenciais na actuação do EE em ESIP. Esta competência foi também ampliada nos diferentes locais de estágio através das relações profissionais estabelecidas com os enfermeiros e restantes elementos da equipa. Neste período procurei fomentar o diálogo e partilha de informação sobre experiências com os vários profissionais.

A gestão da dor foi explorada de forma transversal em todos os campos de estágio. É dever do enfermeiro promover o seu alívio, através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. No percurso de aprendizagem foram estudadas e desenvolvidas intervenções que minimizassem o sofrimento da criança nos procedimentos invasivos, garantindo à criança sentir-se “tratada e não maltratada” (FINKEL 2007).

As competências do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais foram desenvolvidas na medida que as actividades de estágio se basearam em padrões de conhecimento consistentes, adquiridos através da leitura de artigos de investigação credíveis e actuais e da revisão sistemática da literatura. O EE tem a responsabilidade de facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, tendo em vista os ganhos em saúde para os cidadãos. A OE defende, relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002), a importância da existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, que promova o desenvolvimento profissional, assim como a qualidade dos cuidados prestados.

No que se refere ao programa, desenvolvido na UCSP de Benfica, a principal fonte de aquisição de competências refere-se aos domínios da Gestão de Cuidados e Gestão da Qualidade. Pretendia-se que o programa “Cuidar no Risco” melhorasse a qualidade dos cuidados prestados à população em estudo, fornecendo, numa primeira fase, conhecimentos à equipa de enfermagem de modo a promover a orientação e normalização das práticas. A criação deste Programa possibilitou-me o desenvolvimento de habilidades, ao nível da “análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados” (DR, 2ª série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011), incluindo um sistema de avaliação dos resultados. Pretende-se que estes processos de avaliação sejam continuados mediante uma supervisão clínica tendo como base os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros. O programa de formação será desenvolvido no período de três anos. Ao liderar este processo é meu desejo aperfeiçoar competências na área da supervisão clínica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assistimos nas últimas décadas, graças à tecnologia, a uma diminuição da mortalidade infantil e a um aumento da sobrevivência de bebés com uma maior imaturidade, malformações congénitas e doenças crónicas. Este facto confere uma crescente complexidade no processo de cuidar, assente numa filosofia de cuidados centrados na família, à qual o EE em ESIP deverá ser capaz de dar respostas consistentes às necessidades de saúde da população - alvo, garantindo cuidados de enfermagem de excelência. Os cuidados de enfermagem precisam de ser cada vez mais competentes eficazes e seguros. Exige-se aos enfermeiros não só um saber - fazer mas um saber - ser, pautado por uma postura profissional responsável e segura, assente na ética profissional e numa relação de proximidade com os clientes.

O percurso de aprendizagem ao longo deste processo de formação foi muito desafiante e exigente, constituindo-se, ao mesmo tempo, num processo aliciante e motivador. Neste período foram desenvolvidas as competências comuns do EE, no domínio da concepção, gestão, supervisão de cuidados, formação e investigação. As competências específicas da área de EE em ESIP foram também desenvolvidas através de uma análise metódica das necessidades de saúde da criança, do jovem e da família de risco, nas várias etapas do ciclo de vida, nos diferentes contextos. As minhas decisões basearam-se na responsabilidade profissional, ética e legal, assentes no REPE e no Código Deontológico do Enfermeiro. As experiências vivenciadas possibilitaram-me momentos de reflexão, facilitadores da integração do conhecimento adquirido, dinamizando a tomada de consciência do aprendido.

Durante o meu percurso contactei com diversas estruturas, como os NACJR e NHACJR, a CPCJ, no sentido de obter uma visão mais completa do Sistema de Protecção de Crianças e Jovens Português. O trajecto adoptado teve como finalidade a construção do Programa de Formação para enfermeiros da UCSP de Benfica. Este programa tem especial enfoque na articulação e continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco. O reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra as crianças deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde.

Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência destas situações requer não só habilidade, como sensibilidade e compromisso com a causa da protecção das crianças e jovens. É essencial que os enfermeiros utilizem o conhecimento científico de forma a detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir situações de maus tratos. Profissionais habilitados e especializados nesta área permitirão, em muitos casos, uma resolução das situações em fases mais precoces, prevenindo a ruptura familiar. A sua intervenção nesta matéria insere-se numa lógica de multidisciplinaridade e articulação entre diversas instâncias, cabendo-lhe, nos diversos contextos de intervenção, assumir o seu papel na prevenção, detecção precoce, intervenção e encaminhamento das situações.

Foi difícil em diversos momentos, conciliar os estágios e o desenvolvimento do projecto, com a vida profissional e pessoal. Limitador foi também em alguns contextos, o facto de os compromissos profissionais por parte dos EE em ESIP e dos enfermeiros orientadores, não terem possibilitado algumas experiências (ou em maior número) que poderiam ter sido relevantes para complementar o meu projecto de aprendizagem. Dou como exemplo a visitação domiciliária, e a saúde escolar na UCSP do Lumiar, e a presença menos assídua nas reuniões e actividades do NHACJR do HSM.

Apesar das limitações considero que os objectivos e as metas do projecto foram atingidos. De referir como pontos reveladores de continuidade deste projecto:

- O contacto em Janeiro de 2012, por parte da Enfermeira Chefe da MAC para replicar as Acções de Formação.
- Os contactos entre os enfermeiros de referência estarem a ser efectuados, entre o Hospital de Santa Maria e o CS, de modo consistente desde Fevereiro deste ano,
- As Folhas de referência, nas situações de risco identificadas em contexto de triagem, começaram a ser enviadas, de modo consistente e com contacto telefónico prévio desde Fevereiro deste ano.

De salientar que foi no meu contexto de trabalho que melhor consegui desenvolver a prática de EE em ESIP. Aqui pude assegurar cuidados a crianças com especial complexidade, nomeadamente risco de saúde e risco social, que me

permitiram atender (numa perspectiva holística) às suas necessidades globais e estabelecer uma relação de proximidade e confiança. O conjunto de medidas instituídas visou a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, a nível pessoal e da equipa de enfermagem.

Profissionais sensíveis para esta temática e conhecedores dos modos de actuação, são profissionais mais habilitados para cuidar e encaminhar situações de maus-tratos, traduzindo-se este facto em ganhos para a saúde da população. A concretização do programa promoveu o desenvolvimento de competências nos diferentes domínios sendo um estímulo para continuar a trabalhar num projecto que se apresenta exequível. Este projecto corresponde ao início de uma prática de cuidados à criança, ao jovem e família de risco que pretendo continuar na minha actividade profissional.

8. BIBLIOGRAFIA

8.1. Referências Bibliográficas

-  ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (a) (2011) – Casuística dos NACJR e NHACJR – NACJR do Lumiar, 2010.
-  ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (b) (2011) – Casuística dos NACJR e NHACJR – NHACJR de Santa Maria, 2010.
-  ADAMS, B. (2005). Assessment of child abuse risk factors by advanced practice nurses. **Pediatric Nursing**, 31(6):498-502. . Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
-  ABEJAR, M., PARRA, M. (1990) – Communication Terapêutica y Cuidado. **Revista de Enfermeria Rol**. Barcelona. ISSN 0210-5020. nº 147 (Novembro) 123-128.
-  AMARO F. (1986) - Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade, **Cadernos do CEJ**, 2:113,
-  BERRY, A.; BROUSSEAU, D.; BROTANEK, J.; TOMANY-KORMAN, S.; FLORES, G. (2008) – Why do parents bring children to the emergency department for nonurgment conditions? A qualitative study In **Ambulatory Pediatrics**, 8(6), (Novembro/Dezembro, 2008), 360-367. Retirado de: EBSCOhost, em Junho de 2011
-  BLACKBURN, Susan; VANDERBERG, Kathleen (1993) – **Assessment and management of neurobehavioral development**. BRUEGGEMEYER, Ann; GUNDERSON, Laurie; KENNER, Carole – Comprehensive Neonatal Nursing: a physiologic perspective. USA: W.B. Saunders Company. ISBN 0-7216-2992-X. p.1100-1127
-  BENNER, P. (2005) - **De Iniciado a Perito**. Tradução de Ana Albuquerque Queirós. 2ª ed. Coimbra: Quarteto ISBN: 989-558-052-5.
-  BENNER, P. De Jong, M, BENNER, R., RICHARD, M., KENNY, D., KELLEY, P.; DEBISETTE, A. (2010) Mass casualty care in an expeditionary environment: developing local knowledge and expertise in context In: **Journal Of Trauma Nursing: The Official Journal of The Society Of Trauma Nurses**, 17(1), Janeiro-Março, 2010), 45-58. Retirado de EBSCOhost, em Junho de 2011
-  BOWLBY, John (1989) – **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 1989, 170p.
-  CANHA, Jeni (2002) - A Criança Vítima de Maus Tratos. MACHADO, Carla; GONÇALVES, Rui – **Violência e Vítimas de Crimes – Vol. 2- Crianças**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8747-x. p.13-36.

-  CASEY, A. (1995) - Partnership Nursing: influences on involvement of informal cares, **Journal of Advanced Nursing**, 22, 1058-1062, Retirado de EBSCOhost, em Junho de 2011
-  CHICK, N. MELEIS, A.I., (1986) - Transitions a nursing concern. In: chin, P.I. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen. P. 237-257, in in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice** (2010) p 24-38, ISBN 978-0-8261-0535-6,
-  COUTINHO, M. T. (2004) - Apoio à família e formação parental. **Análise Psicológica**, 1 (XXII), 55-64.
-  CURTIS, S. [et al] (2007) - A randomized controlled trial of sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receiving venipuncture in a pediatric emergency department. **BMC Pediatrics**. Vol. 727(2007)
-  DESPACHO DA MINISTRA DA SAÚDE N.º 31292/2008, publicado no DR – II Série, nº 236 de 05/12/2008 (Acção de Saúde Para crianças e Jovens em Risco)
-  DECRETO - LEI nº 147/99 – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. **Diário da República I Série A** (1/09/99)
-  DICIONÁRIO (2011) – Porto Editora Online. Disponível em: <http://www.portoeditora.pt/alp/dol/dicionarios-online/> consultado em 20 de Junho de 2011
-  FARRELL, Michael (1994) – Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. **Nursing**. Lisboa. 74 (1994) 27-28
-  FERNANDO.V., LEVY M. L; C.;TERESA (2009) Anotações Carta da Criança Hospitalizada, Lisboa, **Instituto de Apoio à Criança**, 2ª Edição
-  FINKEL, L. A.(2007) - Brincar ensina a viver: As representações psicológicas dos procedimentos invasivos. **Revista Eletrônica do INCL**. Nº3 (2007). Disponível em: http://incl.rj.saude.gov.br/incl/rev_3/brincar.asp. acedido em 21 de Junho de 2011
-  FORTIN, M.F. (2003) - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures, Portugal: Lusociência;ISBN:972-8383-10-x
-  FLAHERTY, E., SEGE, R., BINNS, H., MATTSON, C. AND CHRISTOFFEL, K. (2000) - Health care providers experience reporting child abuse in the primary care setting. **Archives Pediatric and Adolescent Medicine**, 154(5):489-493. . Retirado de EBSCOhost, em Junho de 2011
-  FAGAN, D. 1998. Child abuse and neglect: knowledge and practice of the A and E nurse. **Accident and Emergency Nursing**, 6(1):30-35. Retirado de EBSCOhost

- 📖 GASPARD, C., LINHARES, M., MARTINEZ, F. (2005) - A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da Literatura. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81 nº6 (2005). P. 435-442.
- 📖 GASPAR, M (2003) - Otrabalho com pais na prevenção do comportamento anti-social. In **Alberto [et al]** (Orgs.). Comportamento Anti-social: escola e Família: Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra
- 📖 HOCKENBERRY, J. et al (2006) -**Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**, 7 ed. Brasil, Elsevier, ISBN 85-352-1918-8,
- 📖 INSPECÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO (2009) - **Avaliação Externa das Escolas: Agrupamento de Escolas do Alto do Lumiar** – Lisboa. 2009.
- 📖 LOPES, M. (2000). A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação. **Sinais Vitais**. (30). Coimbra. pp. 35-42.
- 📖 LING, M. AND LUKER, K. (2000) - Protecting children: intuition and awareness in the work of health visitors. **Journal of Advanced Nursing**, 32(3):572-579. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 LAND, M., & BARCLAY, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. Neonatal, **Pediatric & Child Health Nursing**, 11 (1), 18. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 MURPHY, S.A. (1990) Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. **Holistic Nursing Practice**, v.4, n.3, p. 1-7
- 📖 MAGALHÃES, Teresa (2005) – **Maus-tratos em crianças e jovens**. Coimbra: Quarteto, 144p. ISBN 989-558-074-6
- 📖 MANO, Maria João (2002) – **Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais**. Referência. Coimbra, ISSN 0874-0283.8 (2002) 53-61
- 📖 MELEIS, A.I. (1975) - Role insufficiency and role supplementation. A conceptual framework. Nursing research, 24, 264-271 in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice** (2010) p. 13-23, ISBN 978-0-8261-0535-6
- 📖 MELEIS, A. F. [et al] (2010)Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in **Nursing Research and Practice** ISBN 978-0-8261-0535-6 p.641
- 📖 MELEIS, A.I; [et al] (2000) - Experience Transitions: A Middle-Range Theory in **Advances in Nursing Science**, ISSN 1550-5014, 23(1), 12-28
- 📖 MELEIS, A. (1991). **Theoretical nursing: Development and progress**. 2nd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

-  MONTEIRO, M. A. J. (2003) - **Parceria de cuidados. Experiência dos pais num hospital pediátrico**. Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos**. Lisboa. Ordem dos enfermeiros
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007a) – **Proposta de sistema de individualização de especialidades em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 21p
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007b) – **Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados**, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 12p
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007c) – **A protecção de Crianças – Enunciado de Posição**. 15 de Março de 2007. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007_2.pdf, acedido em Abril de 2011
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor – Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros**, Série I, Número I, 2008. ISBN: 978-972-99645-9-5
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem/ Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009b) - Conselho Internacional De Enfermeiros **Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE**. Programa da classificação internacional para a prática de enfermagem, Ordem dos Enfermeiros, 22p ISBN 978-989-96021-6-8
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediatria**. Série I, Vol. 1, nº 3. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-844-00-4.
-  ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004) – **Método Madre Canguro: Guia Prática**. Genébra: Organização Mundial de Saúde, 2004, 56p. ISBN 9243590359
-  PILTZ, A., & WACHTEL, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. **Australian Journal of Advanced Nursing**, 26(3), 93-100. Retirado de EBSCOhost. em Junho de 2011
-  PINTO, J. RIBEIRO, C., PETTINGILLI, M., BALIEIRO, M. (2010) – Cuidado Centrado na Família e a sua aplicação na enfermagem pediátrica. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.63, nº 1, (Janeiro - Fevereiro 2010), 132-135- retirado de SciELO. em Junho de 2011
-  PAAVILAINEN, E., ASTEDT-KUKI, P., PAUNONEN-ILMONEN, M. AND LAIPPALA, P. (2002a). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. **Journal of Advanced Nursing**, 37(6):551-557. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011

- 📖 PAAVILAINEN, E., MERIKANTO, J., ASTEDT-KUKI, P., LAIPPALA, P, TAMMENTI E, T. AND PAUNONEM-ILMONEN, M. (2002 b). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. **International Journal of Nursing Studies**, 39(3):287-294. . Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 PATEL, V.; GUTNIK, L.; KARLIN, D.; PUSIC, M. (2008) – Calibrating urgency: triage decision-making in a pediatric emergency department. In **Advances in Health Sciences Education: Theory And Practice**, 13(4), (Março 2008). 503-520. Retirado de EBSCOhost. em Junho de 2011
- 📖 PORTUGAL- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação**. 2ª Edição. Lisboa: DGS.ISBN 972-675-084-9
- 📖 PORTUGAL: DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) (2006) – **Programa Nacional de Saúde Escolar - PNSE** (Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.
- 📖 PORTUGAL: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2008) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde (Documento Técnico)**. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf>, acedido em Maio de 2011
- 📖 PORTUGAL - DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011) **Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção**. (Acção de saúde para crianças e jovens em risco)
- 📖 PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2003) – **A Dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS.
- 📖 PINHEIRO, M.F. (1994) – Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. **Servir**. Lisboa. Vol. 42, nº6 (Novembro/Dezembro 1994). p. 319-331.
- 📖 POLIT, D; BECK, C; HUNGLER, B. (2004) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, ISBN 85-7307-984-3
- 📖 REGULAMENTO nº 122/2011. **D.R.II Série-E**. 35 (2011-02-18), p. 8648-8653.
- 📖 REGULAMENTO nº 123/2011. **D.R.II Série-E**. 35 (2011-02-18), p. 8653-8655.
- 📖 SCHECHTER, Neil L. *et al* (2007) – Pain Reduction during Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. **Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics**. Vol. 119, nº 5. ISSN 1098-4275. P. 1184-1198.
- 📖 SETEVENSON, O. (1993) – **La atencion ai nino maltratado: Política pública y práctica profesional**. Barcelona: Paidós.

-  SANDERS, Matthew R; CANN, Warren; MARKIE-DADDS, Carol (2003) – The triple P- Positive parenting program: a universal population – level approach to the prevention of child abuse. **Child Abuse review** (s.i.) ISSN 1099-0852.12, p.155-171 (www.interscience.wiley.com), acedido em Outubro de 2011
-  SHIN, H., & WHITE-TRAUT, R. (2007). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, 58(1), 90-98
-  SILVA, A.; FERREIRA, C.; FORMIGO, C. (2002)- Prestação de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados. In: **Informar**. Porto. Janeiro-Abril. P. 60-64.
-  SOARES, N.F. (1997a) - Crianças em risco: passado e presente. Alguns contributos para a compreensão histórico social da problemática das crianças maltratadas e negligenciadas. **Revista do Instituto de Reinserção Social- Infância e Juventude**. Jan./Mar (1).
-  TORREZ, V. (2006) Child protective services, in **Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession**, April, p.7
-  UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) (2004) – **Convenção sobre os Direitos das Criança**. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf, acedido em Abril de 2011
-  VASCONCELOS, A.; CARDOSO, B. M.; BARROS, M. ALMEIDA, H. - (2011) - Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica – 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, **Acta Pediátrica Portuguesa**; 42(1): 8-11
-  WOLKE, Dieter (1995) – Um ambiente estimulante para os bebés na Unidade de Cuidados Intensivos.**Bebé XXI: Criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 251- 269
-  WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (ISPCAN) (2006) - **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva, 2006. ISBN 978-92-4-159436-3
-  KEMPE, R; KEMPE, H. (1982) - **Ninos Maltratados**. Madrid: Morata.

8.2. Bibliografia Consultada

-  BLAKELEY, J. AND RIBEIRO, V. (1997) - Community health and pediatric nurses' knowledge, attitudes and behaviors regarding child sexual abuse. **Public Health Nursing**, 14(6):339-345. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
-  BLASKETT, B. AND TAYLOR, S. (2003) - Facilitators and inhibitors of mandatory reporting of suspected child abuse. Prepared for the Criminology Research Council (grant number 9/01-02). Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
-  AUSLOOS, G. (1996) - **A competência das famílias – tempo, caos e processo**. Colecção Sistemas, Famílias e Terapias. Lisboa: Climepsi Editores.
-  AZEVEDO, M. C. & MAIA, A. C. (2006) - **Maus-tratos à criança**. Lisboa: Climepsi Editores.
-  BARROS, Luísa (2001) – A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de promoção do desenvolvimento. CANAVARRO, Cristina – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5. p.296-315
-  COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPCJR) (2010) - **Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens – 2009**. Lisboa, 2010. Disponível em: www.cnpcjr.pt, acedido em Maio de 2011
-  COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPCJR) - O que são as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens. Disponível em: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?0201>, acedido em Junho de 2011
-  COTRALHA, Nuno Redol (2007) – **Adaptação Psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes**. Lisboa Dinalivro, 240p.
-  CARDOSO, Susana; MANITA, Celina (2004) – Mulheres toxicodependentes: o género na desviância. **Revista Toxicodependências**. Lisboa, ISSN 0874-4890. 10(2) p. 13-25
-  CARPENITO, Lynda Juall (1999) – **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e problemas colaborativos**. 2.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999, 739p. ISBN 85-7307-500-7

- 📖 DECRETO - LEI nº 48/90, **DR – I Série – A nº 204** (Lei de Protecção de crianças e jovens em perigo)
- 📖 FERNANDES, Patrícia (2003) – **O enfermeiro como promotor da relação precoce pais-bebé prematuro internado numa Unidade de Cuidados Neonatais**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa, 2003. 1º Curso de Licenciatura em Enfermagem
- 📖 INSPECÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO (2009) - **Avaliação Externa das Escolas: Agrupamento de Escolas do Alto do Lumiar** – Lisboa. 2009
- 📖 LOPES, S. & FERNANDES, P. G. (2005) - *O Papel Parental como Foco de Atenção para a Prática de Enfermagem em Sinais Vitais*. Nº. 63. Novembro. p. 36-42
- 📖 LAZENBATT, A. AND FREEMAN, R. (2006). Recognizing and reporting child abuse: a survey of primary healthcare professionals. **Journal of Advanced Nursing**, 56(3):227-236. . Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 MAGALHÃES, Teresa (2002) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens** – Guia Prático para Profissionais. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8717-39-3.
- 📖 MAURER, T. (2010) – O Enfermeiro no Acolhimento com classificação de risco na emergência Pediátrica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010
- 📖 MACHADO, C; GONÇALVES, M, VILAS-LOBOS, A (2003) – Crianças expostas a múltiplas formas de violência. In Machado e Gonçalves – **Violência e vítimas de crime, Vol. 2** – Crianças 2.^a Ed. Coimbra: Quarteto Editora, ISNB 972-8747-44-X
- 📖 MECER, R. T. (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. Nursing Scholarship, 36(3), 226-232 in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice** (2010) p. 94-102, ISBN 978-0-8261-0535-6
- 📖 MELEIS, A. F. (1992) - Directions for Nursing Theory Development in the 21st Century, **Nurs. Sci, Q**: 5-112 disponível em:
<http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/5/3/112>, acedido em 20 de Junho de 2011
- 📖 MELEIS, A. F. TRANGENSTEIN, P., A., (1994) Facilitation transitions: Redefenition of the Nursing Mission, **Nursing Outlook**, 42(6) p.255-259in **Transitions Theory:**

Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice(2010) p. 52-65, ISBN 978-0-8261-0535-6

📖 MESSIAS, A. (2004). **Transiciones – Teorías de Rango Médio.**

<http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones> Messias Bogotá 2004.doc acedido a 20/10/2011

📖 MARTINET, Serge (2008) – Toxicomania e gravidez, in Bayle, Filomena; Martinet, Serge (2008) – **Perturbações da Parentalidade.** Lisboa Climepsi, p. 248-256 ISBN 972-796-299-0

📖 MOREL, Alain; HERVÉ, François; FONTAINE, Bernard (1998) – **Cuidados ao toxicodependente**, 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 318p. ISBN 972-8449-15-1

📖 MINUCHIN, S., MINUCHIN, P. & COLAPINTO, J. (1998). **Working with the families of the poor.** New York: The Guilford Press.

📖 MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - **Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Plano Estratégico 2007 – 2009.** Lisboa. 2007

📖 MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – 2011** Disponível em: **<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>**

📖 OLIVEIRA, Maria Helena (2009) - Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica, **Revista Nursing.** Lisboa, ISSN0871-6196.243p. 18-23

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS, International Council Of Nurses (2005) – **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem versão 1.0** Genebra: ICN, 2005, 210 p.

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009c) – **O acesso à informação de saúde das pessoas, pelos enfermeiros.** Parecer Conselho Jurisdicional 105/2009

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009d) – **Código Deontológico** (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Disponível em: **<http://www.ordemdosenfermeiros.pt>**

📖 PAPALIA, D.E. et al (2009) “ **O Mundo da Criança – Da infância à adolescência**”, São Paulo, McGraw-Hill, 11 ed.

📖 PORTUGAL: ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2009) - **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008.** Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-96263-0-0

-  PORTUGAL: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE et al (2010) – Protocolo entre a Direcção Geral da Saúde e a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
-  REGULAMENTO nº 122/2011. **D.R.II Série-E.** 35 (2011-02-18), p. 8648-8653.
-  ROLIM, Luísa; CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – Perdas e Luto durante a gravidez e puerpério. CANAVARRO, Cristina – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5. p. 255-96.
-  SHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. (1994) - Transitions: a Central Concept in nursing, in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice** (2010) p. 38-52, ISBN 978-0-8261-0535-6.
-  SOARES, N. F. (1997b) - Direitos da Criança: Utopia ou realidade. **Revista do instituto de Reinserção social- Infância e Juventude**. Out./Dez. (4)
-  TOMEY, ANN MARRINER (2004) – Os elementos da enfermagem: um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Marta Raile – **Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**, 5ª ed. Loures Lusociência, 2004. p. 405-420. ISBN 972-8383-74-6
-  UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) (2003) - A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. **Innocenti Report**, nº 5 (Setembro2003).
-  UNITED NATIONS (UN) (2006) – PINHEIRO, P. - **World Report on Violence Against Children**. 2006
-  WOISKI, R; ROCHA, D. (2010) – Cuidado de Enfermagem à Criança Vítima de Violência Sexual Atendida em Unidade de Emergência Hospitalar. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. Vol. 14, nº1 (Janeiro/Março 2010). P. 143.150.



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A Continuidade de Cuidados à Criança, ao Jovem e Família de Risco - Contributos do Enfermeiro Especialista

Cláudia Celina Costa Martins

Docente Orientadora: Prof.ª Maria Lourdes Oliveira

2012

SUMÁRIO

ANEXOS

ANEXO I - Casuística do NACJR de Benfica dos anos 2008 e parte de 2009

ANEXO II - Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vitima de Maus-Tratos

ANEXO III - Folha de Referenciação de Enfermagem para Situações de RISCO em Saúde Infantil da Urgência de Pediatria do HSM

ANEXO IV - Casuística Oficial do NHACJR do Hospital de Santa Maria

ANEXO VI - Carta de alta/Transferência de enfermagem da UPA

ANEXO VII - “Norma de actuação na articulação de cuidados e preparação da alta da criança e familia internadas na pediatria – Piso 6”

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma

APÊNDICE II - Enquadramento Legal

APÊNDICE III - Objectivos Específicos e Actividades dos diferentes contextos de estágio

APÊNDICE IV - Guião de Entrevista

APENDICE V - Caracterização dos Locais de Estágio

APENDICE VI - Fluxogramas de Actuação

APENDICE VII - Articulação do NACJR do Lumiar

APENDICE VIII - Reflexão na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

APENDICE IX - Reflexão da articulação de cuidados entre a CPCJ e o NACJR do Lumiar

APENDICE X - Unidades Móveis de Saúde

APENDICE XI - Reflexão na Urgência de Pediatria do HSM

APENDICE XII - Análise das Entrevistas efectuadas a um grupo de 17 enfermeiros da Urgência do HSM

APENDICE XIII - Reflexão na Unidade de Cuidados Intermédios da MAC

APENDICE XIV - Acção de Formação na MAC

APENDICE XV - Manual “OS MAUS TRATOS INFANTIS”

APENDICE XVI - Divulgação da Sessão

APÊNDICE XVII - Reflexão de um dia com a equipa de apoio domiciliário

APENDICE XVIII - Plano de Cuidados à criança, jovem e família internada e em risco

APENDICE XIX - Programa de Formação - "Cuidar no Risco"

ANEXOS

ANEXO I

Casuística do NACJR de Benfica dos anos 2008
e parte de 2009

ARS LVT
Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
 Casuística dos NACJR e NHACJR

NACJR do Centro de Saúde de Benfica

Número de Casos	Ano de 2008			Ano de 2009 (até 30 Junho)		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Casos Sinalizados - Total	5+9 ^a = 14	7+3 ^a =10	12+12 ^a =24	5+87 ^a = 92	7+82 ^a = 89	12+169 ^a =181
Em Acompanhamento	4+4 ^a =8	4+2 ^a =6	8+6 ^a =14	2+83 ^a = 85	4+72 ^a = 76	6+155 ^a =161
Arquivados	1 ^a		1 ^a	1 ^a	1+1 ^a =2	1+2 ^a =3
Encaminhados <i>se possível, discriminar:</i>						
Para parceiros 1º Nível	2 ^a	3+3 ^a =6	3+5 ^a =8	1+2 ^a =3	1+4 ^a =5	2+6 ^a =8
Para CPCJ	1+6 ^a = 7	1 ^a	5+3 ^a =8	1+4 ^a = 5	1+10 ^a = 11	2+14 ^a = 16
Para Tribunal				3+1 ^a = 4	2+1 ^a = 3	5+2 ^a =7

Se possível mencionar:

Tipo de Mau Trato ¹	Ano de 2008			Ano de 2009		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Negligência (inclui abandono)	1	2 ^a	1+2 ^a =3	8	6+3 ^a =9	14+3 ^a =17
Mau trato físico	4	3	7		1	1
Abuso sexual					1 ^a	1 ^a =1
Mau trato psicológico (abuso emocional)	5 ^a	1 ^a	6 ^a =6	3 ^a	1 ^a	4 ^a =4

a) Casos com processos nas entidades 1º nível (SCML), 2º nível (CPCJ), ou 3º nível (Tribunais) que solicitam ao C.S. pareceres e/ou acompanhamento.

¹ Nas situações em que sejam identificados diferentes tipos de mau trato, mencionar apenas o considerado mais grave.

Número de casos	Ano de 2008			Ano de 2009 (até 30 de Junho)		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Casos sinalizados - total	5 + 9 ^a =14	7 + 3 ^a =10	12 + 12 ^a =24	5 + 87 ^a =89	7 + 82 ^a =89	12 + 169 ^a =181
Em acompanhamento	4 + 4 ^a =8	4 + 2 ^a =6	8 + 6 ^a =14	2 + 23 ^a =85	4 + 72 ^a =76	6 + 155 ^a =161
Arquivados	1 ^a		1 ^a	1 ^a	1 + 1 ^a =2	1 + 2 ^a =3
Encaminhados <u>Se possível</u> discriminar						
Para parceiros 1º nível	2 ^a	3 + 3 ^a =6	3 + 5 ^a =8	1 + 2 ^a =3	1 + 4 ^a =5	2 + 6 ^a =8
Para CPCJ	1 + 6 ^a =7	1 ^a	5 + 3 ^a =8	1 + 4 ^a =5	1 + 10 ^a =11	2 + 14 ^a =16
Para tribunal				3 + 1 ^a =4	2 + 1 ^a =3	5 + 2 ^a =7

Casos com processos nas entidades de 1º nível (SCML), 2º nível (CPCJ), ou 3º nível (Tribunais) que solicitam ao C.S. pareceres e/ou acompanhamento

Tipo de Mau trato ¹	Ano de 2008			Ano de 2009 (até 30 de Junho)		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Negligência (inclui abandono	1	2 ^a	1+2 ^a =3	8	6 + 3 ^a =9	14 + 3 ^a =17
Mau Trato Físico	4	3	7		1	1
Abuso Sexual					1 ^a	1 ^a =1
Mau Trato Psicológico (abuso emocional)	5 ^a	1 ^a	6 ^a =6	3 ^a	1 ^a	4 ^a =4

^a – Casos com processos nas entidades de 1º nível (SCML), 2º nível (CPCJ), ou 3º nível (Tribunais) que solicitam ao C.S. pareceres e/ou acompanhamento

Nas situações em que sejam identificados diferentes tipos de mau trato mencionar apenas o considerado mais grave

ANEXO II

Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vitima de Maus-Tratos

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Elaboração:	Enfº João Mendonça (aluno do 3º Curso Pós-Licenciatura em Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa) Orientadores: Enfª Sílvia Ramos e Enfª Lurdes Mixão
Revisão:	Enfermeiro Chefe Director de Serviço
Aprovação:	Conselho de Administração

1 – Objectivos

- Identificar os procedimentos relacionados com o apoio a dar à criança/jovem vítima de maus-tratos.
- Proporcionar assistência célere e humanizada à criança/jovem vítima de maus-tratos.

2 – Campo de aplicação

Serviço de Urgência Pediátrica

3 – Definições

-Criança/jovem: Pessoa com menos de 18 anos

-Maus-tratos à criança: Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças e jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. (Magalhães, 2005)

4 – Siglas

CPCJ – Comissão Protecção Criança e Jovens
NAFC – Núcleo de Apoio à Família e à Criança

5 – Referências

- Direcção-Geral da Saúde (2007). *Maus tratos em crianças e Jovens – Intervenção da saúde*. Lisboa: DGS
- Magalhães, Teresa (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens* (4ª edição). Lisboa: Quarteto.
- Portugal. Assembleia da República. Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. DR – I Série-A, Lei nº 147/99 de 1 de Setembro.

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

ÍNDICE DO PROCEDIMENTO:

I – Orientações Gerais

II – Tipologia dos maus-tratos

III – Seguimento do processo

Anexo 1 – Contactos

Anexo 2 – Lei de protecção de crianças e jovens em perigo

Anexo 3 – Documento de participação de caso ao Núcleo de Apoio à Família e à Criança (NAFC)

I – Orientações Gerais

Os Maus-tratos a crianças constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática e insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte.

As instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Assim, têm a responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização do mesmo.

Todos os profissionais de saúde, no âmbito das suas competências, podem ser confrontados com situações de maus-tratos em crianças e jovens às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada. Fundada no quadro ético e deontológico estabelecido, a actuação técnica nos diferentes níveis de acção deve pautar-se por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade, orientada segundo princípios de intervenção explícitas na própria Lei de protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Anexo 2 - art. 4º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro).

Para poder haver intervenção, a lei exige, excepto em situações de urgência (Anexo II – art. 91º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro), que seja prestado o **consentimento livre e esclarecido** por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informado desse direito.

É igualmente reconhecido o **direito da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos**, a não autorizar a intervenção das entidades com competência de infância e juventude.

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Para diagnóstico de maus-tratos de maus-tratos é essencial uma correcta colheita de dados anamnésicos. É fundamental um elevado índice de suspeita perante sinais e sintomas, que quando conjugados, deverão conduzir a um inquérito sobre a situação social, física e psicológica da criança. Durante a **entrevista** o profissional de saúde deve:

No relacionamento com as famílias/cuidadores:

- Assegurar um tratamento digno a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos;
- Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade;
- Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar os seus membros;
- Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências;
- Intervir com as famílias (não para elas) e responsabilizar.

Na condução da entrevista:

- Escutar o testemunho da criança ou do jovem;
- Entender os pontos essenciais da situação;
- Não omitir juízos de valor nem reagir intempestivamente;
- Transmitir confiança, orientar e proteger;
- Denunciar o(s) perpetrador(es), do mau trato, se for caso disso;
- Utilizar linguagem simples;
- Mostra-se disponível para a criança/jovem;
- Se não se sentir apto ou com estas condições, deve pedir sempre ajuda a um colega com mais experiência e maior disponibilidade no momento.

O que pode/deve dizer-se à criança ou jovem na altura do depoimento:

- Que se dá credibilidade ao seu testemunho;
- Que não é culpada da situação;
- Que é muito importante ter falado;
- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros;
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas;
- Que pode fazer perguntas;
- Que não vai ser enganada nem manipulada nem serão quebradas promessas feitas;
- Que tem tempo;
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos (respeitar silêncios)

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

A **observação** é outra etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus-tratos. É importante estar atento à expressão comportamental da criança mas também às interações que estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir uma avaliação:

- do estado físico da criança (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.);
- do crescimento e desenvolvimento;
- do estado emocional da criança;
- do estado emocional dos pais (relação pais/filho).

Perante uma criança com o diagnóstico de maus-tratos o enfermeiro que recebe a criança/jovem deverá orientá-la para um dos médicos mais graduado da equipa de urgência, embora a observação por qualquer médico tenha valor legal. O caso deverá ser comunicado aos chefes da equipa médica e de enfermagem. No caso de maus-tratos físicos, o registo fotográfico deverá ser ponderado, para preservação de provas.

Contactar perito de **Medicina Legal** em caso de:

- situação clinicamente muito grave, situação que deverá ser contactada também a Polícia Judiciária;
- quando há queixa já efectuada a agente de autoridade;
- quando se inicia simultaneamente um processo-crime.

Contactar **Pedopsiquiatra** em caso de:

- grande ansiedade;
- angústia;
- agressividade;
- situação de conflito familiar.

Após completado o exame objectivo e avaliação global da criança, o médico deve preencher o documento de participação (com caligrafia legível e identificação da criança, acompanhantes e profissionais que notificaram o caso) ao NAFC (Anexo 3), a enviar de imediato ao Serviço Social (das 9 às 16 h) em **envelope fechado e protocolado** ou entregue à chefe de enfermagem, para envio protocolado, na manhã seguinte, ao NAFC (Assistente Social).

As situações referenciadas ao NAFC são, regra geral, consideradas de risco por todos os médicos e enfermeiros envolvidos no processo. Contudo, em caso de não concordância na interpretação da situação, qualquer profissional de saúde pode proceder à referência ao Núcleo.

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

II – Tipologia dos maus-tratos

2.1 - Negligência

Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na competência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis cumprirem esse desiderato.

A negligência surge muitas vezes associada a circunstâncias sociais adversas, podendo estar presentes alguns dos seguintes aspectos do contexto familiar:

- pais negligenciados;
- desemprego ou precariedade profissional;
- ausência de projectos de vida definidos para os próprios e para os filhos;
- condições precárias e pouco seguras de habitação;
- relutância em aceitar ajuda
- depressão, isolamento social, ausência de rede familiar e social de apoio.

Os padrões de negligência podem ser avaliados através de exame físico, mas também através da expressão do comportamento da criança (acidentes múltiplos são frequentes em casos de negligência, reflectindo a falta de cuidado com a segurança da criança). A observação das interacções com os acompanhantes pode dar algumas informações sobre o registo em que a família funciona.

Os sinais e sintomas não estabelecem, por si sós, diagnósticos. Contudo, podem constituir indícios de situações de negligência, em particular quando coexistem vários aspectos:

Sinais:

- Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar):
 - sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos
 - eritema perineal prolongado ou recorrente;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada,
- Intoxicações acidentais repetidas;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados);
- Hematomas ou outras lesões inexplicáveis e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

-Atraso e/ou incumprimento do programa de saúde infantil e juvenil e/ou do programa de vacinação;

-Sinais físicos de negligência prolongada (quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal):

- progressão ponderal deficiente;
- cabelo fino;
- abdómen proeminente;
- arrefecimento persistente;
- mãos e pés avermelhados;
- atraso no desenvolvimento sexual.

Sintomas:

-Atraso no desenvolvimento e nas aquisições sociais:

- linguagem;
- motricidade;
- socialização;

-Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agressividade;

-Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (por exemplo, roubar alimentos ou comer obsessivamente);

-Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação.

2.2 – Maus-tratos físicos

O 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 provocar) dano físico.

Nas situações de maus-tratos físicos o perigo está directamente associado com a idade da criança. Uma pequena equimose num lactente pode ser um factor de risco para abusos posteriores que podem ser graves ou mesmo fatais. Ainda que, regra geral, os pais não pretendem causar lesões graves, a situação deve ser avaliada tendo a vulnerabilidade da criança (a maioria das crianças maltratadas tem entre 0 e 4 anos; 70% das lesões da cabeça graves ou fatais ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano, como por exemplo, a síndrome da criança abanada)

A maioria das situações de maus-tratos ocorre quando os pais perdem o controlo, mas outras correspondem a comportamentos sádicos e premeditados (ex. queimaduras com ponta de cigarro).

É importante ter em atenção que a negação do abuso físico pode, também, constituir um mecanismo de defesa psicológico para reduzir o sentimento de culpa do agressor(a) perante o diagnóstico.

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Indicadores de maus-tratos físicos:

- História incongruente, inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes;
- Demora na procura de cuidados médicos (especialmente internamentos e acidentes);
- Negação dos sintomas (ou dor) por parte dos adultos;
- Criança com lesões repetidas, registo de múltiplos internamentos e acidentes;
- Faltas frequentes à escola (para dar tempo a que as lesões cicatrizem);
- Família em situação de crise.

Sinais:

- Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;
- Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano de idade;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (equimoses ou outros ferimentos na face, a nível palpebral, orelhas, boca e região cervical ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão accidental,
- Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão accidental; repetido
- Lesões desenhando marcas de objectos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua);
- Queimaduras múltiplas e/ou simulando acto voluntário, actuais ou cicatrizadas (por exemplo, queimadura de cigarro na palma da mão, na planta do pé, genitais e nádegas ou padrão “luva e meia” correspondente a imersão forçada) e com fácil identificação do objecto causador (por exemplo, ferro de engomar);
- Alopécia traumática;
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais), mas que devem ser pesquisadas se existem suspeita de maus-tratos.

2.3 – Maus-tratos psicológicos

O mau trato psicológico resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras actividades da criança ou do jovem.

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Qualquer tipo de maus-tratos inclui, também, maus-tratos psicológicos

Pode-se considerar maus-tratos psicológicos:

- Abandono temporário;
- Insultos verbais;
- Abandono afectivo,
- Ausência de afecto;
- Ridicularização e desvalorização;
- Hostilização e ameaças;
- Indiferença;
- Discriminação e rejeição;
- Culpabilização;
- Humilhação;
- Envolvimento em situações de violência doméstica.

Sinais:

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário):

-Perturbações funcionais:

- apetite (anorexia, bulimia);
- sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- controle dos esfíncteres (enurese, encompres);
- choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- interrupção da menstruação na adolescência amenorreia secundária.

-Perturbações cognitivas e relacionais:

- atraso no desenvolvimento da linguagem;
- perturbações da memória para as experiências do abuso;
- baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- alterações da memória, concentração e atenção;
- dificuldades de aprendizagem;
- sentimentos de vergonha e culpa;
- medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil ou excessivamente adulto);
- dificuldades em lidar com situações de conflito;
- excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais (isolamento, afastamento dos amigos e familiares, hostilidade, falta de confiança nos adultos, agressividade, manifestações de raiva contra pessoas específicas);

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

-relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta ante estímulos sociais.

-Perturbações do comportamento:

- desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- falta de curiosidade (ausência de comportamento exploratório);
- défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
- comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos (com agressões físicas a outras crianças ou adultos, incluindo o abusador e a família);
- comportamentos obsessivos;
- comportamentos bizarros (por exemplo, colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto para protecção contra supostas agressões);
- acidentes muito frequentes;
- problemas escolares, nomeadamente, mau rendimento académico, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições, etc.;
- comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição);
- tristeza e perturbações do sono;
- mudanças súbitas de comportamento e humor.

2.4 – Abuso sexual

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu 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.

Para a avaliação das situações de abuso sexual é essencial a recolha de informação junto dos acompanhantes e, num outro momento, junto da criança. É desejável que a entrevista decorra em ambiente calmo, empático e seguro. A linguagem deve ser adequada à idade e desenvolvimento da criança. É essencial conhecer as etapas do desenvolvimento infantil e saber avaliar a capacidade verbal e de comunicação da criança (note-se que esta competência poderá ser afectada pela situação de mau trato).

É fundamental conhecer as barreiras impostas à criança (o segredo, a sensação do errado, as ameaças causadoras de sintomatologia psicológica e psicossomática). É, por isso, muito importante estar atento à linguagem gestual da criança e saber lidar com o medo e o embaraço; não recriminar e não fazer interpretações imediatas. Frequentemente a criança retrai-se e não se mostra disponível para falar sobre o abuso; a

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

situação poderá ser ainda mais complicada se o abuso surge contexto afectivo relevante para a criança ou quando o contacto sexual lhe dá efectivamente prazer.

É importante que o profissional de saúde saiba que não na primeira entrevista que a criança começa o processo psicoterapêutico necessário, para tal, deverá ser encaminhada para um técnico da especialidade.

Deve saber o nome saber o nome que a criança dá às diversas partes do corpo e usar essa informação na condução da entrevista. As crianças têm pouca noção do tempo, por isso pode-lhes ser difícil definir temporalmente as situações.

Sinais:

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção) – as lesões genitais têm uma cicatrização muito rápida e completa;
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- A presença de verrugas ou condilomas perineais e anais deve conduzir a uma investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão de abuso
 - sexo feminino: vulva (principalmente rafe posterior)
 - sexo masculino: pele e sulco balano-prepucial, glande (podem coexistir balanite e parafimose)
- Equimose e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de esperma no corpo ou roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Gravidez.

Sintomas gerais:

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;
- Obstipação e encopresis;
- Enurese secundária.

Sintomas nas crianças:

- Condutas sexualizadas:
 - interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (uso de linguagem desapropriada para a idade),
 - masturbação compulsiva,
 - desenhos ou brincadeiras sexuais específicas;
- Perturbações funcionais:
 - apetite: anorexia, bulimia,
 - terrores nocturnos,
 - regulação dos esfíncteres: enurese e/ou encomprese,
 - dores abdominais recorrentes e inexplicáveis;
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldades no relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos agressivos.

Sintomas nos jovens:

- Comportamentos aparentemente bizarros:
 - dormir vestido com roupa do dia,
 - urinar de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as/os toque,
 - destruir e ocultar características pessoais que possam ser atractivas,
 - recusa em tomar banho ou despir nos vestiários,
 - recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual:

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

-comportamentos eróticos desadequados (por exemplo, masturbação em frente aos outros, interações sexuais com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos),

-repulsa em relação à sexualidade;

-Outras perturbações:

-depressão

-auto-mutilação

-comportamento ou ideação suicida

-fuga;

III – Seguimento do processo

3.1 – Se a criança ou jovem apresenta lesões físicas cuja gravidade justifique vigilância e/ou tratamento hospitalar, deverá ser internada

Nesta situação, colhido o consentimento para o internamento por parte de quem tem de o prestar (pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança/jovem), os procedimentos clínicos seguem os trâmites protocolados e ajustados à situação em presença.

Tendo em conta os factos que motivam o internamento e a necessidade de desencadear o processo de promoção/protecção, deverá ser contactado o serviço social (de preferência o/a assistente social afecta ao NAFC) que, por sua vez, comunicará com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) competente.

Quando se está em presença de uma situação de **emergência clínica**, havendo perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança/jovem, e exista oposição por parte de quem exerce o poder paternal, deve ser accionado, de imediato, um **procedimento de urgência** (art. 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo - Anexo 2).

3.2 – Se a criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, há que proceder à avaliação do perigo

Neste caso, podem ocorrer três situações:

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

- 1- A criança ou jovem não se encontra em perigo, pois o prestador de cuidados garante um ambiente seguro e, nesta situação, pode ter alta. O NAFC assumirá a condução do processo.
- 2- A criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, mas há perigo iminente ou actual para a sua vida ou integridade física e existe oposição por parte dos detentores do poder paternal; neste caso, o responsável da urgência presente acciona um **procedimento de urgência** (Ver art. 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo - Anexo 2) ou toma as medidas entendidas como adequadas, promovendo o acolhimento em Centro de Acolhimento Temporário¹, ou, por exemplo, mantendo a criança ou jovem em situação de internamento, de forma a garantir a sua protecção e solicitando, de imediato, a intervenção do Tribunal de Família e Menores ou da Comarca (via fax) e das autoridades policiais, que darão conhecimento ao Ministério Público.

Em casos extremos, pode ser necessário solicitar a presença de uma autoridade policial para protecção da própria criança e/ou dos profissionais de saúde.

- 3- Pode acontecer ainda que, apesar de haver perigo, os pais colaborem e não se oponham à intervenção do Hospital, pelo que deve o mesmo e durante o horário do funcionamento do Serviço Social, contactar, de preferência, o/a Assistente Social afecta ao NAFC, que contactará a CPCJ.

Após a sinalização, a CPCJ contacta os pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem, com vista a obter o necessário consentimento para intervir; caso tal suceda, aquela entidade, ficando legitimada para o fazer, deverá articular-se com o Hospital de forma a garantir a afectiva protecção da criança.

No caso da CPCJ não obter o consentimento por parte de quem o deva prestar, ou de não concordarem com a medida deliberada pela Comissão, esta remete a situação ao Tribunal de Família e Menores (ou Tribunal de Comarca), solicitando a sua intervenção.

¹ Para o acolhimento temporário, os contactos telefónicos da Linha de Emergência que dá resposta para a Cidade de Lisboa são os seguintes: Telef. 218424330/217827250. Tratando-se do acolhimento de crianças até 8 anos de idade, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tem também uma linha de emergência que pode ser accionada: Telef. 2132350077.

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Anexo 1

Contactos:

Instituto de Medicina Legal	218852386 218850140
Tribunal de Menores	213870039
Polícia Judiciária	213466141 213535380
Núcleo de Apoio à Família e à Criança: -Dr.ª Miroslava (Cirurgia Pediátrica) – (a) -Dr.ª Laurinda (Assistente Social) – (b) -Dr.ª Teresa (Pedopsiquiatria) -Dr.ª Sandra (Psicóloga) -Enfª Isabel (Especialista Saúde Infantil e Pediatria)	(a) – ext. 99477 (b) – ext. 99279

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Anexo 2

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

Hospital de Santa Maria/Serviço de Urgência Pediátrica	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Anexo 3

Documento de participação de caso ao Núcleo de Apoio à Família e à Criança

ANEXO III

Folha de Referenciação de Enfermagem para Situações de RISCO em Saúde Infantil da Urgência de Pediatria do HSM



Urgência Pediátrica – Hospital de Santa Maria

Folha de Referenciação de Enfermagem para Situações de RISCO em Saúde Infantil

Data: _____

Vinheta

Nacionalidade: _____

Filiação: _____ e

Idade da mãe: _____

Idade do pai: _____

Profissão da mãe: _____ Profissão do pai: _____

Responsável pela criança (registar grau de parentesco): _____

_____ Contacto: _____

Morada _____

Médico de família _____

Consulta marcada (Especialidade/dia)

Dados anteriores relevantes da criança:

Dados anteriores relevantes da família:

Local que frequenta durante o dia:

- ☐ Ama
- ☐ Creche _____
- ☐ Escola _____
- ☐ Domicílio, ficando com _____
- ☐ Outro, ficando com _____

Motivo porque recorre ao SUP: _____

Quem acompanha a criança ao SUP: _____

Motivo da referenciação:

- ☐ Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e o meio familiar*):
 - sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos
 - eritema perineal prolongado ou recorrente
- ☐ Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília)
- ☐ Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas
- ☐ Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada
Intoxicações acidentais repetidas
- ☐ Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados)
- ☐ Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas

- ☐ Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou no do Programa de Vacinação
- ☐ Sinais físicos de negligência prolongada (*quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal*):
 - Progressão ponderal deficiente
 - Cabelo fino
 - Abdómen proeminente
 - Mãos e pés avermelhados
 - Facies triste
 - Atraso no desenvolvimento sexual
- ☐ Comportamento inadequado da criança face á presença do acompanhante ou do acompanhante face á criança _____

- ☐ Perturbações funcionais _____

- ☐ Perturbações do comportamento _____

- ☐ Perturbações cognitivas e relacionais _____

- ☐ Outros _____

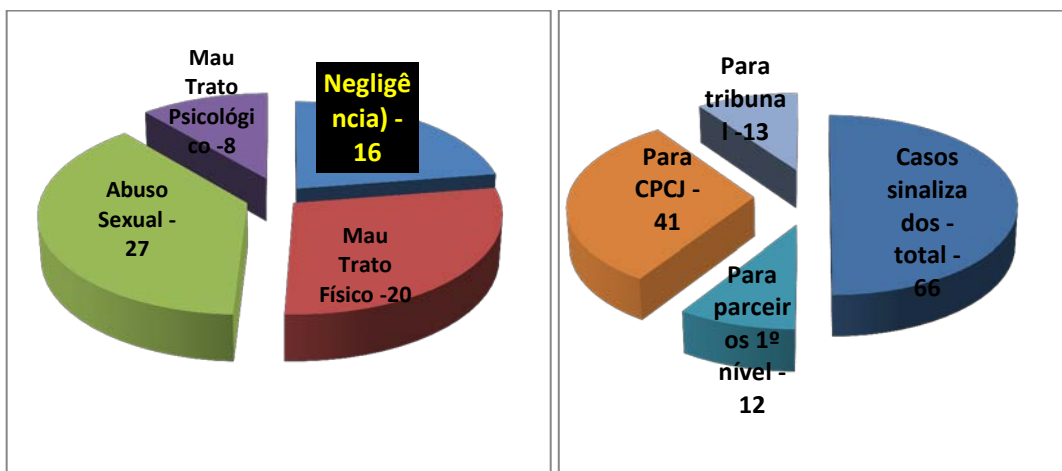
Enfermeiro(a)

ANEXO IV

Casuística Oficial do NHACJR do Hospital de Santa Maria

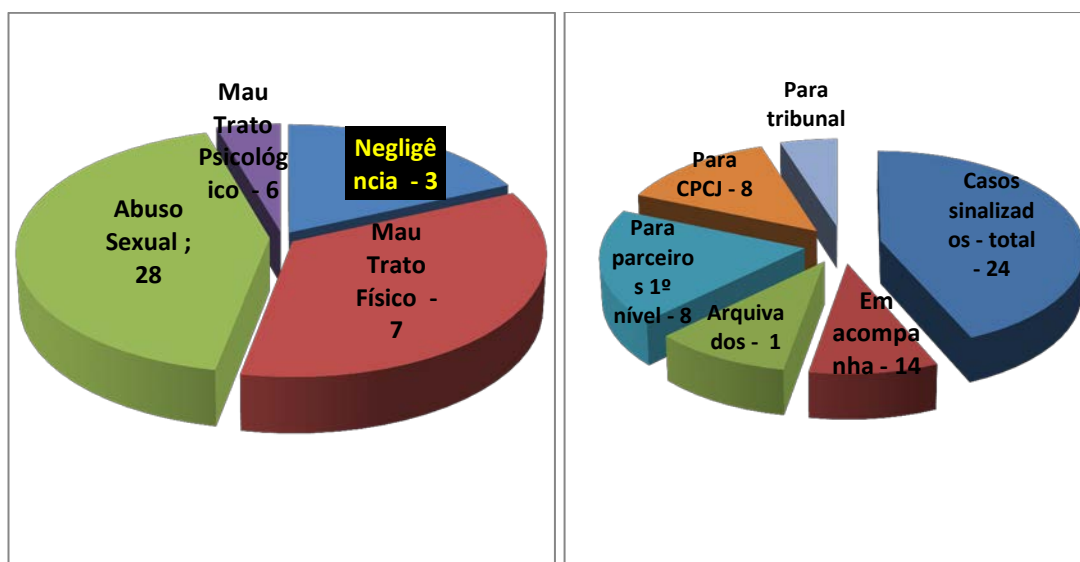
Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do
Hospital de Santa Maria

ANO 2008



N=71

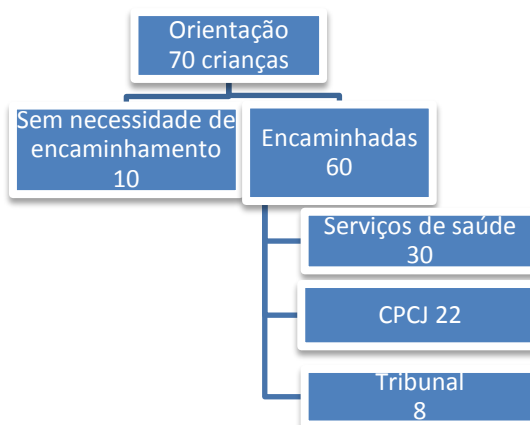
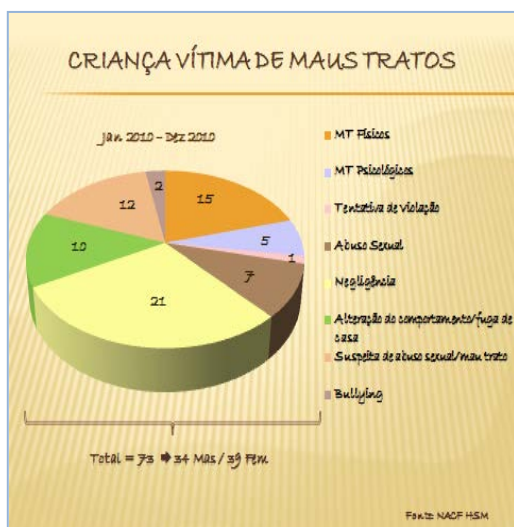
ANO 2009



N= 44

ANO 2010

A negligência e causa de referência ao núcleo em 21 dos casos



N=73

Ao analisar a casuística oficial do NHACJR do Hospital de Santa Maria dos últimos três anos (ver anexo IV) considerei relevante o seguinte aspecto: no ano de 2008 foram referenciados ao NHACJR 71 situações de maus tratos (maus tratos físicos 20; maus tratos psicológicos 8; abuso sexual 27; **negligência 16**). No ano de 2009 das 44 situações reportadas de maus tratos, a **negligência** é causa em 12 casos, sendo as restantes situações referentes a maus tratos físicos (7), maus tratos psicológicos (6) e abuso sexual (28). Em 2010 dos 73 casos de maus tratos a **negligência** é causa de referência ao NHACJR em 21 dos casos.

Este aspecto parece-me ser de alguma importância, sem poder obviamente fazer uma grande extrapolação dos resultados dos dados, atrevo-me a dizer que isto poderá significar um maior nível de conhecimento das equipas e um maior conhecimento sobre a temática dos maus tratos. O reconhecimento dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, em contexto de urgência ou internamento de sinais de negligência, requer habilidade, sensibilidade e interesse por esta área dos maus tratos infantis, como se encontra referido no Documento técnico da DGS (2008), Enquanto a negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos Centros de Saúde, os maus-tratos físicos são principalmente detectados nas urgências hospitalares” (PORTUGAL, 2008, p. 15). Estes dados podem ser importantes para reflectir sobre o nível de preparação das equipas de saúde, em cada contexto, para lidarem com as situações referenciadas com maior frequência.

ANEXO V

Folha de referência ao NHACJR da MAC



Ficha de Sinalização de situação de utente / criança
MAC ↔ ACES

Nome da utente: _____

D.N: _____

Parto: _____ Criança do Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Morada: _____

Telefone: _____ / _____ / _____

Médico de Família: _____

Profissão: _____

Motivo de
Sinalização: _____

Indicadores Sociais de Risco:

- | | |
|---|--------------------------|
| - Gravidez Adolescente ----- | ☐ |
| - Patologia aditiva ----- | ☐ |
| - GNV----- | ☐ |
| - Migrantes (em situação fragilidade sócio económica) ----- | ☐ |
| - Seropositividade----- | ☐ |
| - Carência sócio-económica----- | ☐ |
| - Prematuridade aliada a contexto social desfavorável----- | ☐ |
| - Perturbação da saúde mental----- | ☐ |
| - Fragilidade estrutural e disfuncionalidade familiar: ----- | ☐ |
| Violência Doméstica ----- | ☐ |
| Fratria de origem diversa----- | ☐ |
| Mudanças frequentes de residência----- | ☐ |
| Episódios de crise: morte; detenção; separações; divórcios; desemprego----- | ☐ |
| Outras crianças do meio familiar institucionalizadas----- | ☐ |

Observações: _____

Assistente Social: _____

ANEXO VI

Carta de alta/Transferência de enfermagem Da UPA



CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

De: U Pediatria Piso-6 Unid Pluridisciplinar Assistencial; D.Metabólicas; Hematologia; Neurologia

Para:

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Prefere ser chamado: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa) Etnia: _____

Reside com: _____

Morada: _____

Centro de Saúde/Extensão/USF: _____ Nº Processo _____

Médico de Família: _____ Enfermeiro: _____

2 – ANTECEDENTES PESSOAIS

Gravidez Vigida: Sim ☐ Não ☐ Intercorrências: _____ Local: _____

Internamentos anteriores: _____

Problemas de saúde conhecidos: _____

Medicação habitual: _____

PNV actualizado: Sim ☐ Não ☐

Alergias: _____

3 – RESUMO DO INTERNAMENTO

Data da admissão: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa) Data da Alta: ____ / ____ / ____

(dd/mm/aaaa) Destino: _____

Internamento através da: Urgência ☐ UCIPed ☐ Consulta ☐ Hospital Dia ☐

Motivo do Internamento/Alterações à entrada: _____

Diagnóstico: _____

À saída encontra-se: _____

4 – CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Pai: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Mãe: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Família: Monoparental ☐ Convencional ☐ Outra ☐

Nº de irmãos: _____ Idades: _____ Ocupação: _____

Acompanhamento no internamento por _____

Participação nos cuidados: Sim ☐ Não ☐

Reacções dos pais perante o internamento/situação de doença: _____

5 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (OBSERVAÇÃO NA ALTA/CUIDADOS NECESSÁRIOS)

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Manutenção de ambiente seguro	Desenvolvimento psico-motor adequado a idade: Sim ☐ Não ☐ Especifique _____ Estado de consciência: Consciente ☐ Confuso/Agitação psicomotora ☐ Pessoa de referência/significativa: _____ PNV actualizado no internamento: Sim ☐ Não ☐ A actualizar _____
Comunicação	Linguagem adequada a idade: Sim ☐ Não ☐ Alterações _____ Disártrico ☐ Afásico ☐ Outras alterações ☐ Conhecimento da criança em relação a situação de doença/internamento: _____
Respiração	☐ Sem alterações ☐ Com alterações ☐ Oxigenoterapia Débito _____ Interface _____ ☐ Inaloterapia ☐ Aspiração de secreções / Nº da sonda aspiração _____ ☐ Cinesioterapia ☐ Ventilação Não Invasiva

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Alimentação/Hidratação	☐ Independente ☐ Necessita de ajuda Dieta prescrita _____ Biberões/ colher _____ Suplementos _____ Sonda nasogástrica: Nº _____ Colocada a: _____ Trocar a: _____ Gastrostomia/PEG: Sim ☐ Não ☐ Colocada a: _____ Obs.: _____ Peso _____ Kg Percentil _____ Comprimento _____ Cm Percentil _____
Eliminação	☐ Independente ☐ Necessita de auxílio Controle esfíncteres: Vesical: Sim ☐ Não ☐ Algália: Tipo de algália _____ Nº _____ Colocada a: _____ Mudar a: _____ Intestinal: Sim ☐ Não ☐ (fralda) Outras alterações: _____
Higiene pessoal/Vestir-se/Estado geral	☐ Independente ☐ Necessita de auxílio ☐ Hidratado Coloração pele e mucosas: Coradas ☐ Descoradas ☐ Integridade cutânea: Sim ☐ Não ☐ Lesões ☐ Úlceras ☐ Cicatriz Operatória ☐ Penso _____ Material aplicado _____ em _____ (apósitos...) Equimoses/hematomas: Sim ☐ Não ☐ Local _____ CVC Longa Duração _____ Colocado em _____ Penso _____ Outras alterações: _____
Locomoção e mobilidade	☐ Independente ☐ Necessita de auxílio Meios auxiliares de marcha _____ ☐ Fisioterapia

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Sono e Repouso	Sem alterações ☐ Acorda facilmente ☐ Agitado ☐ ☐ Usa chupeta para adormecer ☐ Outros hábitos/objectos de consolo _____
Comportamento Social durante o internamento	Calmo ☐ Agitado ☐ Facilmente consolável ☐ Interação com outras crianças internadas: Sim ☐ Não ☐ Interesse/participação nas actividades com educadora de infância: ☐ Participou ☐ Necessitou ser estimulado.... Interesse nas actividades com professora primária ☐ Realizou trabalhos, preocupado com actividades escolares ☐ Não preocupado, não concentrado Adaptação a situação de internamento/doença: Sim ☐ Não ☐ Alterações /Reacções _____

6 – TERAPÊUTICA NO MOMENTO DA ALTA

Medicamento	Dose	Via de administração	Posologia	Última administração

7 – ENSINOS/ORIENTAÇÕES PARA A ALTA AOS PAIS/SUBSTITUTOS

Áreas	Observações/Avaliação

8 – ENCAMINHAMENTOS/NECESSIDADE DE APOIOS ESPECIAIS

Social ☐ Psicológico ☐ Educacionais ☐ Fisioterapia ☐ Dietista ☐
☐ Cuidados continuados ☐ Cuidados Paliativos ☐ Outros _____

9 – EXAMES/CONSULTAS MARCADAS

Consulta/exame	Data	Hora

Em caso de necessidade ou dúvidas, contactar a nossa unidade pelo telefone 217805352,

Cumprimentos, Enfermeiro(a) _____ Data: _____

ANEXO VII

**“Norma de actuação na articulação de cuidados e
preparação da alta da criança e família internadas na
pediatria – Piso 6”**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



***NORMA DE ACTUAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DE
CUIDADOS E PREPARAÇÃO DA ALTA DA
CRIANÇA E FAMÍLIA INTERNADADS NA
PEDIATRIA-PISO 6***

Elaboração:

Maria Eduarda Lima Gonçalves

Orientação:

Enf.^a Chefe Ana Paula Sebastião

LISBOA
Março/2010

**NORMA DE ACTUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA ARTICULAÇÃO DE
CUIDADOS E PREPARAÇÃO DA ALTA DA CRIANÇA E FAMÍLIA**

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. EPE  HOSPITAL DE SANTAMARIA  Hospital PulidoValente		
Direcção dos Serviços de Enfermagem do HSM Departamento: da CRIANÇA e da FAMÍLIA MANUAL DE SERVIÇO Pediatria Piso – 6 Capítulo: Técnicas e Procedimentos de Enfermagem	Norma nº: Título: Actuação de Enfermagem na Articulação de Cuidados e Preparação da Alta da criança e família internados na Pediatria-Piso 6	
	Elaboração: Enfª Maria Eduarda Gonçalves	
	Colaboração: Enfª Ana Paula Sebastião	
	Revisão: Data: __/__/__ Responsável: _____	Aprovado em: Data: __/__/__ Responsável: _____

DEFINIÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO:

A continuidade de cuidados pode ser definida como a sequência de intervenções integradas de saúde e de apoio social, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social.

A articulação do hospital (cuidados diferenciados) com os centros de saúde (Cuidados primários de saúde) e outras instituições na comunidade visa garantir a complementaridade e a continuidade dos cuidados de saúde a partir da identificação e avaliação das necessidades da criança e família e do estabelecimento de uma comunicação eficaz entre as instituições envolvidas.

A preparação da alta hospitalar da criança e família deverá ser iniciada o mais cedo possível, com orientações bem elaboradas e com atenção centrada na família, implica a colaboração de outros profissionais, e acompanhamento ao longo de todo o percurso.

O enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, realizar registos das observações e intervenções realizadas e de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde.

Na preparação da alta, o enfermeiro tem um papel fundamental, por estar muito próximo da criança e família e constitui o elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar. Deverá planear as acções que garantam a continuidade dos cuidados,

sempre com uma visão voltada para a promoção do auto-cuidado, do ensino aos prestadores de cuidados, da melhor adaptação a situação de doença ou agravamento e centrada na família.

A comunicação entre as equipas de cuidados é tarefa central na coordenação da prestação dos cuidados integrais à criança e família.

A transmissão da informação entre as equipas de cuidado através da carta de alta/transferência, que traduza a situação clínica, psicológica e social da criança e as necessidades individuais de cuidados, é uma estratégia fundamental para a continuidade dos cuidados.

OBJECTIVOS:

- Promover a continuidade de cuidados na alta hospitalar através de uma comunicação e articulação eficazes entre as equipas do hospital e comunidade
- Uniformizar e sistematizar a prática profissional da equipa de enfermagem na preparação da alta e articulação de cuidados entre as equipas.

Objectivos específicos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da preparação para a alta o mais precocemente possível, como uma intervenção integrante do plano de cuidados.
- Identificar as crianças com situações clínicas, sociais ou de dependência de cuidados complexos que irão necessitar de acompanhamento para a programação da alta desde o seu internamento.
- Realizar registos sistemáticos através do preenchimento da Carta de Alta/transferência.
- Conhecer e utilizar o circuito de informação e articulação entre os diversos intervenientes.

ORIENTAÇÕES PARA A ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO

ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO	JUSTIFICAÇÃO/COMENTÁRIOS
Identifica as situações que irão necessitar de referenciação para o centro de saúde ou outras instituições, desde o início do internamento, até no momento da alta	A colheita de dados e identificação das situações feita através da colheita de dados realizada na admissão e durante todo o internamento. As situações em que deverá sempre ser feita referenciação são: • Vigilância de saúde (vacinação, acompanhamento de alterações do desenvolvimento, estado-ponderal, psicomotor, adesão ao regime terapêutico, adaptação a situação nova de doença ou agudização da cronicidade, entre outras) • Situações de alterações da dinâmica familiar, da relação criança/pais, problemas psicossociais, institucionalização • Dependência de cuidados complexos: contínuos e dependentes de tecnologia: apoio e ensino nos cuidados, fornecimento de materiais, situações de agravamento da cronicidade e de cuidados paliativos)
Discute com a equipa multidisciplinar a necessidade de referenciação	O enfermeiro articula-se com os restantes profissionais da equipa de cuidados
Faz o planeamento da alta o mais precocemente possível, envolvendo a criança e família no ensino e tomada de decisões	O planeamento da alta inicia-se na admissão e faz parte do planeamento dos cuidados à criança e família
Verifica destino: domicílio, instituição de acolhimento, outro hospital, e acompanha quando necessário	O acompanhamento é feito sempre que a criança vai para outro hospital/centro de reabilitação ou para instituições, para a transmissão/entrega dos documentos com informações sobre a criança e plano de cuidados para a nova equipa de cuidados
Verifica orientações e ensinamentos realizados no momento da alta, certifica-se da sua compreensão	O plano de alta deverá ser revisto e avaliada a compreensão em grandes áreas como a promoção do auto-cuidado, alterações dos hábitos de vida, cumprimento de tratamentos, dieta, medicação, complicações/sinais de agravamento, recursos disponíveis e encaminhamentos

Verifica a necessidade de apoios e orientações de outros profissionais da equipa multidisciplinar e contacta-os antes da alta	Contacto com assistente social, fisioterapeuta, dietista, psicóloga, terapeuta da fala, professora, enfermeira da Unidade Móvel de Apoio domiciliário (UMAD) para serem dadas orientações para a alta
Verifica marcação de exames, tratamentos e consultas marcadas em regime de Hospital de Dia e/ou Consultas Externas	Os encaminhamentos e seguimento fazem parte plano da alta
Verifica a necessidade de pedido de transporte e transmite à secretária de unidade	Nas situações de dificuldades de transporte próprio para regresso a casa ou quando a situação clínica justificar
Elabora Carta de Alta/Transferência para transmissão da informação entre equipas (Anexo 1)	A carta de alta/transferência é um importante instrumento de comunicação e articulação entre equipas de cuidados e permite a continuidade dos cuidados. Inclui dados de identificação da criança, caracterização da família; antecedentes pessoais; resumo do internamento; avaliação da criança e família segundo as actividades de vida diária e cuidados necessários após a alta, bem como terapêutica a realizar; ensinamentos e avaliações; encaminhamentos; exames e consultas a realizar. O seu preenchimento deverá ser feito segundo o modelo em anexo (Anexo 2), pela enfermeira responsável pela criança no(s) turno(s) anteriores à alta com colaboração da enf ^a Chefe e/ou enf ^a especialista
Verifica o agrupamento (centro de saúde) ou unidade funcional (extensão) em que a criança está inscrita e confirma contactos/enfermeira de referência, conforme Quadro de Contactos em anexo (Anexo 3)	Atenção para o Agrupamento de Centros de Saúde, Unidade Funcional ou Unidade de Saúde Familiar que pertence à criança e família, para uma correcta referência, contacto com a equipa/enfermeira de referência e envio da carta de alta, evitando perda de tempo e da informação
Estabelece contacto telefónico para referenciar a situação	Contactar com enf ^{as} de referência das equipas Saúde Infantil, Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco ou Cuidados Continuados, consoante a situação e para iniciar processo de articulação de cuidados

Envia email com dados de identificação da criança e família e a pertinência do apoio nas situações urgentes	Acelera o processo ou no caso de não efectuar contacto telefónico ou nas equipas que funcionam desta forma. Atenção aos dados e possibilidade de quebra de sigilo.
Entrega da Carta de Alta/transferência de enfermagem aos pais para ser entregue no Centro de Saúde ou outra instituição	Os pais, sendo portadores da Carta de Alta/Transferência são responsabilizados por recorrerem ao Centro de Saúde. Este documento anexado ao processo individual de cada criança. Informações de situações específicas são transmitidas entre os enfermeiros por contacto prévio • Quando a criança sai para uma instituição a carta é entregue ao funcionário responsável pela criança e deverá ser feita cópia para enviar para Centro de Saúde respectivo • Quando a criança vai para outro hospital deverá ir acompanhada por enfermeiro que transmite informações da criança e entrega a carta em mãos
Elabora e envia para a equipa de cuidados continuados/saúde infantil a listagem dos materiais necessários para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio	Quando há necessidade de fornecimento de materiais para os cuidados, deve-se avisar a equipa de cuidados continuados para serem fornecidos no Centro de saúde ou para serem adquiridos atempadamente.
Facilita o fornecimento de materiais até a 1ª visita da equipa de cuidados continuados	Permite dar confiança e segurança aos pais para adaptarem aos cuidados em casa e reforça a relação com pais e equipa de cuidados
Agenda visita conjunta da Enf. ^a da unidade com Enf. ^a da equipa de cuidados continuados nas situações de grande complexidade de cuidados e dependência de tecnologias	Permite um maior conhecimento da situação por equipas, uma melhor comunicação e contribui para o aumento da confiança e segurança dos pais e cuidados prestados à criança.
Realiza reavaliação das situações referenciadas através de contacto telefónico com enfermeiro de referência uma semana após a alta da criança	Permite avaliar as acções desenvolvidas, articulação de cuidados e corrigir possíveis erros. Fortalece uma boa relação entre as equipas

ANEXO 2

**Orientações para o preenchimento da Carta de Alta/
Transferência de Enfermagem**

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para o preenchimento da carta de alta/transferência, deverão ser observados alguns aspectos que aqui serão salientados. A linguagem utilizada deverá ser clara e objectiva, assinalar as opções e preencher os espaços correspondentes ao item indicado, especificar “alterações” ou “observações”. Nos itens não observados ou não avaliados passar um traço.

1 – Identificação

Preencher com os dados de identificação da criança, incluindo o nome “como gosta de ser chamado”. Atenção a morada correcta onde a criança reside ou instituição quando for o caso, e com quem reside. Identificação do centro de saúde/agrupamento ou extensão/unidade funcional em que a criança e família estão inscritos.

2 – Antecedentes Pessoais

Gravidez: vigilância, intercorrências na gravidez e no parto, hospital em que ocorreu o parto para seguimentos em consultas.

Internamentos anteriores: referir o motivo e o local, se muito frequentes, referir somente os ocorridos no último ano.

Problemas de saúde conhecidos: referir situações de doença aguda ou crónica e que haja necessidade de seguimento em consulta, tratamentos ou terapêutica.

Medicação habitual: descrição de terapêuticas diárias ou em períodos de crise/agudização

Estado do plano de vacinação: actualizado ou não consoante BSI

Alergias: referir manifestações cutânea, alimentar, respiratória, de contacto, incluindo ao látex e que estejam documentadas.

3 – Resumo do Internamento

Data da admissão e data da alta.

Destino: domicílio, outro hospital ou centro de reabilitação, instituição de apoio e protecção da criança.

Internamento: urgente, com necessidade de cuidados intensivos ou programado pelo ambulatório.

Motivo do internamento/ Alterações à entrada: descrever queixas, sinais ou sintomas, ou alterações que motivaram a necessidade de internamento.

Diagnóstico: referir diagnóstico(s) identificado(s) ao longo do internamento e descrito(s) na saída.

À saída encontra-se: referir de forma resumida, a evolução do estado de saúde da criança e como se encontra a saída, aspectos importantes da situação familiar e relação dos pais e criança, ou outros aspectos que não estejam descritos na avaliação de enfermagem item nº5. O relatório médico do internamento acompanha a carta de alta nas situações mais complexas ou internamentos prolongados.

4 – Caracterização Familiar

Dados de identificação dos pais ou substitutos, idade e profissão/ocupação.

Tipo de família: monoparental (pai/mãe), convencional, ou outra

Número de irmão; as idades ; ocupação: estudantes (escola/ infantil/ ama ou se estão ainda em casa), trabalhadores.

Acompanhamento no internamento: referir quem esteve a maior parte do tempo, período diurno/nocturno; ausência de acompanhantes.

Participação nos cuidados: avaliar a participação nos cuidados consoante a interacção dos pais com a criança, o interesse em aprender, a confiança/segurança em realizar cuidados.

Reacções dos pais perante o internamento/situação de doença: descrever reacções/sentimentos dos pais, adaptação a situação, mecanismos de apoio e recursos que utilizam ou necessários para enfrentar a situação, comunicação e interacção com a criança e com a equipa de cuidados.

5 – Avaliação de Enfermagem (Observação na alta/cuidados necessários)

Avaliação das actividades de vida relevantes no momento da alta, a autonomia/dependência na realização destas, as alterações observadas e a descrição de cuidados específicos.

Manutenção de ambiente seguro:

Adequação do desenvolvimento psico-motor à idade: considerar as vertentes do comportamento, desenvolvimento físico, motricidade, cognição; especificar as alterações.

Pessoa de referência/significativa: pais , outro familiar, substituto importante.

Plano Nacional de Vacinação: se actualizado no internamento, ou referir o que falta actualizar.

Comunicação:

Linguagem: especificar alterações na linguagem, vocalizações ou na capacidade de comunicar verbalmente.

Conhecimento da criança em relação a situação de doença/internamento: descrever o conhecimento/sentimentos/reacções/medos conforme a idade e a capacidade de comunicar em relação a doença, tratamentos, motivo do internamento.

Respiração:

Características da respiração, com ou sem alterações.

Oxigenoterapia: referir débito do oxigénio habitual e interfaces (óculos nasais, sonda nasal, máscara facial).

Necessidade de aspiração de secreções; referir o número da sonda usualmente utilizada.

Referir outros tipos de suportes: terapêutica inalatória, cinesioterapia respiratória, ventilação não invasiva.

Alimentação/Hidratação:

Autonomia na alimentação.

Descrever tipo de dieta prescrita, por ex: para doença metabólica específica, diabética, anti-obstipante, hipossalina, sem resíduos, pós-transplante. Referir o número de biberons e a quantidade, o número de refeições a colher, necessidade de suplementos.

Alimentação entérica: referir o número da sonda nasogástrica, o número, data da colocação e quando deverá ser trocada.

Presença de gastrostomia e data da colocação; descrever características do dispositivo, e do estoma tais como sinas inflamatório, exsudato, realização do penso.

Registar medidas de peso e comprimento na alta e respectivos percentis.

Eliminação:

Autonomia na eliminação.

Algália: Referir o tipo de algália (Foley látex, silastic, silicone longa duração), o número, data da colocação e quando deverá ser mudada.

Referir outras alterações tais como uso de fralda, diarreia, obstipação, utilização de micro clister, gases.

Higiene pessoal/Vestir-se/Estado geral:

Autonomia nos cuidados pessoais de higiene e vestir-se.

Alterações na integridade cutânea: referir material utilizado no penso (compressas, adesivo, antisséptico da pele, apósitos como hidrocolóides ou hidro fibras), data da realização.

Presença de catéter central de longa duração, data da colocação e descrição do penso (local, data, material utilizado).

Presença de equimoses/hematomas e referir o local.

Outras alterações: heparinização do cateter, presença de sinais inflamatórios.

Locomoção e mobilidade:

Autonomia na locomoção.

Utilização de meios auxiliares da marcha ou na manutenção do posicionamento: referir canadianas, cadeira de rodas, carrinho, ortóteses, talas).

Necessidade de Fisioterapia.

Sono e repouso:

Alterações no sono, referir hábitos para acalmar/ objectos de consolo.

Comportamento social durante o internamento:

Caracterizar o comportamento, a interacção com outras crianças, interesse e participação nas actividades com educadora de infância ou professora nas actividades propostas.

Adaptação ao internamento e doença: referir alterações como choro, isolamento, tristeza, medos, zangado com pais/equipa.

6 – Terapêutica no momento da alta

Completar o quadro como nome do(s) medicamento(s), dose, via de administração, posologia e hora da última administração.

7 – Ensinos/orientações para a alta aos pais/substitutos

Referir as áreas em que incidiram os ensinos/orientações tais como: alimentação, administração de terapêutica, desenvolvimento, vigilância de saúde, realização de penso, identificação de sinais de alarme, recursos da comunidade.

Referir nas observações: autonomia na realização, receptividade aos ensinos, necessidade de reforço ou supervisão nos cuidados.

8 – Encaminhamento/Necessidade de apoios especiais

Assinalar qual (s) os apoios necessários para serem contactados ou que já estão a ser utilizados. Referir outros tais como terapeuta da fala, unidade móvel de apoio domiciliário, associações/grupos de apoio na comunidade.

9 – Exames/Consultas marcadas

Preencher com exames ou consultas que estão marcadas para realizar no Hospital após a alta, a data e a hora.

ANEXO I

Listagem de Materiais/Medicamentos/Equipamentos Necessários para os cuidados de:

Deverá ser preenchido e enviado quando se preve a necessidade deste fornecimento pelo centro de saúde (unidade de cuidados personalizados) / extensão (unidade funcional) para a continuidade de cuidados no domicílio.

Materiais: seringas de vários tamanhos; seringas de insulina; seringas para lavagem vesical/alimentação; sonda de aspiração; sonda nasogástrica, sonda para auto algaliação. Descrever o número ou característica, referência e calculo de quantidade necessária por semana ou mensal.

Medicamentos/ material de penso: pomadas, solutos desinfectantes, compressas, adesivos, placas de hidrocolóides/ hidro fibra, gelhidrocolóide. Descrever quantidades.

Equipamentos: oxímetro de pulso, bomba ara alimentação entérica, camas, cadeiras especiais, meios auxiliares de marcha, ventiladores.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma

APÊNDICE II
Enquadramento Legal

1 - ENQUADRAMENTO LEGAL

Foi a partir de 1985, que na saúde, começaram a surgir, de modo informal, nos hospitais, os “Núcleos de Apoio à Criança e Família vítimas de maus tratos”. Posteriormente a Lei de Bases, na alínea a, do nº. 1, da Base II, aprovada em Agosto de 1990, veio atribuir maior evidência às crianças e adolescentes, ao considera-los como dois dos “grupos sujeitos a maior riscos” e preconizando a tomada de “medidas especiais” para ambos. No âmbito das políticas de saúde, cada vez são mais centradas nas iniciativas de carácter legal e normativo.

Novas responsabilidades e desafios foram colocados aos serviços de saúde, no sentido de preservar a segurança, promover um desenvolvimento adequado e obter mais ganhos em saúde às crianças e aos jovens. Em Agosto de 1992, através da Resolução do Conselho de Ministros nº. 30/92, foi criado o Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), sendo nele preconizado o estabelecimento, em cada Hospital Central, de um “ Núcleo do PAFAC” integrando profissionais da instituição de saúde. Esta medida também foi aplicada aos Centros de Saúde e a outros hospitais. Devido a vários factores, nomeadamente a coordenação fora do sector da saúde, à precariedade de recursos e à escassa valorização dos núcleos, a efectividade de tais procedimentos ficou muito aquém do estipulado. Este facto foi reconhecido num processo de auto-avaliação elaborado pelo PAFAC em 2001.

Posteriormente, através da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99), que tem como finalidade promover os direitos e proteger as crianças e os jovens em perigo de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento adequado.

Assim foram aclarados os princípios orientadores da intervenção nesse domínio, na qual são comprometidos diversos sectores do Estado. Esta Lei ainda refere que qualquer pessoa, que tenha conhecimento de situações que coloquem a vida da criança em risco, é obrigada a comunicar as entidades com competências nesta área como seja a CPCJ ou às Entidades Judiciárias.

Em Janeiro de 2006, após uma inspecção sobre “ Atendimento e Encaminhamento, nos estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em Risco”, realizada pela Inspeção-Geral da Saúde, veio a ser constatada a escassez de informação epidemiológica, de preparação técnica dos profissionais, de acção nos serviços e de falta de articulação entre os serviços. LIMA (2006), refere que em Portugal, a violência sobre crianças e jovens tem vindo a aumentar nos últimos anos e é devido a problemas sociais que estão a assumir uma certa gravidade, sendo que actualmente tem-se verificado um aumento da preocupação em alertar a sociedade para a esta temática. Supõe-se que uma das razões porque a violência é exercida sobre crianças é porque são seres frágeis, indefesos, dependentes tornando-se assim mais vulneráveis a todo o tipo de violência, (CANHA, 2002).

Um Despacho do Senhor Ministro da Saúde, em Janeiro de 2006, atribuiu à DGS a condução de um conjunto de medidas para dar resposta ao problema das crianças e jovens em risco por parte do Serviço Nacional de Saúde.

Foi, então, constituído um grupo de trabalho que tem vindo a desenvolver iniciativas neste âmbito.

Uma destas iniciativas tomadas, tem como objectivo envolver os Centros de Saúde nesta temática. Assim, cada Centro de Saúde, organizou um grupo de trabalho (NACJR), para prestar assistência, detectar os factores de risco, actuar na comunidade e articular com outras instituições, tendo como função eliminar ou minimizar situações de risco.

As instituições e os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel importante na detecção das situações de risco que envolvem crianças e jovens. A formação dos profissionais de saúde, ao nível do aumento dos conhecimentos, é fundamental. A responsabilidade formativa dos profissionais de saúde vai evidenciar na qualidade de cuidados prestados.

Segundo a Inspeção-Geral da Saúde (2005), a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco infantil, sobretudo a nível local através dos centros de saúde.

Com o objectivo de analisar os procedimentos adoptados pelas instituições e serviços do Sistema Nacional de Saúde, bem como a avaliação da realidade existente a nível nacional no triénio de 2002 a 2004 a IGS revela que “ Apesar de terem sido recolhidas evidências do interesse e empenho manifestado pelos profissionais de saúde e do serviço social, no que se refere à problemática das crianças em risco, há sinais que não podem deixar de nos preocupar, designadamente, o facto de ter ficado indicado que nos últimos três anos, houve uma diminuição dos projectos de intervenção comunitária, bem como a ausência de articulação eficiente entre as várias instituições”.

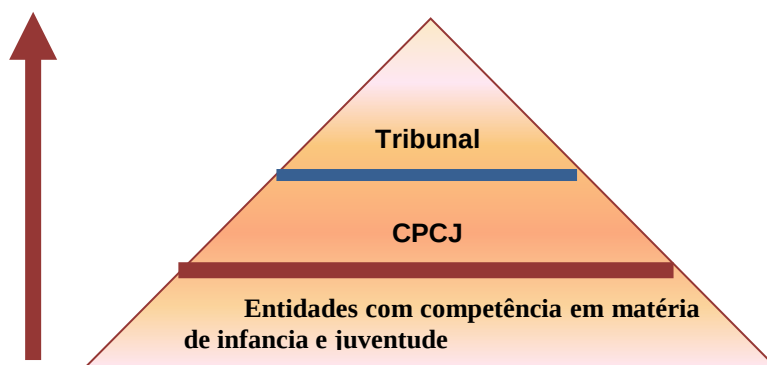
O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, dá conta deste facto, ao sublinhar a insuficiência das respostas da saúde face ao fenómeno dos maus tratos a crianças e jovens (dado que nesta matéria a saúde é uma das entidades de primeira linha, no esforço de protecção de crianças e jovens). Cada serviço deve assegurar a intervenção no limite máximo das atribuições que lhe estão cometidas, sem prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local.

É um facto que as instituições de saúde portuguesas e seus profissionais estão empenhados em projectos que tenham por base a criança e jovem em risco. Através do empenho de todos deve-se proceder a uma rigorosa avaliação das disfunções familiares que motivam os maus tratos à criança e desenvolver as acções necessárias de modo a fazer cessar a situação de risco para a criança.

Actualmente em Portugal, a acção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes agentes da comunidade.

Desta forma a DGS (2007) refere que os serviços de saúde neste domínio devem reger-se por abordagens que incluam os aspectos culturais, sociais, económicos e legais. A equipa multidisciplinar deve estar formada e especializada para poder detectar, acompanhar, apoiar, encaminhar e educar as crianças/famílias em risco na comunidade onde estão inseridas.

Segundo DGS (2007), a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção:



- Primeiro nível:

É atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude – ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como as da saúde (NACJR), educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros – para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo.

- Segundo nível:

Quando não seja possível às entidades actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das CPCJ, nas quais a Saúde participa também.

- Terceiro nível:

É a intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Como se pode observar as instâncias de primeiro nível adquirem, neste contexto, um relevo particular. O enquadramento conferido pela Lei nº 147/99 de 1 de Setembro fornece prioridade de intervenção junto de crianças e jovens aos por parte dos Agrupamentos de Centros de Saúde/Centros de Saúde (ACES/CS) e Hospitais, em detrimento da actuação das CPCJ e tribunais, que apenas podem ser chamados a agir quando não for possível aos primeiros remover o perigo. Cumprindo-se assim o **Princípio da Subsidiariedade**.

Para que o sucesso desta intervenção seja uma realidade é necessária uma equipa multidisciplinar, dinâmica e organizada. A intervenção em saúde nesta

problemática aparece como uma oportunidade única, nomeadamente ao primeiro nível de prevenção. Os Serviços de Saúde têm portanto, legitimidade para intervir na protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na oposição por parte de quem tem de o expressar, tal como se exige para as CPCJ. Estes, **não têm**, contudo, legitimidade para aplicar as medidas de promoção/protecção em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais.

1.1 - Legislação e Documentos Importantes para a Temática

- **Lei Nº 147/99 de 1 de Setembro** – Aprova a lei de protecção de crianças e jovens em perigo
- **Decreto-Lei Nº 11/2008 de 17 de Janeiro** – Estabelece o regime de execução do acolhimento familiar previsto na lei de protecção de crianças e jovens em perigo (Lei nº147/99, de 1 de Setembro)
- **Decreto-Lei Nº 12/2008 de 17 de Janeiro** – Regulamenta o regime de execução das medidas de promoção dos direitos e de protecção das crianças e jovens em perigo, respeitantes ao apoio junto dos pais e apoio de outro familiar, à confiança de pessoa idónea e ao apoio para a autonomia de vida, previstas na lei de protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº147/99, de 1 de Setembro)
- **Lei Nº 113/2009 de 17 de Setembro** – Estabelece medidas de protecção de menores, em cumprimento do artigo 5ª da Convenção do Conselho da Europa contra a Exploração sexual e o abuso Sexual de Crianças, e procede à segunda alteração à Lei nº 57/98, de 18 de Agosto.
- **Crianças e Jovens em Risco** – Projecto de Intervenção nos serviços de Saúde (Maio de 2007)
- **Despacho N.º 31292 de 5 de Dezembro de 2008** – Cria os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – NACJR e Esquemas de Intervenção – Centros de Saúde, Hospitais, CPCJ e Tribunais
- **Portaria Nº 965/2009 de 25 de Agosto** – Estabelece as regras de articulação entre as unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde e os serviços da Segurança Social e os instrumentos a utilizar, quando, na sequência de um nascimento, sejam detectados eventuais sinais de risco social.

- **Ministério da Saúde e CNPCJR** – Directiva conjunta sobre a designação e atribuições dos representantes da Saúde nas CPCJ de 10 de Setembro de 2009
- **Promoção da Saúde Mental na gravidez e Primeira Infância** – Manual de Orientação para profissionais de saúde (2005)
- **Protocolo de articulação entre a DGS e a CIG, A CNPCJR e a CNSM** – Violência Familiar
- **Lei Nº 58/2007 de 4 de Setembro** – altera o código penal – artigos 152, 152-A, 171, 173, 174, 175, 176, 177
- **Lei Nº 61/2008 de 31 de Outubro** – Estabelece o regime jurídico do divórcio
- **Lei Nº 31/2003 de 22 de Agosto** – Altera o Código Civil, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, o Decreto-Lei nº 185/93, de 22 de Maio, a organização tutelar de menores e o regime jurídico da adopção
- **Lei Nº 103/2009 de 11 de Setembro** – Aprova o regime jurídico do apadrinhamento civil, procedendo à alteração do código do Registo Civil, do código do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares e funcionamento dos tribunais judiciais e do Código Civil
- **DL Nº 121/2010 de 27 de Outubro** – Regula o Apadrinhamento Civil
- **Lei Nº 121/2009 de 16 de Setembro** – Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica à protecção e a assistência das suas vítimas e revoga a lei Nº 107/99 de 3 de Agosto e o DL Nº 323/2000 de 19 de Dezembro
- **Lei Nº 104/2009 de 14 de Setembro** – Aprova o regime de concessão de indemnização às vítimas de crimes violentos e de violência doméstica
- **DL Nº 120/2010 de 27 de Outubro** – Regula a constituição, o funcionamento e o exercício de poderes e deveres da comissão de protecção às vítimas de crimes
- **Lei Nº 26/2010 de 30 de Agosto** – décima Nona alteração ao Código do processo penal (Art.º 237 Nº 3, Art.º257 Nº 1 – alínea e)
- **Maus Tratos Em Crianças e Jovens** – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Instrumento de apoio à pratica do dia-a-dia para todos os profissionais que trabalham na promoção da saúde das crianças e dos jovens. (2011)

APÊNDICE III

Objectivos Específicos e Actividades dos diferentes contextos de estágio

UCSP Lumiar - 3 a 14 de Outubro

Objectivos	Actividades	Recursos
Analisar a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia e objectivos, bem como metodologia de trabalho da equipa de enfermagem	Entrevisto a Enf. ^a Chefe do serviço e as Enf. ^a especialistas em SIP Consulto documentos (normas e protocolos) que me permitam conhecer os problemas actuais do serviço e a articulação com outros serviços	Bloco de Papel, Caneta Enfermeiro Tutor Enf. ^a Especialistas em SIP
Observar e cooperar com o enfermeiro na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil	Coopero com o enfermeiro que faz a consulta de enfermagem de saúde Infantil. Realizo, em cooperação com o enfermeiro, as actividades relacionadas com a consulta em especial as relacionadas com a avaliação de desenvolvimento.	Criança e família Enfermeiro tutor Enfermeiro que presta cuidados á criança
Fazer de forma autónoma e sob supervisão clinica a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil	Realizo autonomamente as actividades relacionadas com a Consulta, em especial as relacionadas com a avaliação de desenvolvimento da criança	Criança e família Enfermeiro tutor
Observar e cooperar com o enfermeiro especialista em SIP na implementação de estratégias de actuação junto da criança, jovem e família de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do Enfermeiro especialista em SIP em contexto de cuidado à criança, jovem e família de risco. Implemento, em conjunto com o enfermeiro que presta cuidados à criança, jovem e família de risco estratégias de actuação.	Enfermeiro tutor Equipa de enfermagem
Conhecer o papel do Enf.^o Especialista em SIP na articulação das crianças, jovens e famílias de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do enfermeiro especialista nas reuniões efectuadas junto de outras instituições da comunidade (CPCJ)	Enfermeiro Tutor Equipa de UCSP do Lumiar
Traçar a actuação de enfermagem junto da criança, jovem e família de risco	Coopero com o Enfermeiro Especialista em SIP na discussão de casos e implementação de planos de actuação em crianças, jovens e famílias de risco. Acompanho, observo e identifico as intervenções do enfermeiro especialista em SIP nas reuniões do NACJR. Reúno com Enf. Especialista em SIP, pertencente a DGS, de modo a melhorar conhecimento sobre a temática.	Enfermeiro Tutor Enfermeiro Especialista em SIP Equipa de enfermagem Síntese de revisão bibliográfica. Documentos da DGS.
Identificar as dificuldades na sinalização e encaminhamento de situações de maus-tratos	Reúno com o enfermeiro responsável pelo NACJR para identificar as necessidades. Promovo a metodologia do enfermeiro de referência na equipa de enfermagem como forma de facilitar o acompanhamento.	Enfermeiro tutor Equipa de enfermagem
Registar as aprendizagens em diário de campo	Efectuo, registo e analiso o diário de campo	Bloco de papel Caneta Computador

Urgência Pediátrica do HSM – 17 de Outubro a 11 de Novembro

Objectivos específicos	Actividades	Recursos
Analisar a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia e objectivos, bem como metodologia de trabalho da equipa de enfermagem	Entrevisto a Enf. ^a Chefe do serviço e as Enf. ^a especialistas em SIP. Consulto documentos (normas e protocolos) que me permitam conhecer os problemas actuais do serviço e a articulação com outros serviços	Bloco de Papel, Caneta Enfermeiro Tutor Enf. ^a Especialistas em SIP
Observar e identificar estratégias que o enfermeiro utiliza na triagem, Sala de tratamentos e SO, no despiste de situações de risco.	Coopero com o enfermeiro que presta cuidados à criança, jovem e família. Realizo, em cooperação com o enfermeiro, as actividades relacionadas com procedimentos em contexto de urgência	Criança e família Enfermeiro tutor Enfermeiro que presta cuidados á criança
Observar e cooperar com o enfermeiro especialista em SIP na implementação de estratégias de actuação junto da criança, jovem e família de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do Enfermeiro especialista em SIP em contexto de cuidado à criança, jovem e família de risco. Implemento, em conjunto com o enfermeiro que presta cuidados à criança, jovem e família de risco estratégias de actuação.	Enfermeiro tutor Equipa de enfermagem
Conhecer o papel do Enf.^o Especialista em SIP na articulação das crianças, jovens e famílias de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do enfermeiro especialista nas reuniões do NHACJR	Enfermeiro Tutor Equipa do NHACJR do HSM
Perceber quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, quando crianças vitimas de maus tratos recorrem á urgência	Construo entrevista a efectuar aos enfermeiros do serviço Aplico entrevista Analiso os dados	Guião de entrevista Equipa de enfermagem
Criar protocolos de articulação ou promover os já existentes	Conheço os protocolos do serviço. Promovo a criação do elemento de referência	Documentos do serviço Enfermeira do NHACJR Equipa de enfermagem

Neonatologia da MAC – 14 de Novembro a 9 de Dezembro

Objectivos específicos	Actividades	Recursos
Analisar a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia e objectivos, bem como metodologia de trabalho da equipa de enfermagem	Entrevisto a Enf. ^a Chefe do serviço e as Enf. ^a especialistas em SIP. Consulto documentos (normas e protocolos) que me permitam conhecer os problemas actuais do serviço e a articulação com outros serviços	Bloco de Papel, Caneta Enfermeiro Tutor Enf. ^a Especialistas em SIP
Observar e identificar estratégias que o enfermeiro no despiste de situações de risco.	Coopero com o enfermeiro que presta cuidados à criança, jovem e família. Realizo, em cooperação com o enfermeiro, as actividades relacionadas com procedimentos ao recém-nascido e família de risco.	Criança e família Enfermeiro tutor Enfermeiro que presta cuidados á criança
Observar e cooperar com o enfermeiro especialista em SIP na implementação de estratégias de actuação junto da criança, jovem e família de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do Enfermeiro especialista em SIP em contexto de cuidado à criança, jovem e família de risco. Implemento, em conjunto com o enfermeiro que presta cuidados à criança, jovem e família de risco estratégias de actuação.	Enfermeiro tutor Equipa de enfermagem
Conhecer o papel do Enf.^o Especialista em SIP na articulação das crianças, jovens e famílias de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do enfermeiro especialista nas reuniões do NHACJR	Enfermeiro Tutor Equipa do NHACJR da MAC
Criar protocolos de articulação ou promover os já existentes	Conheço os protocolos do serviço. Promovo a criação do elemento de referência	Documentos do serviço Enfermeira do NHACJR Equipa de enfermagem
Registar as aprendizagens em diário de campo	Efectuo, registo e analiso o diário de campo	Bloco de papel Caneta Computador

Unidade Pluridisciplinar Assistencial – 12 de Dezembro a 20 de Janeiro

Objectivos específicos	Actividades	Recursos
Analisar a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia e objectivos, bem como metodologia de trabalho da equipa de enfermagem	Entrevisto a Enf. ^a Chefe do serviço e as Enf. ^a especialistas em SIP. Consulto documentos (normas e protocolos) que me permitam conhecer os problemas actuais do serviço e a articulação com outros serviços	Bloco de Papel, Caneta Enfermeiro Tutor Enf. ^a Especialistas em SIP
Observar e identificar estratégias que o enfermeiro no despiste de situações de risco.	Coopero com o enfermeiro que presta cuidados à criança, jovem e família. Realizo, em cooperação com o enfermeiro, as actividades relacionadas com procedimentos em contexto de urgência	Criança e família Enfermeiro tutor Enfermeiro que presta cuidados á criança
Observar e cooperar com o enfermeiro especialista em SIP na implementação de estratégias de actuação junto da criança, jovem e família de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do Enfermeiro especialista em SIP em contexto de cuidado à criança, jovem e família de risco. Implemento, em conjunto com o enfermeiro que presta cuidados à criança, jovem e família de risco estratégias de actuação.	Enfermeiro tutor Equipa de enfermagem
Conhecer o papel do Enf.º Especialista em SIP na articulação das crianças, jovens e famílias de risco	Acompanho, observo e identifico as intervenções do enfermeiro especialista nas reuniões do NHACJR	Enfermeiro Tutor Equipa do NHACJR do HSM
Perceber quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, se encontram perante crianças vítimas de maus tratos	Construo entrevista a efectuar aos enfermeiros do serviço Aplico entrevista Analiso os dados	Guião de entrevista Equipa de enfermagem
Criar protocolos de articulação ou promover os já existentes	Conheço os protocolos do serviço. Promovo a criação do elemento de referência	Documentos do serviço Enfermeira do NHACJR Equipa de enfermagem

APÊNDICE IV
Guião de Entrevista

CLÁUDIA CELINA COSTA MARTINS

2º Curso de Mestrado de Enfermagem e Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

GUIÃO DE ENTREVISTA

LISBOA

2011

Tema: “A promoção da continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco - Contributos do Enfermeiro Especialista em SIP”

Objectivo (os):

- Compreender as dificuldades dos enfermeiros, na identificação de maus tratos
- Identificar dificuldades sentidas na articulação de cuidados entre instituições hospitalares e o ACES

1- Local de trabalho _____

2- Anos de Serviço _____

3- No último ano teve conhecimento de situações de maus tratos a crianças e a jovens, no seu contexto de trabalho?

Gostaria de exemplificar _____

Que dificuldades sentiu na identificação de maus tratos?

E na sua abordagem, que dificuldades sentiu?

4- Teve dificuldades na prestação de cuidados à criança vítima de maus tratos

5- E na articulação entre instituições, que dificuldades sentiu

6- Como classifica a sua formação nesta área para intervir adequadamente em situações de maus tratos?

Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Insuficiente ☐

7- Existe, no seu serviço uma **NORMA**, de procedimento e de apoio à criança e ao jovem, em situações de maus tratos?

Sim ☐ Não ☐

8- Como classifica a actual articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e a Comunidade?

Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Insuficiente ☐

9- O que considera importante implementar para melhorar a continuidade de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família situação de maus tratos?

Muito Obrigado pela sua colaboração

APENDICE V

Caracterização dos Locais de Estágio

SUMÁRIO

A - CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP) DO LUMIAR	2
1- HISTÓRIA DO LUMIAR	2
2- UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP) DO LUMIAR	7
2.1 - Objectivos da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar	8
3- CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL	10
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
B - CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA E DA UNIDADE PLURIDISCIPLINAR ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA	13
1- O HOSPITAL DE SANTA MARIA – PERSPECTIVA HISTÓRICA	13
1.1 - O serviço de Urgência Pediátrica	16
1.2 - Unidade Pluridisciplinar Assistencial (UPA)	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
C - CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE DOUTOR ALFREDO DA COSTA	24
1- PERSPECTIVA HISTÓRICA	24
2- UNIDADE DE NEONATOLOGIA DA MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA (MAC)	26
2.1- Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN)	27
2.2- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	29

A- CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP) DO LUMIAR¹

1- HISTÓRIA DO LUMIAR

A história do Lumiar iniciou-se em 2 de Abril de 1266. Em 1312, D. Dinis efectua a partilha dos bens do Conde de Barcelos, ficando para D. Afonso Sanches, seu filho bastardo e genro do Conde, uma quinta e casa de Campo no Lumiar, a que se passou a chamar Paços do Infante D. Afonso Sanches. No reinado de D. Afonso IV, esta residência nobre adquire a designação de Paço do Lumiar, a qual ainda hoje se mantém.

No início do séc. XVIII, era definido o Lumiar como "um sítio de nobres quintas, olivais e vinhas", sendo os principais frutos da terra o vinho, o trigo, a cevada e o azeite.

Em meados do séc. XIX, realizavam-se no Lumiar três feiras anuais (Fevereiro, Junho e Agosto), todas muito concorridas, especialmente a de Santa Brígida, em que havia romaria e bênção do gado.

De 1852 a 1886, esta freguesia esteve integrada no concelho dos Olivais, sendo finalmente incorporada no território da Cidade de Lisboa, em 18 de Julho de 1885.

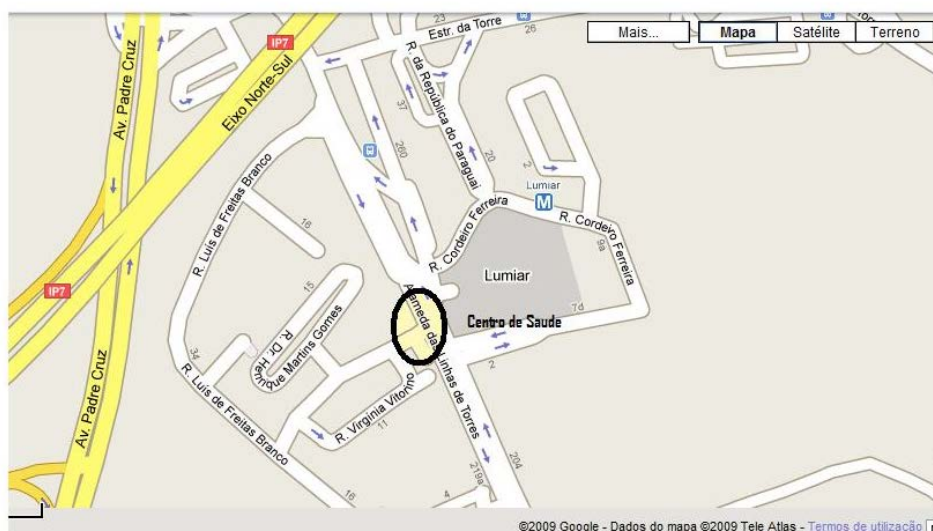
Desde os princípios do séc. XIX que a população da freguesia tem aumentado significativamente

No séc. XX, assiste-se na freguesia, a um forte aumento populacional – 2.840 habitantes em 1900 para mais de 30.000 em 2000, tendo a antiga aldeia perdido, nas últimas décadas, quase definitivamente as suas características, com os diversos parques habitacionais. A grande aposta actual é o bairro da Alta de Lisboa. Foi

¹ As informações aqui apresentadas decorrem de pesquisa efectuada e de entrevistas informais efectuadas com a chefe do serviço e com as EE em ESIP.

inaugurado, no dia 10 de Outubro de 2007, o último troço do eixo norte-sul, facilitando o trânsito de toda a capital portuguesa.

A freguesia do Lumiar é servida pelo parque recreativo Quinta das Conchas e dos Lilases.



1.1 - ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO

Figura 1- Localização da UCSP do Lumiar

Fonte: www.mapadelisboa.com

Segundos dados dos Censos de 2001, a freguesia do Lumiar ocupa uma área geográfica de 6282km², com uma população residente de cerca de 36309 habitantes.

Relativamente aos aspectos socioeconómicos, o sector de actividade predominante é o terciário com 71,3% da população activa. Entre os não activos existem 6,6% de população desempregada.

Actualmente o Centro de Saúde abrange uma área geográfica de 9.608Km², estando os habitantes distribuídos por 3 freguesias: Lumiar, Charneca e Ameixoeira. A população residente calcula-se muito perto dos 100.000 habitantes. Na UCSP do Lumiar, encontram-se inscritos 82156 utentes, dos quais 31430 não têm médico de família. Nas respectivas extensões (Charneca e Ameixoeira) existem 54.455 utentes inscritos, dos quais 23.333 não têm médico de família.

A população desta área é constituída por um misto de pessoas de diferentes culturas e consequentemente de diferentes valores, hábitos e estilos de vida. Fazem parte desta população: idosos provenientes de várias províncias de Portugal, população de etnia cigana, assim como PALOPs. É também uma área onde se assiste à constante chegada de novos moradores.

Em 2000/2001 teve início um programa de realojamento de famílias carenciadas, residentes em bairros degradados destas freguesias. A estas famílias foram dadas condições habitacionais de qualidade, que constituem actualmente a Alta de Lisboa.

A freguesia do Lumiar, actualmente, é constituída por um conjunto de Bairros:

- ✓ **Alta de Lisboa** – novo bairro criado como um projecto imobiliário ambicioso que inclui os antigos bairros da Musgueira norte e sul e Calvanas.
- ✓ **Calvanas (Charneca)** – em Agosto de 2006 ainda podia ser considerado como bairro, mas será brevemente considerado parte integrante da Alta de Lisboa.
- ✓ **Telheiras**
- ✓ **Bairro da Cruz Vermelha** – criado originalmente para realojar os desalojados das cheias na zona de Odivelas em 1967.

No que diz respeito nos recursos da comunidade, as quatro freguesias que são abrangidas pelo Centro de Saúde do Lumiar dispõem de variados recursos, como estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, serviços administrativos, administração pública, protecção civil, recursos educacionais, culturais, recreativos e desportivos; recursos para a terceira idade, recursos de saúde e locais de culto.

1.2 - PATRIMÓNIOS

- ✓ Conjunto Urbano da Quinta da Musgueira
- ✓ Conjunto da Quinta do Monteiro-Mor, integrado pelo Palácio do Monteiro-Mor, Museu Nacional do Teatro, Museu Nacional do Traje e Jardim Botânico do Lumiar

- ✓ Conjunto do Paço do Lumiar integrado pela Quinta dos Azulejos, Quinta das Hortênsias, Quinta do Marquês de Angeja, Quinta do Monteiro-Mor e Capela de São Sebastião (Lumiar).
- ✓ Quinta Alegre ou Palácio do Marquês do Alegrete (palácio, jardins, construções e elementos decorativos)
- ✓ Igreja Paroquial Lumiar
- ✓ Igreja Paroquial de Nossa Senhora do Carmo – Alto do Lumiar
- ✓ Chafariz do Boneco - Largo de Júlio de Castilho
- ✓ Convento de Santa Brígida
- ✓ Convento de Nossa Senhora das Portas do Céu
- ✓ Villa Sousa (Prémio Valmor 1912 - Arqº Manuel Norte Júnior)
- ✓ Biblioteca Municipal Orlando Ribeiro Associação de Cultura e Recreio da Musgueira Norte.
- ✓ Associação Popular do Lumiar
- ✓ Associação de Residentes de Telheiras
- ✓ Associação Sociocultural “A Festa”
- ✓ Associação Sociocultural Recreativa e Desportiva da Musgueira Sul
- ✓ Atlético Clube da Musgueira Sul
- ✓ Centro Cultural Quinta de Nossa Senhora da Luz
- ✓ Grupo Recreativo e Desportivo Bairro da Cruz Vermelha
- ✓ Grupo Desportivo das Calvanas
- ✓ Grupo Desportivo e Recreativo Tunelense
- ✓ Parque do Monteiro-Mor Sporting Clube de Portugal
- ✓ Quinta das Conchas e dos Lilases
- ✓ Parque do Vale Grande

1.3 - RECURSOS EDUCACIONAIS

Escolas Públicas:

- ✓ Escola Secundária do Lumiar;
- ✓ Escola Secundária de Dom José I;
- ✓ Agrupamento de escolas de Telheiras;
- ✓ Escola Básica do 1º ciclo Nº 57
- ✓ Escola Básica do 1º ciclo do Alto da Faia

- ✓ Escola Básica 2,3 de Telheiras
- ✓ Agrupamento de Escolas Professor Lindley Cintra
- ✓ Escola Básica do 1º ciclo Nº31
- ✓ Escola Básica 2,3 Professor Lindley Cintra
- ✓ Jardim de Infância da Ameixoeira
- ✓ Escola Básica do 1º ciclo Nº 109 Professor Eurico Gonçalves
- ✓ Escola Básica do 1º e 2º Ciclo Nº 204- Centro de Paralisia Cerebral

Escolas Privadas:

- ✓ Instituto Superior de Gestão
- ✓ Instituto Superior de Educação e Ciências
- ✓ Colégio de S. João de Brito
- ✓ Colégio Planalto
- ✓ Colégio Manuel Bernardes
- ✓ Colégio de Santa Doroteia
- ✓ Colégio de S. Tomás

Locais recreativos e desportivos:

- ✓ Academia Musical 1.º de Junho
- ✓ Academia Recreativa Joaquim Xavier
- ✓ Academia União Familiar de Telheiras
- ✓ Académico Clube de Ciências

1.4- RECURSOS DE SAÚDE

- ✓ Hospital da Força Aérea
- ✓ Hospital de Pulido Valente
- ✓ Centro de Saúde do Lumiar

1.5- TRANSPORTES PÚBLICOS

O Lumiar é bem servido por transportes públicos. A interface do Campo Grande é um dos principais centros de transferência entre os diferentes transportes públicos de Lisboa, as duas linhas de Metro (verde e amarela), carreiras de autocarros de várias companhias com destinos diversos e táxis.

Metro

É servida pelas seguintes linhas (e estações) do Metropolitano de Lisboa:

- Linha Verde
 - ✓ Telheiras
 - ✓ Campo Grande
- Linha Amarela
 - ✓ Lumiar
 - ✓ Quinta das Conchas
 - ✓ Campo Grande

Autocarro

É servido por várias carreiras de autocarros da Carris e da Rodoviária.

Relativamente ao Centro de Saúde do Lumiar, este situa-se perto da estação do metro do Lumiar (linha amarela), e perto das paragens da Carris (108, 106, 36) e Rodoviária (201, 300, 311, 314,315).

2- UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP) DO LUMIAR

A UCSP do Lumiar situa-se no distrito de Lisboa, freguesia do Lumiar, na Alameda das Linhas de Torres nº 243 (sede) é constituído por três extensões, sendo elas, a Extensão do Alto do Lumiar, Charneca e Centro de Diagnóstico Pneumológico. Encontra-se integrado na Unidade Setentrional A, pertence ao Agrupamento Centros de Saúde Lumiar, Sete Rios, Benfica e Alvalade.

A UCSP é constituída por sete pisos, os quais se encontram organizados por uma ou mais áreas de intervenção.

Piso 0 – Colheitas

Piso 1 – Medicina Geral/Médicos de Família

- Consulta de Otorrinolaringologia
- Consulta de cessação tabágica

Piso 2 – Coordenador Médico

- Responsável de Enfermagem
- Psicologia
- Saúde Escolar
- Secretaria
- Cuidados Continuados
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

Piso 3 – Serviço Social

- Saúde Oral
- Saúde Infantil/Cantinho da Amamentação
- Vacinas

Piso 4 – Saúde Materna/Planeamento Familiar

- Medicina Geral/Médicos de Família

Piso 5 – USF Conchas

Piso 6 – USF Conchas

Piso 7 – Bar/Biblioteca

2.1 - Objectivos da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar

O artigo 6º, refere serem objectivos dos centros de saúde, “dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde”. (www.saudepublica.web.pt)

A UCSP do Lumiar centra a sua prática na comunidade promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

2.2 - Recursos Humanos

A equipa que trabalha nesta instituição é constituída por Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Médicos de Família, Médico de Saúde Oral, Médico de Saúde Pública, Psicólogas, Assistentes sociais, Fisioterapeuta, Técnicos de Saúde Ambiental, Administrativos, Assistentes operacionais, Motoristas e Seguranças.

2.3 - Inter-Relações (parcerias)

Esta UCSP tem parceria com outras instituições, nomeadamente hospitalares, como o Centro Hospitalar Lisboa Norte (o Hospital Pulido Valente - Consultas Hospitalares de referência, Exames Complementares e Hospital de Santa Maria - Serviços de Urgência Pediátrica e Adultos, Consultas Hospitalares de referência).

Tem também parcerias com a Santa Casa da Misericórdia, com a Junta de Freguesia do Lumiar e com todas as escolas e infantários da zona do Lumiar.

2.4 - Objectivos do departamento de Saúde Infantil e Juvenil

A saúde infantil e juvenil engloba um conjunto de actividades de promoção e prevenção da saúde e do bem-estar das crianças e jovens dos 0 aos 18anos.

Na UCSP do Lumiar existem cerca de 15513 crianças inscritas dos 0 aos 18 anos o que corresponde a 18,88% dos utentes inscritos.

2.4.1 - Objectivo geral

- Melhorar o cumprimento do Programa – Tipo em Saúde Infantil.

No Centro de Saúde do Lumiar as actividades de enfermagem estão de acordo com o que é preconizado pelos objectivos traçados do Departamento de Saúde Infantil, da DGS.

2.4.2 - Estratégias

- Melhorar a acessibilidade às consultas, através de medidas facilitadoras de respostas rápidas e eficazes;
- Promover a avaliação local das Notícias de Nascimento e o seu tratamento adequado, de forma a identificar as situações de risco e a localizar as crianças que não comparecem;
- Garantir a prestação de cuidados nesta área à população sem Médico de Família atribuído;
- Garantir o cumprimento da legislação em vigor e das orientações técnicas e circulares normativas e informativas da DGS;
- Assegurar o preenchimento do Boletim de Saúde infantil;
- Contribuir para o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
- Dinamizar as UCF (área a desenvolver com o coordenador/a da Saúde da Mulher);
- Promover a precocidade da primeira consulta na vida, identificando as causas da baixa precocidade;
- Promover a realização de Exames globais de Saúde;
- Promover o trabalho em equipa;
- Realizar reuniões periódicas com os coordenadores dos programas, para, analisar e orientar os constrangimentos identificados;
- Fazer formação em função das necessidades identificadas.

3- CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da UCSP do Lumiar são seguidos os princípios essenciais preconizados pelo **Programa Tipo de Saúde Infantil** como a valorização dos cuidados antecipatórios sendo este um factor de promoção da saúde e de prevenção da doença facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental, avaliação do crescimento e desenvolvimento, estimulação à opção por comportamentos saudáveis e promoção do cumprimento do **Programa Nacional de Vacinação (PNV)**.

3.1 - Visita Domiciliaria a Crianças em Risco

As visitas domiciliárias, no âmbito do NACJR, são habitualmente realizadas pela enfermeira especialista de SIP e, quando necessário, em conjunto com a técnica de serviço social, também do Núcleo. Por vezes são também combinadas visitas conjuntas com outros parceiros, como a SCM ou a CPCJ. As visitas têm geralmente início após a referenciação das situações por suspeita, ou já com confirmação de maus tratos, e vão sendo realizadas conforme as necessidades avaliadas.

3.2 - A existência do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

No ACES Lisboa Norte, cada Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados tem o seu NACJR, tal como é preconizado pela DGS, e o Núcleo do Lumiar foi um dos núcleos pioneiros a nível Nacional. Este, é constituído por três enfermeiras com a especialidade em SIP, sendo uma delas a coordenadora, duas técnicas de serviço social, duas psicólogas e uma médica de família. Tendo em conta a constituição da equipa é possível referirmos a importância e a valorização dos enfermeiros nesta matéria.

3.3 - O Projecto do Cantinho da Amamentação

A melhor alimentação de uma criança lactante é o leite materno. Segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2004) a alimentação deve ser com leite materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida, complementando com outros alimentos até aos 2 anos ou mais. Com a finalidade de promover o aleitamento materno na UCSP do Lumiar foi desenvolvido, em 2008, o projecto

“Cantinho da Amamentação” que foi aprovado pela actual directora do Centro de Saúde, situado no piso 3 na ala da Saúde Infantil.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  ABEJAR, M., PARRA, M. – Communication Terapêutica y Cuidado. **Revista de Enfermeria Rol**. Barcelona. ISSN 0210-5020. nº 147 (Novembro 1990) 123-128.
-  HESBEEN, W. – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
-  PORTUGAL. Comité Português para a UNICEF – **Protecção, promoção e suporte do aleitamento materno na Europa: Um projecto de acção**. Lisboa, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2004.
-  PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Maus tratos em crianças e jovens**. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.
-  PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2004 Vol. I e II , 2010: mais saúde para todos**. Lisboa, 2004.
-  PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos: orientações estratégicas**. Vol. II. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004
-  PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescente

B- CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA E DA UNIDADE PLURIDISCIPLINAR ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA



Como forma de efectivar o objectivo específico: Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e da Unidade Pluridisciplinar Assistencial (UPA) do Hospital de Santa Maria (HSM), elaborei o presente documento.

Sendo a Urgência Pediátrica e UPA, um dos muitos serviços do HSM, iniciei este documento com uma breve caracterização e apresentação histórica do HSM.

1 - O HOSPITAL DE SANTA MARIA – PERSPECTIVA HISTÓRICA

O HSM nasceu da necessidade de dotar Lisboa de um novo pólo hospitalar, devido ao aumento populacional na década de 30/40, e à evidente saturação dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

O Governo delegou no Professor Francisco Gentil a criação de um novo Hospital Faculdade, que substituisse o Hospital de Santa Marta como o mais moderno Centro Médico, de Assistência, Ensino e Investigação. Foi concebido, em 1938, pelo arquitecto alemão Hermann Distel, e iniciada a construção em 1940. Foi oficialmente inaugurado em 1954. Esta obra foi caracterizada como sendo uma das maiores realizações do estado Português de todos os tempos.

Surge numa época que ficou caracterizada por grandes transformações nos conceitos sobre a missão que ao hospital competia desempenhar.

O Hospital emerge como expressão maior da transformação de conceitos, inserindo-se nos movimentos de inspiração e preocupação social, dominantes na Europa em reconstrução do pós II Guerra Mundial.

O Hospital soube adoptar e manter, desde a sua fundação, uma atitude de preocupação, de ajudar a quem ele ocorre, sem distinção de qualquer natureza ética, religiosa, política, económica ou social, a qualquer hora do dia, e em todos os dias do ano.

Actualmente, uma das características importantes do hospital é a de dispor de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, de uma urgência central, **uma urgência pediátrica**, e uma urgência de obstetrícia e ginecologia. Tem um número elevado de camas de cuidados intensivos e intermédios, distribuídas por várias unidades especializadas, das quais se destacam a Unidade de Tratamento Intensivo das coronárias, a Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia, a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, o Serviço de Medicina Intensiva, a Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, a Neurocirurgia, a Cirurgia Cardiorácica, e a Unidade de Queimados. Um sector muito importante e em crescente desenvolvimento é o do Diagnóstico, com destaque para a Imagiologia e a Patologia Clínica.

Este hospital é também uma escola de formação médica, de enfermeiros e outros profissionais de saúde. Inicialmente concebido e designado por “Hospital Escolar”, a sua denominação foi mudando ao longo dos tempos, sem que tivesse sido afectada a que é uma das suas maiores vocações: o ensino.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E., é um estabelecimento de referência do Serviço Nacional de Saúde, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós – graduada e continuada, bem como na área da investigação.

A sua actividade centra-se no primado do doente, através da prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua zona de influência, abarca também a referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa.

Os valores centrais partilhados pelos profissionais do Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. são: Princípios Éticos, de respeito pela dignidade humana e responsabilidade social; excelência dos serviços prestados à comunidade, competências científicas e técnicas.

Os serviços de pediatria representam a maior área do HSM. Inaugurado em Dezembro de **1954**, o **Serviço de Pediatria** constitui o maior Serviço do Hospital. A vertente assistencial, a nível do internamento e Consulta Externa, desenvolveu-se desde a abertura do serviço. Em **1963** é feita a separação do Banco de Urgências Externas do Banco Central. Desde **1976**, no Serviço de Pediatria foi feita a diferenciação em Unidades técnicas e funcionais promovendo assim a resposta diferenciada aos vários grupos de utentes. Na **década de 80** foi criado o regime de Hospital Dia com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das crianças com patologias que requeriam internamentos frequentes. Actualmente o Serviço de Pediatria é um Serviço de Assistência a crianças e jovens até aos 18 anos, cujas principais características são:

- Capacidade de internamento de 154 camas distribuídas pelas unidades de internamento (hematologia, metabólicas, neurologia, pluridisciplinar assistencial, nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, infecciologia, internamento de curta duração, cirurgia, neonatologia e cuidados intensivos);
- Faculta 33 consultas diferenciadas;
- Dispõe de prevenção diária de cirurgia, nefrologia, neurologia e cardiologia;
- Disponibiliza três urgências permanentes (externa, cuidados intensivos pediátricos e neonatais);
- Está dotado de um sector de técnicas pluridisciplinares (pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, neurologia, cirurgia, ortopedia e neonatologia);

- Dispõe de laboratório especializado, afim de dar resposta às necessidades internas e externas, através da execução de técnicas específicas da idade pediátrica.

1.1 - O SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O **SUP** do Hospital de Santa Maria iniciou funções no ano de 1961, em instalações provisórias. Apenas desde 1979 utiliza o actual espaço físico. Situado no Piso 2 do HSM, admite crianças até aos 18 anos menos um dia.

Serve a *Unidade de Saúde A*, abrangendo as freguesias do Lumiar, Alvalade, Bucelas, Caneças, Famões, Fanhões, Frielas, Loures, Lousã, Odivelas, Olival de Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião, Póvoa de São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal e Santo António dos Cavaleiros. Dá também apoio a hospitais da Zona Centro-Sul, nomeadamente, Caldas da Rainha, Santarém, Torres Novas, Setúbal, Beja, Évora, Faro e Portimão.

A 7 de Dezembro de 2000 terminaram as obras de remodelação e beneficiação do SUP, altura em que inicia funções com a actual estrutura de 3 Unidades:

- Balcão de Urgência (Triagem e Sala de Tratamentos) e Serviço de Observação de Pediatria (SOPed);
- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed);
- Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP).

O **Balcão de Urgência** é uma unidade ambulatoria destinada ao atendimento da criança/adolescente, em situação de urgência/emergência, proveniente do domicílio ou de outra instituição. Assim, ao Balcão recorrem crianças gravemente doentes, muitas a necessitar de cuidados imediatos, com várias patologias, desde dificuldade respiratória, crises convulsivas, sépsis, paragem cardiorespiratória, intoxicações, entre outras. Situações traumatológicas, com excepção de traumatismos cranianos, dão entrada pela Urgência de Adultos, de forma a beneficiarem do apoio da Ortopedia, Pequena Cirurgia e Exames Complementares de Diagnostico. Pelos dados a que pude ter acesso verifiquei que nos meses de Agosto, Setembro e parte

de Outubro (dados até dia 17/10/11) a afluência ao SUP foi de 2909 crianças (356 até aos 8 anos; 1177 dos 8 aos 18 anos e 1376 dos 16 aos 18 anos). Situando-se a média diária nas 93.84 crianças.

Do Balcão de Urgência fazem parte a Sala de Triagem, Sala de Aerossóis, Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Ortopedia e Sala de Pequena Cirurgia. Por falta de recursos humanos, tanto a Sala de Ortopedia como a Sala de Pequena Cirurgia funcionam como salas de observação e vigilância.

A Equipa de Enfermagem é constituída por 43 elementos, distribuídos em equipas de 7 elementos, sendo que um é responsável pela Triagem, outro pela Sala de Tratamentos, dois pelo SOPed, e três pela UCIPed.

Para além dos enfermeiros, no SUP existem seis equipas médicas (com cinco médicos cada), auxiliares de acção médica, e uma secretária de unidade.

A **Sala de Triagem** funciona desde Maio de 1999, sendo aqui que se realiza o primeiro contacto entre técnicos de saúde e crianças/famílias após admissão no serviço. A triagem consiste na observação e avaliação rápida da criança/adolescente, determinação do grau de gravidade da situação, e estabelecimento de prioridades. É efectuada por um enfermeiro, tendo como base os critérios de atendimento; após a triagem, seguem-se um conjunto de primeiras decisões terapêuticas, e posteriormente, é realizado o devido encaminhamento. As situações mais frequentemente detectadas são: Hipertermia, Vómitos e Diarreia, Odinofagia, Otolgia, Deglutição/Introdução de corpo estranho, Convulsões, RN com choro persistente, Erupções dermatológicas, Dificuldade Respiratória, Asma Brônquica, Cefaleias, Dor Abdominal, e Traumatismo Craniano.

A **Sala de Aerossóis** é um pequeno espaço físico com nove rampas de oxigénio e de vácuo. É uma sala polivalente, especialmente destinada à administração de terapêutica inalatória, porém, também usada como sala de acompanhamento e vigilância de crianças, nomeadamente para controlo de hipertermia e de desidratações ligeiras.

Na **Sala de Tratamentos** é possível preparar e administrar terapêutica prescrita, colher produtos biológicos para análise, proceder à avaliação de sinais vitais, administrar oxigénio, preparar, encaminhar ou realizar exames complementares de diagnóstico, aspirar secreções, preparar o internamento, proceder a punções venosas, entre outros.

Na **Sala de Reanimação** dão entrada crianças em risco de vida, o que obriga à actuação imediata e adequada da equipa de saúde, que tem que actuar com rapidez e destreza. Aqui é realizada a reanimação e estabilização da criança/adolescente, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para a unidade ou para um serviço de internamento de pediatria. As situações mais frequentes são as Convulsões, Paragens Cardiorespiratórias, Sépsis, Desidratação Graves, Choques hipovolémicos, Aspiração de Vómito e Intoxicações. Esta sala está equipada com três rampas de oxigénio e de vácuo, Dinamap, Monitor CardioRespiratório, Oxímetro, Ventilador de Transporte, Desfibrilhador, Carro de urgência, entre outros.

O **Serviço de Observação de Pediatria** (SOPed) tem capacidade para seis utentes, sendo aqui que crianças/adolescentes permanecem para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico, em média entre 24 a 48 horas, sendo posteriormente transferidos para um serviço de internamento, se necessário. Os clientes que aqui acedem provêm da Sala de Reanimação, da Sala de tratamentos, ou directamente de outros serviços ou instituições. Caso o quadro clínico se agudize, a criança/adolescente é transferida para a UCIPed. As situações clínicas mais frequentes são os politraumatismos, os traumatismos craneoencefálicos, pós operatórios de pequenas cirurgias, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratação moderada a grave, convulsões, e vigilância pós exames complementares de diagnóstico. O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/família.

A **Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria** (UCIPed) foi remodelada, funcionando segundo os moldes actuais desde Dezembro de 2000. É uma unidade de alta tecnologia, essencial para o tratamento de grande emergência. Tem capacidade para seis utentes, e tem uma sala de "Directos". Todas as unidades dos

doentes têm computadores próprios, bem como os respectivos monitores, Ventiladores, Monitores Cardio Respiratórios e Dinamaps. A unidade tem também um ventilador de transporte, um ventilador de óxido nítrico e um carro de urgência. Desde Setembro de 2004 que integra o sistema informático PICIS. As situações clínicas mais frequentes aqui são os poli traumatismos, Insuficiência respiratória, Sépsis, Pneumonia, Transplante renal, Intoxicações, Coma, situações que necessitam de suporte ventilatório, Mal convulsivo, pós-operatório de diversas especialidades, e patologias que requerem diálise peritoneal, hemodiálise ou hemodiafiltração. O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, com um rácio de um enfermeiro para dois utentes. Faz parte desta unidade a **Unidade de Cuidados Intermédios** (UCI), actualmente encerrada por falta de recursos humanos.

A **Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP)**, é constituída pelas especialidades de gastroenterologia, cardiologia, pneumologia e neurologia. Apenas na especialidade de gastroenterologia existe a colaboração de enfermagem na realização dos seguintes exames: Endoscopia com anestesia, Colonoscopia com anestesia, Phmetria e Teste de intolerância à lactose. Semanalmente é realizada uma consulta de enfermagem para preparação da criança/família para os exames que se efectuam com anestesia.

1.2 - UNIDADE PLURIDISCIPLINAR ASSISTENCIAL (UPA)

A Unidade de Pediatria Piso 6 integra várias unidades, cada uma com o seu corpo clínico, que são Hematologia, Neurologia, Doenças Metabólicas e Unid. Pluridisciplinar Assistencial (Pediatria Geral). Possui 16 vagas, sendo 2 quartos para situações de isolamento, funcionando também no piso o Hospital Dia das respectivas especialidades.

Presta cuidados a crianças e famílias dos 0 aos 18 anos de idade, provenientes do serviço de urgência, da consulta externa, serviços de internamento ou de outros hospitais. Segundo a Sra. Enf.^a Chefe, tem como objectivo *“prestar cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade ao utente pediátrico e à família nas*

áreas das especialidades, de modo a garantir que o tempo de internamento seja o mais curto possível”

As patologias mais frequentes por especialidades são na Hematologia a Anemia Aplásica ou outras falências medulares associadas a outras situações adquiridas ou congénitas; Anemias; Drepanocitose; Hemofilia ou outras alterações da coagulação. Na Neurologia, a Epilepsia, Síndromes convulsivos, AVCs ou outras Malformações Artério-Venosas. Nas Doenças Metabólicas, com Distúrbios do metabolismo dos aminoácidos (Fenilcetonúria, acidémia propiónica, acidémia metilmalônica), do ciclo da ureia, do piruvato e da gliconeogênese, do glicosaminoglicano (Mucopolissacaridoses tipo1 e 2), gangliosidoses (Doença de Gaucher), Hiperlipidémias entre várias outras alterações. Na Endocrinologia, a Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes insipidus, hiperinsulinismo, hiperaldosteronismo e outras alterações na função hipofisária. Na UPA, as situações são várias como Politraumatismos, Traumatismo crâneo-encefálico; infecções várias como respiratória, dermatológicas, ORL, urinária, gastro-intestinal com necessidade de antibióticoterapia endovenosa; Síndromes polimalformativas; Recém-nascido com complicações como apnéias, necessidade de treino da autonomia alimentar; pós operatórios vários principalmente ORL e Neurocirúrgico; situação de risco social na criança como maus tratos, negligência ou abandono e retirados para adopção.

1.2.1 - Caracterização da equipa de enfermeiros e de Assistentes Operacionais:

- **Enfermeiros:**

A equipa de enfermagem é composta por 15 elementos, sendo constituída pela Enfermeira Chefe, 4 Enfermeiros Especialistas (em que uma é o elemento de apoio à gestão), 4 Enfermeiros Graduados e 6 Enfermeiros. Quanto a organização do trabalho, encontram-se com horário fixo de manhãs e com horário de 42h/sema a Enfermeira Chefe, Enfermeira Especialista e 1 Enfermeira Graduada responsável pelo Hospital Dia. Os restantes elementos da equipa de enfermagem estão em horário de *roulement*, são 4 enfermeiros graduados com 42h/sem., 7 enfermeiros com 40h/sem. e 1 enfermeiro com 35h/sem.

Os elementos são 12 (80%) do sexo feminino, 3 (20%) do sexo masculino. A média de idades é de 37,86 anos. Quanto aos anos de experiência profissional temos uma variação de 2 a 30 anos com a média de 13,6 anos de profissão, sendo de 13,26 anos em serviços de pediatria, e uma média de 9,9 anos de permanência na Pediatria piso-6.

Quanto à formação inicial e aos graus académicos verifica-se que 13 enfermeiros possuem a Licenciatura em Enfermagem e 2 enfermeiros possuem apenas o Bacharelato.

Enfermeiros com Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria são 5, com grau de Mestre em Enfermagem são 4, existem ainda elementos com pós graduações noutras áreas sendo, 1 elemento com a Pós graduação em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores e 2 elementos com pós graduação em Gestão e Cuidados de Saúde.

O rácio enfermeiro/cliente é de 1 para 4 crianças. É utilizado o método individual de trabalho, o referencial teórico que rege a prática de cuidados tem por base o Modelo de Nancy Roper e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

Ambos os pais podem permanecer durante o dia junto ao filho e um deles pode permanecer durante a noite, sendo incentivados a permanecer e a participarem nos cuidados à criança, começando desta forma a preparar a sua capacitação para a alta estimulando-se a manutenção do vínculo com a criança. Os pais podem ainda telefonar para receber informações do seu filho durante 24 horas São permitidas as visitas pontuais dos avós e dos irmãos.

Existem neste serviço várias normas, alguns projectos dos quais saliento a “Norma de actuação na articulação de cuidados e preparação da alta da criança e família internadas na pediatria – piso 6”, esta norma foi elaborada em 2010 pela enfermeira especialista em SIP e encontra-se ainda em fase de aprovação, saliento ainda o “Projecto da Dor” e o “Projecto da Comunicação”

- **Assistentes operacionais:**

A equipa é formada por 9 elementos, todas do sexo feminino, com horário de 40h/sem, estando 3 elementos fixos no horário das manhas e restantes 6 em *roullement*. A média de idades é de 42,88 anos.

Quanto aos anos de experiência profissional varia de 1,5 a 21 anos, com a média de 12,38 anos nesta profissão, sendo de 9,72 na área da Pediatria, e uma média de 9,66 anos de permanência na Pediatria piso-6. Quanto ao grau académico /escolaridade :1 com Licenciatura, 2 a completarem o 12ºano, 3 com o 9º ano, 1 com o 7º ano e 2 elementos com a 4ª classe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  CARNEIRO de MOURA, Miguel – **Hospital Santa Maria 1954 – 1994**. Lisboa: Oficinas Gráficas da Associação de Estudantes Faculdade de Medicina de Lisboa. [1994]. 34p.
-  FERRO, José – Reflexão Estratégica no HSM: Planeamento e Acção. **Santa Maria – Noticias**. Lisboa. Ano 1, nº1 (Janeiro/Fevereiro/Março 2005), p.11-15.
-  LOBO ANTUNES, João – **Hospital Santa Maria 1954 – 2004. 50 Anos de Assistência Ensino e Investigação**. [Lisboa: Comissão Organizadora das Comemorações do Cinquentenário do Hospital de Santa Maria, 2004]. 193p.

C- CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE DOUTOR ALFREDO DA COSTA



1 - PERSPECTIVA HISTÓRICA

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa, terá tido o seu início no ano de 1775, após o terramoto que destruiu grande parte da cidade de Lisboa, um dos edifícios destruídos, não só pelo terramoto, mas também pelo incêndio subsequente, foi o Hospital de Todos os Santos, tendo os doentes tendo sido transferidos para o edifício do Colégio de Santo Antão, este edifício viria a ser convertido no Hospital Real de S. José, das nove enfermarias destinadas a mulheres, uma foi destinada a grávidas e puérperas que tinha quarenta e duas camas mas tinha péssimas condições.

Anos mais tarde foi transferida essa enfermaria de Santa Bárbara para um espaço com melhores condições, o professor e outros, ministravam aí aulas.

Em 1906, o Professor Alfredo da Costa, director da Maternidade de Santa Bárbara não se cansava de pedir melhoramentos, ao Enfermeiro Mor dos Hospitais, considerando as condições indignas para as mulheres.

Ao fim de anos de luta, Alfredo da Costa parecia ter tido eco aos seus esforços na construção de uma nova Maternidade, apesar da autorização de verbas, houve contudo uma reviravolta e mais uma vez os esforços desenvolvidos pelo professor, não foram compensados, e a verba foi gasta na construção do que é hoje, o Hospital de Santa Marta.

O professor Alfredo da Costa veio a falecer a 2 de Abril de 1910, sem que visse concretizado o seu sonho. Em 15 de Maio de 1910, amigos e admiradores formam

uma comissão em sua homenagem, após vários reveses, o sonho do professor viria a ser realidade em 5 de Dezembro de 1932.

Em 6 de Dezembro de 1932, foi admitida na Maternidade Dr. Alfredo da Costa a primeira grávida, a Gloria Martins, tinha 18 anos e coube-lhe o Boletim Nº1 teve um rapaz com 3,500kg no dia 23 de Janeiro de 1933, de salientar que entre 6 e 31 de Dezembro desse ano 96 partos.

Desde a sua abertura até 2005 nasceram mais de 540 mil crianças, o que faz desta a maior instituição de Portugal Hoje a maternidade é palco de muitos nascimentos por ano.

A Maternidade Alfredo da Costa tem como principal missão e atribuição o Garante da saúde da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida, pautando a sua actuação por valores como o primado do utente, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação profissional dos seus trabalhadores. Actualmente a actividade da Maternidade Alfredo da Costa desenvolve-se na área da saúde pré natal e neonatal, pré concepcional e ginecológica. Esta organizada em oito serviços clínicos: Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria/Neonatologia, Anestesia, Patologia Clínica; Imunohemoterapia, Radiologia e Anatomia Patológica e nove serviços de apoio.

2- UNIDADE DE NEONATOLOGIA DA MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA (MAC)

A Unidade de Neonatologia da MAC, funciona no primeiro piso da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. É constituída pela Unidade de Cuidados intermédios Neonatais e pela Unidade de Cuidados intensivos Neonatais, que formam um serviço único que partilha a mesma equipa multidisciplinar e a mesma chefia. Da equipa multidisciplinar fazem parte: nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, médicos consultores de cardiologia, cirurgia, oftalmologia e neurologia. Tratando-se de um espaço com equipamento de alta tecnologia para assegurar cuidados altamente diferenciados ao RN, em situação de risco, situações estas, quer devido à prematuridade e aos factores a ela associados, quer a outras complicações que surjam no decurso da gravidez e/ou no período perinatal, entre elas, por exemplo, aspectos correlacionados com a asfixia e infecções ou outras situações que tenham impacto directo na saúde do RN. Dispõe de uma equipa médica e de enfermagem altamente qualificada. A equipa de enfermagem é composta por oitenta elementos que se distribuem por dez equipas. Cada equipa tem sete enfermeiros, sendo que um destes é o responsável de turno. Neste serviço existem dois elementos de apoio á gestão, e que praticam horário fixo e ainda três enfermeiros de horário fixo que dão apoio aos cuidados. Existem dez enfermeiros especialistas estando distribuídos por ambas as unidades.

O rácio enfermeiro/cliente é de um enfermeiro par quatro crianças na Unidade de Cuidados Intermédios e de um enfermeiro para duas crianças na Unidade de Cuidados intensivos. É utilizado o método individual de trabalho e embora refiram não se apoiarem em nenhum referencial teórico é adoptado a Filosofia dos cuidados Centrados na família. Refiro ainda que alguns colegas com quem contactei durante o período de estágio, entre eles a Enf.^a que me orientou, referem o Modelo de Afaf Meleis como Modelo teórico que mais se aplica à sua prestação de Cuidados.

A junção dos dois serviços é recente e ainda existem um conjunto de enfermeiros mais afectos a uma ou outra unidade. Se bem que em períodos de carência possam transitar num turno de uma para outra.

Em ambos os serviços existem várias normas, alguns projectos dos quais saliento o “Projecto da dor no R.N.”, o “Projecto Kangaroo”, o “Banco de Leite”, o Espaço bebé”, “ Espaço Amamentação”, existem também alguns trabalhos como o Manual de Aleitamento Materno. Não existem trabalhos feitos sobre maus tratos infantis, embora exista uma enfermeira que desenvolveu esta temática no âmbito da especialidade.

2.1- Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN)

A UCIN tem capacidade para trinta recém-nascidos, raramente atingindo a lotação completa. Possui dezoito incubadoras e 12 berços. Os diagnósticos mais frequentes são a prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória (SDR) e infecções neo-natais.

Os pais podem permanecer ou telefonar para a Unidade vinte e quatro horas do dia. São permitidas as visitas dos avós e dos irmãos sendo o horário das visitas praticado das dezasseis às dezassete horas, e nesse tempo é permitida apenas a presença de duas pessoas junto do recém-nascido.

O serviço possui ainda o projecto Baby-Care, projecto desenvolvido em parceria desde 2004 entre a Mac e a Portugal Telecom e que possibilita a transmissão de imagens de vídeo do recém-nascido da Unidade de cuidados especiais e a casa dos pais. Actualmente, por motivos não completamente por mim descortinados. Este sistema não se encontra a funcionar.

O serviço disponibiliza ainda uma consulta de desenvolvimento para crianças e recebe recém-nascidos da própria maternidade, no decurso de uma gravidez em que já é, de certa forma previsível, o desfecho de um parto pré termo ou outra situação, em que seja necessário assegurar cuidados específicos em contexto de cuidados intensivos ao recém-nascido. Recebe também, bebés vindos de outras maternidades, quer da zona da grande Lisboa, quer da zona a sul do Tejo, em que os serviços não disponham dos recursos necessários para fazer face às necessidades do recém-nascido em situação de risco. Devido aos problemas

socioeconómicos e de risco relevantes em algumas famílias a MAC apoia e assiste no domicílio alguns recém-nascidos de risco a quem prestou assistência neonatal. Em 2006 teve início um Projecto de apoio domiciliário, conjuntamente com a Associação de Ajuda ao recém-nascido, só possível pela existência de um corpo de voluntariado que na maternidade desenvolve o seu trabalho de apoio humanitário e social, no entanto esse projecto actualmente não tem incorporado um enfermeiro, pelo que a visitação é feita pela assistente social, por voluntárias ou fisioterapeuta, e quando detectado algum problema é comunicado à enfermeira chefe da neonatologia e encaminhado à consulta de desenvolvimento da maternidade. É feita a interligação destas crianças pela assistente social ou pelo núcleo de crianças em risco com o centro de saúde da área e estas crianças/famílias são visitadas pelas enfermeiras do centro de saúde.

Existia ainda o “espaço bebé” Este espaço foi encerrado no dia 22 de Novembro por motivo de término de contrato de quatro enfermeiros. Este serviço tinha como principal objectivo a promoção da vinculação. Nele ficavam internados recém-nascidos que necessitavam de apoio na introdução da alimentação, recém-nascidos a aguardar adopção, recém-nascidos com síndrome de abstinência, recém-nascidos com necessidade de fototerapia, ou recém-nascidos de cesariana onde se proporcionava descanso às mães no intervalo das mamadas. Devido ao seu encerramento os recém-nascidos foram transferidos para a neonatologia.

De mencionar ainda nesse piso a existência de uma sala de reuniões, uma sala de apoio aos pais, O banco de leite sediado onde todas as mães que assim o desejem podem dar leite materno que será posteriormente utilizado para outros bebés, mediante um processo de esterilização. Estas mães têm de se submeter previamente e periodicamente a análises.

2.2- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN é a mais antiga unidade do país. É pioneira em áreas de inovação tecnológica da assistência intensiva neonatal. Os diagnósticos mais frequentes são a prematuridade, o S.D.R., síndrome de abstinência, incompatibilidades sanguíneas. Realizam-se nesta unidade tratamentos específicos e inovadores como a administração terapêutica de óxido nítrico, o tratamento de Cooling e muitas outras técnicas.

Tem a lotação de 13 vagas de cuidados intensivos, distribuídas por 13 “box” separadas por vidros, que permitem um cuidado mais individualizado, uma maior privacidade da família e a minimização dos riscos de infecção. Cada “box” é constituída por 1 incubadora, 1 lavatório e todo o material de apoio que possa ser necessário para cuidar do RN de risco.

Os pais podem permanecer 24 horas junto ao filho, se assim o desejarem, e dispõem de uma sala de apoio onde podem descansar. O projecto BabyCare permite aos pais que não possam permanecer junto do bebé assistirem pela televisão gratuitamente em casa às imagens multimédia do seu filho mas como referi anteriormente não está em funcionamento. Durante as 24 horas os pais dispõem do apoio de toda a equipa multidisciplinar podendo saber informações do seu filho a todas as horas. A terapêutica funciona em unidose, e o seu pedido é feito em suporte de papel. A sua preparação, administração e avaliação é feita pela enfermeira responsável pelo bebé. Actualmente o serviço encontra-se num sistema de transição para o sistema informático, sendo alguns registos de enfermagem feitos desta forma.

O serviço do INEM para o recém-nascido, está sediado na MAC, inicialmente estava no Hospital de Santa Maria. A equipa é composta por um enfermeiro, um médico e um tripulante, existem duas ambulâncias e a equipa, escalada, permanece na MAC a aguardar a “chamada”, é uma actividade aparentemente muito do agrado dos enfermeiros, para integrar este equipa é necessário pelo menos ter dois anos de

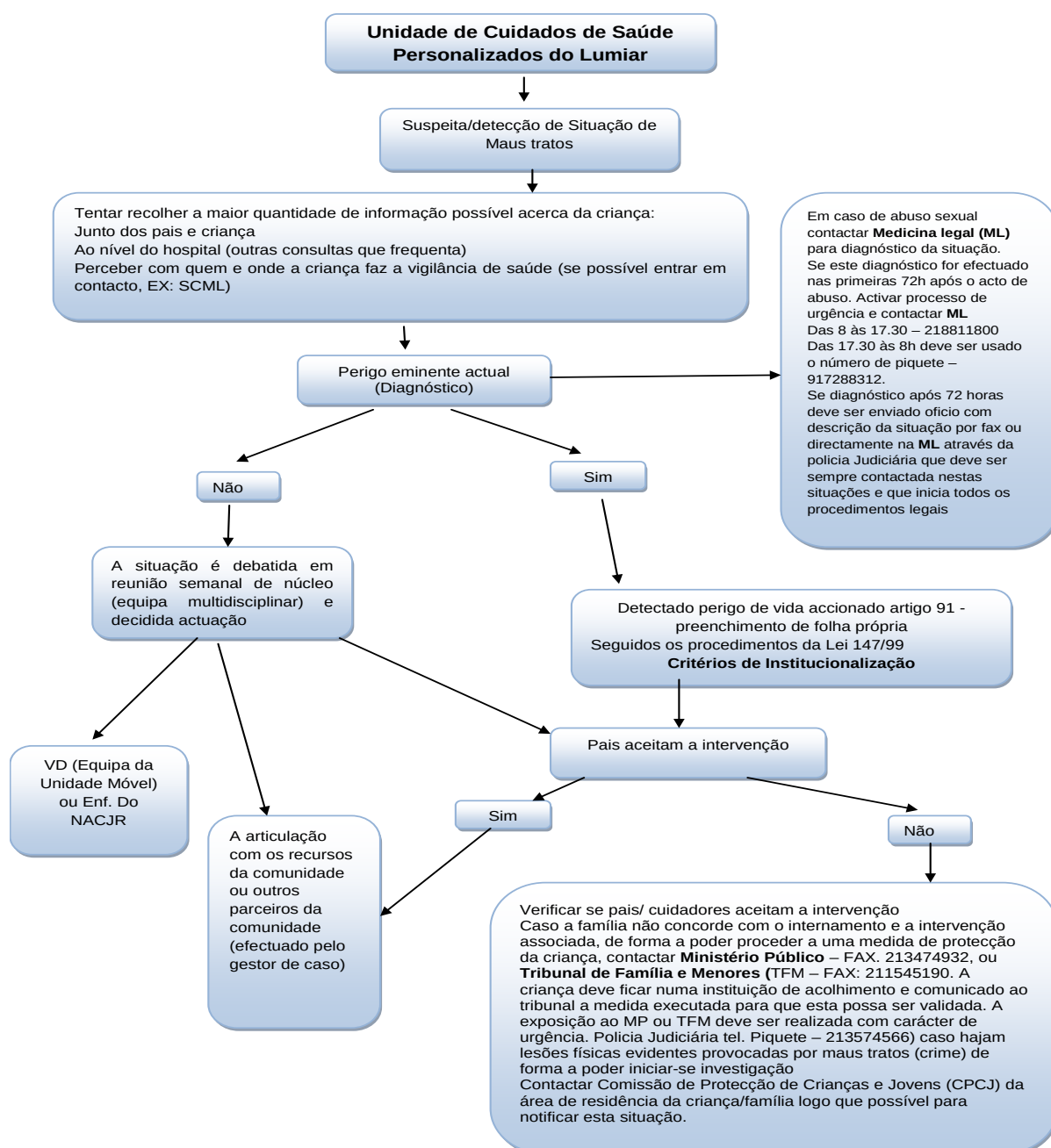
experiencia profissional. O INEM transporta o recém-nascido em risco de uma maternidade ou hospital efectuando a sua transferência.

A MAC é uma das Unidades de Saúde do país considerada pela OMS e pela UNICEF como “ Hospital Amigo do Bebê”, respeitando todos os 10 critérios para a sua classificação como tal.

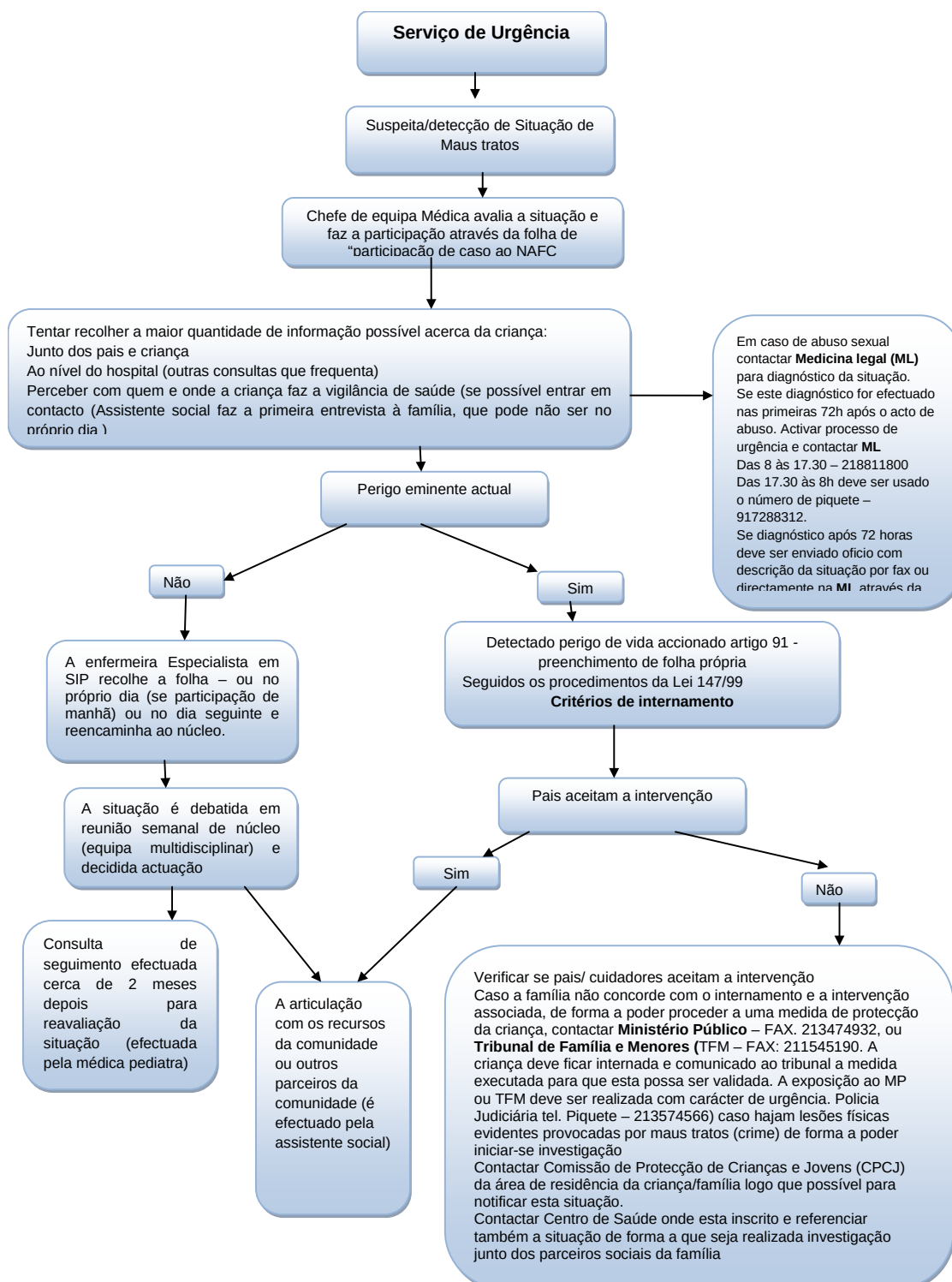
APENDICE VI
Fluxogramas de Actuação

Fluxograma é definido no Dicionário (2011) como “uma representação gráfica da definição, análise e solução de um problema, na qual são utilizados símbolos geométricos e notações simbólicas. Para a realização destes fluxogramas tive em conta as “guidelines” emitidas no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção da DGS (2011), nas suas páginas 15 e 16 bem como o Despacho nº 3129272008 de 6 de Dezembro. Neste fluxograma pretendo estabelecer a ligação entre o que está preconizado pela DGS e o que observei na prática.

UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DO LUMIAR

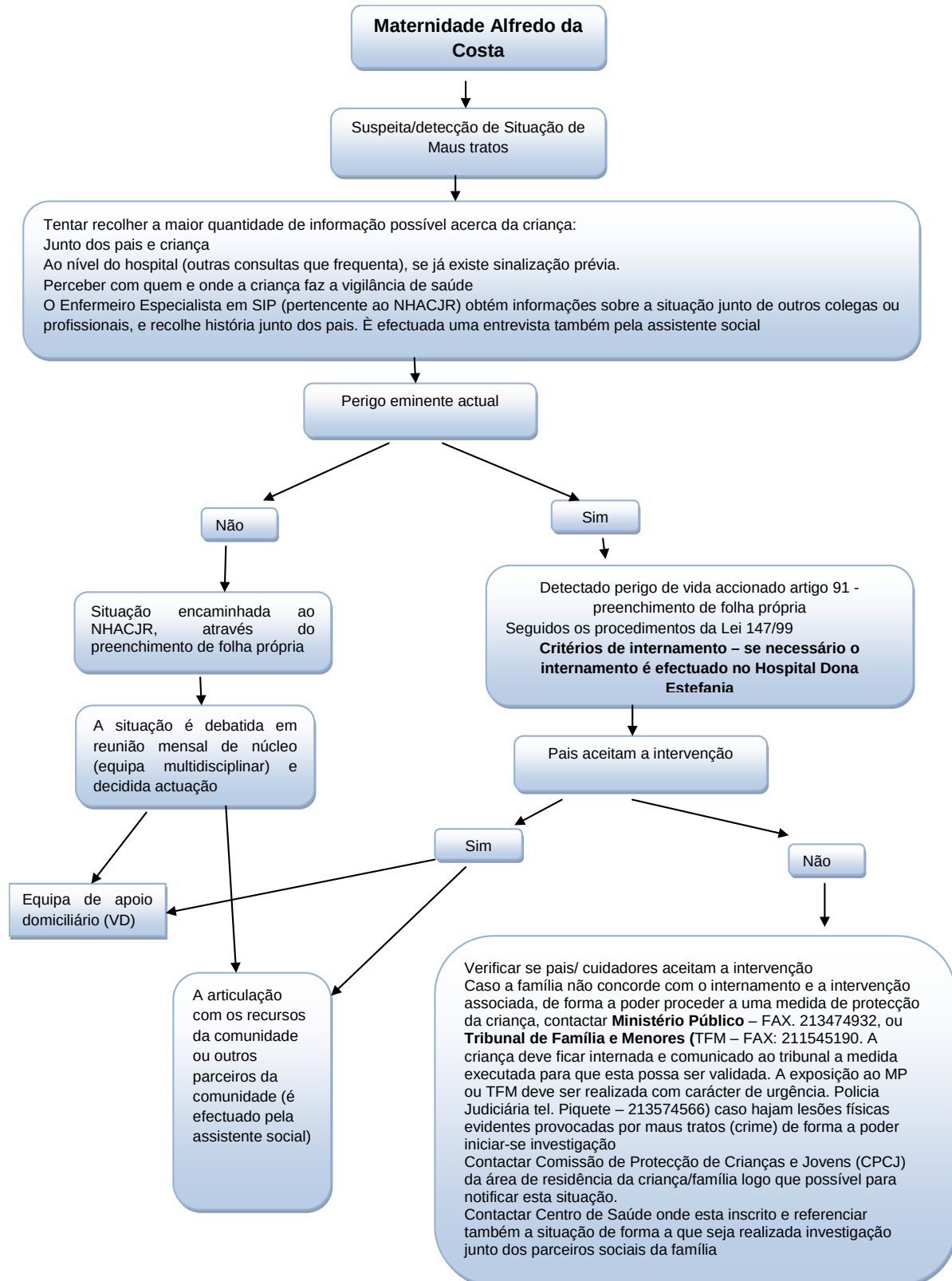


SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSM



MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS



APENDICE VII
Articulação do NACJR do Lumiar

No ACES Lisboa Norte, cada Centro de Saúde tem o seu NACJR, tal como é preconizado pela DGS no **Despacho nº 31292/2008, de 5 de Dezembro**, onde na alínea C) de 3.3 se lê “ em cada agrupamento de Centros de saúde (ACES) deve existir, pelo menos, um NACJR inserido numa unidade funcional considerada mais adequada pela respectiva organização de acordo com os normativos aplicáveis. Sempre que as características sócio demográficas, ou outras, o exijam, poderá haver a lugar à criação de mais núcleos no mesmo ACES.” (DGS 2011). A Missão Para os cuidados de Saúde Primários esclarece em 2009 que “neste sentido, em cada ACES, os NACJR actuam em articulação com as várias Unidades Funcionais que prestam cuidados de proximidade e inserem-se em, em cada Centro de Saúde, de forma semelhante àquelas, vinculados nos mesmos termos aos órgãos de administração e fiscalização. Assim, os NACJR, de acordo com o **Despacho nº 31292/2008, de 5 de Dezembro**, desenvolvem a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão.

O Núcleo do Lumiar foi um dos núcleos pioneiros a nível Nacional. A nomeação do NACJR do Lumiar¹ teve lugar em Junho de 2007. O seu percurso de criação inicia-se com o despacho nº 117, emanado do Gabinete do então Ministro da Saúde em 24.04.2007, após o que se sucedeu um reunião em 19 de Junho de 2007 na ARSLVT IP para a apresentação do projecto e nomeação do coordenador para este nível na ARS.

A partir de Janeiro de 2008 inicia-se a construção de uma base de dados, com o objectivo de possuir um só ficheiro, é nessa altura que se iniciam reuniões entre alguns membros da equipa. Após definição da estratégia de trabalho, era imperativo a construção do regulamento interno, este teve a sua aprovação e homologação em 18 de Setembro.

O Núcleo de Crianças e Jovens em Risco do Lumiar, é composto por uma médica, três enfermeiras especialistas em SIP, duas Técnicas de Serviço Social e duas Psicólogas e uma Médica de Família.

¹ As informações sobre o NACJR que apresento são decorrentes de entrevistas informais efectuadas às duas enfermeiras especialistas em SIP, e de pesquisa bibliográfica sobre o assunto.

Os Núcleos assumem especial importância como estruturas do primeiro nível de intervenção, uma vez que os maus tratos são uma matéria de elevada complexidade, necessitando de avaliação e acompanhamento especializado e que muitas vezes ultrapassam as possibilidades dos profissionais e equipas que com eles se deparam. Assim, cabe aos NACJR prestar consultoria aos outros profissionais ou assegurar o seguimento dos casos mais complexos (PORTUGAL, 2008).

A intervenção do NACJR do Centro de Saúde do Lumiar é dirigida no sentido de preservar os laços familiares, apostando nas competências parentais, sendo preponderante a aceitação da ajuda e colaboração da família num projecto de intervenção familiar (PIAF). Este compreende as necessidades da criança, a valorização do papel parental e na ajuda ao desenvolvimento das competências inerentes ao desempenho do mesmo. O objectivo é a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família uma vez que o NACJR desenvolve procedimentos visando sistematizar e harmonizar as intervenções na família de acordo com os conhecimentos científicos mais recentes.

A UCSP do Lumiar Articula-se actualmente aos vários níveis:

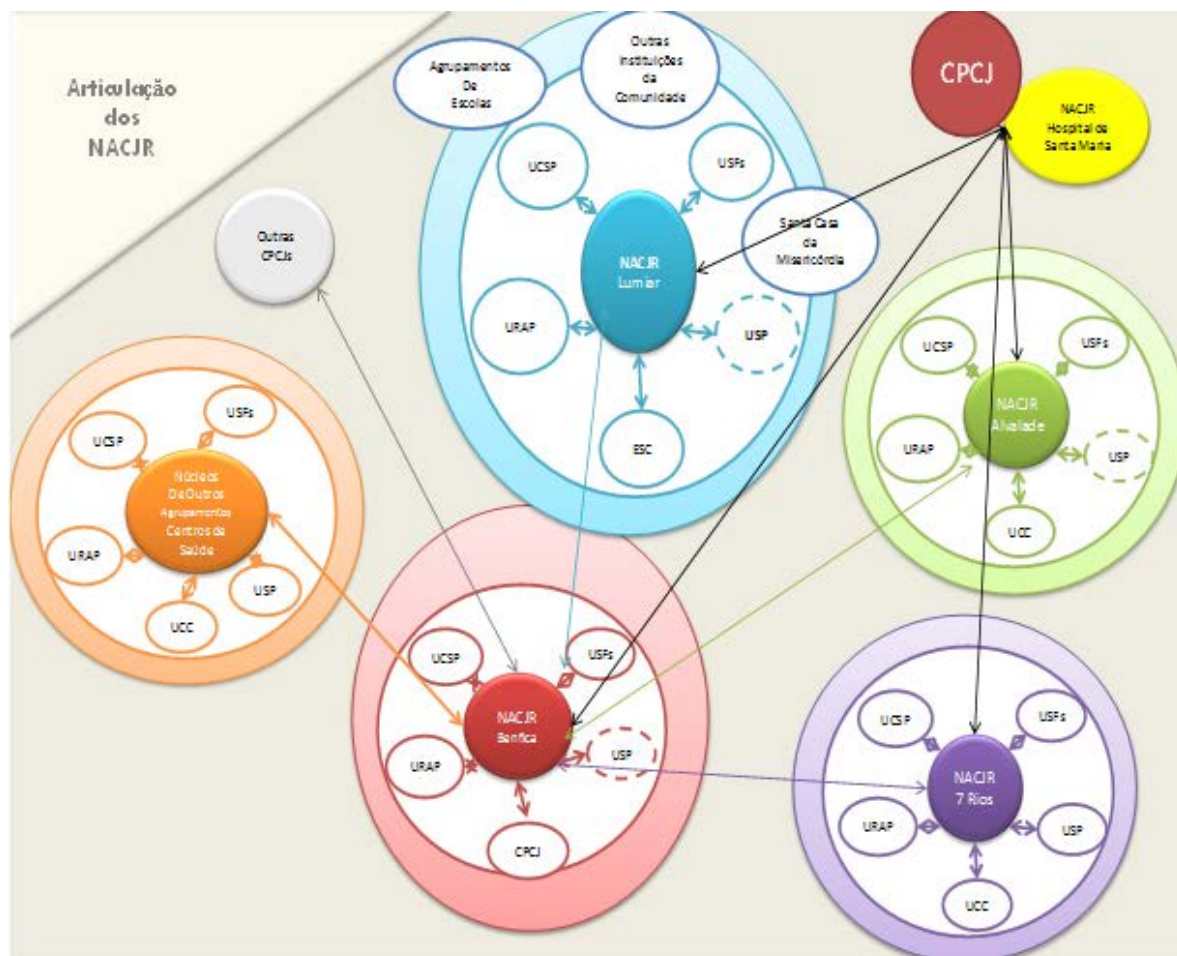
1º Nível – Outros profissionais de enfermagem e Profissionais de diversas áreas, e várias entidades (SCM Lisboa, IPSS, organizações não governamentais entre outros),

2º Nível - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), fazem actualmente reuniões mediante necessidade, para discussão de casos².

No quadro seguinte, pretendo ilustrar as articulações que existem entre o NACJR do Lumiar e os restantes parceiros.

² Tive a oportunidade de, durante o período de estágio, integrar uma destas reuniões, onde consegui observar a articulação dos diversos técnicos e de instituições no sentido de melhorar a continuidade dos cuidados prestados às crianças jovens e famílias de risco.

Quadro 1 – Articulação do NACJR do Lumiar



Na UCSP do Lumiar existem 82156 Inscritos, destes 18,8% são crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos (dados retirados do programa SINUS em Outubro de 2011).

Dados oficiais do núcleo referem que em 2008 existiam 876 crianças de risco. Estas foram referenciadas por diferentes instituições tais como: HSM – 85, NACJR – 180, CPCJ – 320 e Outras Instituições – 28. Em 2009, foram sinalizados 123 novos casos, em 2010 foram sinalizados 24 novos casos e em 2011, até ao mês de Setembro, foram referenciados ao NACJR 86 novos casos.

APENDICE VIII

Reflexão na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Reflexão de Estágio Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar



Lisboa
Outubro de 2011

Cláudia Celina Costa Martins - N.º 3551

No presente estágio, a decorrer na UCSP do Lumiar, tenho tido oportunidade de proceder, a uma observação participante nas diversas áreas da saúde infantil. Considero este facto muito relevante contribuindo para adquirir e desenvolver as minhas competências técnicas científicas e relacionais, no âmbito da Especialidade de SIP.

A consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é efectuada por duas enfermeiras especialistas em SIP e uma enfermeira generalista, das consultas que pude observar e participar estiveram sempre presentes enfermeiras especialistas de SIP.

Estas consultas são indubitavelmente um momento essencial para a intervenção do enfermeiro aos vários níveis: avaliação global da criança e família, identificação de situações de risco, promoção das competências parentais e ajudar os pais a adaptarem-se às diferentes fases de desenvolvimento da criança. Durante as consultas foi-me possível participar activamente e de forma mais autónoma numa fase mais avançada, em intervenções de enfermagem como avaliação do crescimento da criança (avaliação de medidas antropométricas e seu registo adequado), avaliação do desenvolvimento da criança relativamente à sua idade cronológica (psicomotor, linguagem, social), alimentação, segurança e prevenção de acidentes, assim como a relação da criança com os outros (família, irmãos, integração na escola).

Na avaliação do desenvolvimento da criança é utilizado o Teste de Mary Sheridan, as consultas de Enfermagem precedem as Consultas Médicas. O agendamento das consultas efectua-se nas idades chave preconizadas no Programa Tipo de Saúde Infantil e publicadas em Circular Normativa 9/DSI de 6.10.1992, da então DGS. Nas consultas os enfermeiros estão atentos às dúvidas dos pais, esclarecendo-os de forma clara e adequada. ABEJAR (1990), refere que a informação fornecida à família deve transmitir credibilidade, confiança e segurança. A linguagem deve ser de fácil compreensão, simples, clara e precisa, de modo a facilitar a percepção da informação. Por fim, somente devem ser abordados assuntos adequados e pertinentes ao momento. Existe sempre uma preocupação em envolver os pais nos cuidados.

A intervenção efectuada pelas enfermeiras em Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil demonstrou-se muito abrangente, indo muito para além da simples avaliação dos parâmetros antropométricos. Pude observar que eram colocados em prática, não só os conhecimentos científicos, mas também atitudes, capacidades de comunicação, imaginação e competências interactivas com a família. Estas consultas são momentos privilegiados para o ensino, encontrando-se estes princípios preconizados no **Programa Tipo de Saúde Infantil**. Os cuidados antecipatórios, valorizados no referido programa, são de extrema importância pois permitem acautelar os processos de mudança na família decorrentes do crescimento e desenvolvimento da criança, e prevenir assim situações de desajustamento.

Relembro a situação observada numa primeira Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil para Rastreio de Doenças Metabólicas: a mãe (17 anos), vinha acompanhada da avó da bebé e do companheiro (19 anos). Na primeira abordagem à família a enfermeira especialista obteve, através da colheita da história da família, várias informações importantes. Esta gravidez não tinha sido desejada, tendo inclusivamente a mãe tentado uma interrupção voluntária da gravidez, mas por idade gestacional superior a 10 semanas não foi possível a sua realização. A gravidez prosseguiu sempre com o apoio desta avó materna estando o pai da criança sempre presente no período de gravidez. Embora não coabitassem juntos (cada um vivia com a respectiva família), ambos os pais demonstraram durante a consulta um bom relacionamento entre eles e para com a bebé observado nos comportamentos afectuosos que mantinham com esta. A avó tem ajudado a mãe na prestação de cuidados à bebé e a mãe refere que sem ela teria sido difícil esta nova etapa.

No decorrer da consulta foram verificados vários problemas: o pai referiu ter dificuldades em relação à muda da fralda, tinha medo porque “ela era muito pequenina e frágil” por esse motivo não prestava cuidados à criança, limitando-se a ver; a mãe referia ter dificuldade em amamentar a bebé, mencionava já ter gretas e fissuras nos mamilos o que tornava desconfortável a amamentação, a avó revelou durante a consulta que se considerava preocupada com o facto de a filha ter sido prejudicada, devido à gravidez e nascimento da criança, no curso profissional que se encontrava a frequentar. Refere que a escola não facilita horários ou frequência das disciplinas e teme pelo seu futuro.

Durante a consulta de enfermagem estimulou-se os pais a efectuarem os procedimentos sob supervisão e ajuda de enfermagem, o pai trocou a fralda pela primeira vez e confessou que “afinal não era nada de complicado”. No final da realização do RDM foi colocado o bebé á mama ensinada técnica de mamada e posicionamento correcto de mamada, trabalhar estes aspectos com a mãe ajudava a aperfeiçoar a técnica de mamada, promovendo o conforto e diminuindo o aparecimento de gretas e fissuras.

Foram ainda estimulados a procurar solução junto da escola, podendo a avó servir de articulação junto da mesma. Informou-se ainda a família que caso não conseguissem solucionar esta situação existiam instâncias superiores que podiam ser accionadas (a mãe não podia ser recusada na escola por este motivo).

Verifiquei que a enfermeira especialista de SIP efectuou ensinios à unidade familiar na qual se inclui a criança tendo por base as dúvidas encontradas em Consulta de Enfermagem e não um programa de ensino estabelecido à partida. A enfermeira apoiou a família nesta consulta na sua habilidade para desempenhar as tarefas relacionadas com a educação e a saúde contribuindo, assim, para que esta assumia essas mesmas responsabilidades. A ajuda á família na aquisição e desenvolvimento das competências parentais, è de primordial importância para os profissionais de saúde, principalmente para a enfermeira Especialista de SIP.

A formação parental tem sido definida como o processo de fornecer aos pais ou a outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento da criança (Coutinho, 2004). No entanto, esta perspectiva de fornecer conhecimentos e estratégias, tem sido, gradualmente, substituída por uma perspectiva essencialmente colaborativa, de marcado carácter ecológico e sistémico. Esta abordagem ilustra uma postura de promoção dos recursos e apoios à família, de forma a potenciar o seu funcionamento, crescimento e desenvolvimento.

Segundo Ausloos (1996), a perspectiva psicológica vigente a partir do século XX apostou numa abordagem centrada défice quanto às questões das parentalidade, consequente de uma colagem ao modelo médico e promovendo uma postura

culpabilizante que acentua as falhas da família. A mudança para um modelo sistémico traduz-se numa procura de competências, de forças familiares numa perspectiva relacional que permite a circulação da informação, potenciando assim a inovação (Ausloos, 1996). O enfermeiro faz ênfase nas competências e não nos problemas e deficiências. Isto encontra-se de acordo com o artigo 89 que refere que o enfermeiro “tem o dever de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE 2009 p.141)

Ficou combinada nova consulta dentro de uma semana no sentido de avaliar a evolução da criança e continuar a acompanhar esta família. Foi considerado que havia contexto para o aparecimento de risco.

O Programa – Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (2002), refere que a “avaliação da dinâmica familiar e de rede de suporte sócio-familiar, deve ser uma das preocupações de toda a equipa de saúde”. Assim, durante consulta, a enfermeira especialista de SIP, ao avaliar aspectos da família e do desenvolvimento e comportamento da criança, contribui para a detecção atempada de problemas, podendo assim actuar no desenvolvimento de competências parentais *in loco*, prevenindo assim situações de risco.

O risco é habitualmente conceptualizado em termos de uma fonte de stress capaz de afectar os padrões de interacção familiar dos quais depende o desenvolvimento da criança. Havia nesta família alguns factores de risco como o facto de os pais serem jovens e se considerarem impreparados para a prestação de alguns cuidados à criança, mas havia também factores protectores: uma avó sempre muito envolvida nos cuidados à criança e que sempre deu apoio à filha durante a gravidez.

“Os enfermeiros passam grande parte do seu tempo a cuidar de indivíduos que experienciam uma ou mais mudanças nas suas vidas” (Meleis 2000, P.1). As transições são pois o resultado de mudanças na vida, nas relações de saúde e no ambiente. Os enfermeiros são os principais cuidadores do cliente e sua família em processo de transição. Atendendo às mudanças que as transições trazem para a vida diária dos clientes e suas famílias, os enfermeiros podem contribuir,

preparando-os para as transições eminentes e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências para a saúde do cliente e experiência de doença (MELEIS e tal, 2000).

Existem muitos acontecimentos que podem desencadear um período de transição, o caso de nascimento de uma criança implica a transição de um estado “não parental” para um “estado parental”, este período é reconhecido como sendo de grande importância do ponto de vista cultural e psicossocial (Meleis 2000, p.15), com necessidade de inúmeros ajustamentos por parte dos elementos envolvidos (pais, família).

O aparecimento de uma 3ª pessoa (a criança), muda a estrutura do grupo, de uma díade para uma tríade, com significantes mudanças no papel, podendo causar conflito, se não for antecipada, reconhecida ou ignorada (Meleis 2000, p.15).

Nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil são trabalhadas as competências parentais e a formação parental deve apostar na promoção dos recursos e apoios às famílias, de modo a potenciar o seu funcionamento, crescimento e desenvolvimento. Nesta consulta foram utilizadas pela Enfermeira especialista de SIP um conjunto de estratégias que visaram otimizar o processo de transição, de modo a que a passagem de um estado não parental para um estado parental se efectue e que ambos os pais adquiram as competências inerentes ao novo papel, ao actuar precocemente o enfermeiro evita a insuficiência de papel. A insuficiência de papel, como define Meleis é “qualquer dificuldade na cognição ou performance de um papel ou dos sentimentos e objectivos a ele associados e percebido pelo *self* (próprio) ou por outros significativos.” (Meleis 2000 p. 16).

Relevante também, foi observar a preocupação da Enfermeira em minimizar o sofrimento da criança no procedimento invasivo, como é o caso do Rastreio das Doenças Metabólicas, sendo efectuada a preparação dos pais e promovido, durante o procedimento, o uso da chucha e do aconchego. Não se utilizam contudo outras medidas como por exemplo o uso de sucrose, que como sugerem os estudos de investigação de Curtis et al (2007) e de Gaspardo, Linhares e Martinez (2005) seriam mais eficazes.

Este foi para mim um importante momento de reflexão, pois foi possível verificar que em consultas de Si os enfermeiros especialistas em SIP estão muito despertos para detectarem situações de possível risco. Os enfermeiros especialistas em SIP detêm conhecimentos e habilidades que lhe permitem responder “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar” (OE 2010), e contribuem para a “detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco” (OE 2010).

O enfermeiro especialista em SIP é um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, sendo este um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, em particular em situações de maior vulnerabilidade, nomeadamente nas situações identificadas como de risco. Pelo seu conjunto de competências, a Enfermeira especialista de SIP, estará preparada para efectuar uma avaliação holística da criança e família na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, considerando os diversos aspectos do desenvolvimento e comportamento da criança, assim como a sua interacção com os pais. Este facto permite uma detecção precoce dos problemas, tanto a nível prevenção primária, secundária ou terciária através de um trabalho continuado com a família e, muitas vezes, em colaboração com outras instituições disponíveis na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ABEJAR, M., PARRA, M. – Communication Terapêutica y Cuidado. **Revista de Enfermeria Rol**. Barcelona. ISSN 0210-5020. nº 147 (Novembro 1990) 123-128.
- 📖 AUSLOOS, G. (1996). **A competência das famílias – tempo, caos e processo**. Coleção **Sistemas, Famílias e Terapias**. Lisboa: Climepsi Editores.
- 📖 SCANNAPIECO, M. & CONNELL-CARRICK, K. (2005) - **Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective**. New York: Oxford University Press.
- 📖 AZEVEDO, M. C. & MAIA, A. C. (2006) - **Maus-Tratos à criança**. Lisboa: Climepsi Editores.
- 📖 ALARCÃO, M. (2000) - **(Des) Equilíbrios Familiares**. Coimbra: Editora Quarteto
- 📖 LOPES, S. & FERNANDES, P. G. (2005). O Papel Parental como Foco de Atenção para a Prática de Enfermagem em **Sinais Vitais**. Nº. 63. Novembro. p. 36-42;
- 📖 PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- 📖 COUTINHO, M. T. (2004) - Apoio à família e formação parental. **Análise Psicológica**, 1(XXII), 55-64.
- 📖 CURTIS, S. et al . (2007). A randomized controlled trial of sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receiving venipuncture in a pediatric emergency department. **BMC Pediatrics**. Vol. 727(2007).
- 📖 GASPARD, C., LINHARES, M., MARTINEZ, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da Literatura. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81 nº6 (2005). P. 435-442.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediatria**. Série I, Vol. 1, nº 3. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-844-00-4.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor – Guia Orientador de Boa Prática**. **Cadernos da Ordem dos Enfermeiros**, Série I, Número I, 2008. ISBN: 978-972-99645-9-5

-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico** (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Disponível em: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Conselho de Enfermagem – Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. 2009.
-  MELEIS, A., I. (2010) Transitions Theory, Middle-Range and Situation- Specific Theories in **Nursing Research And Practice**, Springer publishing Company, New York, ISBN, 978-0-8261-0535-6

APENDICE IX

Reflexão da articulação de cuidados entre a CPCJ e o NACJR do Lumiar

Uma das actividades com grande relevância no meu percurso na Unidade de Cuidados Personalizados do Lumiar, foi a participação numa reunião conjunta entre elementos da CPCJ e elementos do núcleo. A reunião decorreu na Comissão de Protecção de Jovens (CPCJ) Lisboa Norte. Nas reuniões são debatidos casos conjuntos e articuladas intervenções, e ocorrem mensalmente. As famílias que aqui são discutidas encontram-se num segundo nível de intervenção com aplicação de acordos de promoção e protecção de medidas em meio natural de vida (conforme descritos no artigo 56º da Lei n.º147/99). Estes acordos são revistos com uma periodicidade variável (6 meses a 12 meses) e revalidados até 18 meses, altura em que a situação é arquivada por remoção do perigo e reencaminhada para o nível primário (continuar a ser vigiada na comunidade), ou para tribunal. As famílias continuam a frequentar os recursos da comunidade, e a serem alvo de uma intervenção de enfermagem.

A questão mais importante e que me interessava observar eram as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, de modo a apoiar as pessoas e famílias a atingir o bem-estar durante estes períodos de transição e os ganhos em saúde no final da transição. Das situações apresentadas aponto uma como especialmente relevante: Mãe Seropositiva para VIH, não cumpridora de tratamento por recusa em aceitar a doença; o pai das crianças não sabe da existência da doença na mãe porque esta nunca o informou. Dos dois filhos menores, de 13 meses e 3 anos respectivamente, apenas um vive com os pais. O filho mais velho foi retirado pelo tribunal por incumprimento. Estes pais não efectuavam consultas de Saúde Infantil com regularidade às crianças, recorrendo aos serviços de urgência em caso doença aguda. Tinham de ser frequentemente convocados para cumprir esquema vacinal da criança. Tinham efectuado a assinatura de acordo há cerca de 6 meses para cumprimento de várias medidas

- Assegurar vigilâncias às crianças, de acordo com o seu calendário e desenvolvimento psicomotor
- Cumprir esquema vacinal da criança de acordo com o plano nacional de vacinação Obrigatório
- A mãe comprometia-se a submeter-se a tratamento médico
- Promover um ambiente psico-sócio-afectivo essencial ao desenvolvimento integral da criança

- Assegurar os cuidados de alimentação, higiene, saúde e conforto das crianças.

Em reunião os profissionais da CPCJ referiam que o novo acordo já deveria ter sido assinado (terminou o prazo de 6 meses) e que a mãe não tinha comparecido mesmo após vários contactos telefónicos, mencionando que se a situação continuar teria de ser enviada para tribunal. A equipa da UCSP do Lumiar, por seu lado, referia que tinha conseguido, neste período, um bom contacto com a família. Numa relação de proximidade estabelecida com a família, a enfermeira especialista em SIP tinha conseguido que a mãe efectuasse regularmente as consultas de Saúde Infantil ao filho, e que ela própria se tinha proposto para marcar uma consulta de Infecto no Hospital de Santa Maria, o que era um grande passo na aceitação da doença. Pediam, por isso, à CPCJ que não enviassem o processo para o tribunal de modo a não ser quebrada a relação de confiança e proximidade estabelecida com a mãe. Ficou decidido que a EE em SIP falaria com a mãe no sentido de a conseguir convencer da necessidade de assinar o segundo acordo. O que foi conseguido após convocação da mãe pela EE em ESIP.

No debate deste caso com a enfermeira orientadora pude verificar que havia uma necessidade de trabalhar o potencial da mãe de modo a desenvolver a ocorrência de uma transição desenvolvimentista, havia uma insuficiência de papel demonstrada pela “disparidade no cumprimento das obrigações de papel ou expectativas do próprio” (Meleis et al 2010 p.1). A actuação da enfermeira especialista junto desta família foi no sentido de trabalhar essa insuficiência. O tipo de transição que estava a ser trabalhada dizia respeito à “transição desenvolvimentista da família como a relação mãe/criança, parentalidade e cuidado da família à criança” (Meleis, Trangenstein, 1994). As estratégias utilizadas pela Enfermeira especialista de SIP foram várias tendo modificado o longo do processo de acompanhamento da família. Cada transição é “ caracterizada pela sua singularidade, complexidade e múltiplas dimensões” Meleis Et all 2000, p. 27).

Após questionamento da enfermeira especialista de SIP pude identificar as seguintes problemas e actuações terapêuticas de enfermagem:

Problemas analisados á luz da teoria de Meleis

Propriedades Universais	Condições de transição	Tipos de transição	Terapêutica de enfermagem	Indicadores de transições saudáveis
Mudanças no papel Mudanças na dinâmica familiar	Conhecimentos e Sentimentos e expectativas Bem-estar físico	Desenvolvimentista Saúde/doença	Promotora Preventiva Interventiva	Subjectivos Bem-estar Bem-estar nas relações

Modelo de enfermagem de transições adaptado de Meleis et al 2010, p. 47)

Actuações de enfermagem identificadas

Propriedades Universais	Condições de transição	Tipos de transição	Terapêutica de enfermagem	Indicadores de transições saudáveis
Insuficiência de papel verificada na mãe – necessidade de intervenção de enfermagem – suplementação de papel (parentalidade)	Sentimentos e expectativas - A enfermeira verificou que a mãe não queria voltar à CPCJ porque já lhe tinha sido retirada uma criança e temia que fosse esse o caminho. (O ambiente medeia a transição na medida que ele pode providenciar suporte ou induzir stress)	Saúde/doença - Em conversas com a mãe, efectuadas na consulta de saúde infantil, foram conhecidas as razões da não adesão às consultas no Hospital de Santa Maria e debatidos com ela os riscos que corria do não cumprimento da terapêutica. (mãe mantinha recusa na aceitação da sua doença numa atitude de “ilusiva Normalidade”)	Promotora – Promover a compreensão do seu papel de mãe em relação as necessidades e sentimentos do filho. Cuidados antecipatórios trabalhados em todas as consultas de saúde infantil consoante necessidades encontradas. Preventiva – Agendamento	Objectivos: Bem-estar Mãe assume necessidade de frequentar consulta, Mãe cumpre com consultas de SI do filho e da creche informam que criança está bem e a ir regularmente. Desenvolvimento psicomotor da criança
Insuficiência na procura de cuidados de saúde				

Insuficiência na manutenção da saúde da mãe (recusa de tratamento)	A mãe referia que não queria que o pai soubesse da sua condição de saúde com receio que ele a deixasse (medo dos estereótipos, medo da marginalização)	necessidade de cumprimento das consultas do filho.	de novos contactos com a família de modo a manter uma relação de proximidade e vigilância do cumprimento de medidas instituídas Interventiva - Contactos telefónicos para convocação nas primeiras consultas. Contactos com instituições – CPCJ, creche da criança (activar recursos da comunidade facilitadores do processo de transição)	adequado á idade Bem-estar nas relações - pai começa a comparecer nas consultas conjuntamente com a mãe, no entanto continua a não estar informado da doença da mãe. (reconhece necessidade de mudança mas não houve transição completa neste aspecto, mantinha muitos medos)
---	--	--	---	--

Segundo Meleis et al 2000, na avaliação de uma teoria não se deve considerar apenas a sua validação, mas também seus componentes. É importante entender e considerar a experiência individual vivenciada por pessoas que receberam cuidados de enfermagem baseados em determinada teoria, bem como por aquelas que prestaram esses cuidados, ou seja, os profissionais de enfermagem. Por isso, depoimentos, exemplos e histórias também podem ser utilizados para validar e fundamentar uma teoria.

As famílias em contextos de risco encontram desafios particularmente complexos pelos reduzidos recursos de que dispõem para o desempenho da sua função parental. Nos contextos de risco inserem-se as situações de pobreza¹, violência doméstica, maus-tratos ou negligência de crianças, abuso de substâncias, entre outros.

As estratégias utilizadas pela Enfermeira Especialista de SIP foram promotoras de uma adequação de papel, a mãe reconheceu as necessidades do filho, proporcionando-lhe os cuidados adequados ao seu desenvolvimento. Estas questões foram trabalhadas em Consultas de Saúde infantil onde a enfermeira especialista de SIP trabalha as competências parentais e antecipa as necessidades futuras. A comunicação e a interacção estabelecida entre a enfermeira e a mãe durante este processo foram de primordial importância para esta transição.

Pude constatar que no processo de seguimento destas famílias de risco é necessário accionar um conjunto de estratégias aos mais variados níveis: junto da família/jovem/criança; família alargada (avós, primos, entre outros), outras entidades e parceiros (Outros Centros de Saúde, CPCJ, Hospital, Jardim Infantil). Só com uma actuação articulada é possível promover a continuidade de cuidados a estas famílias. Este seguimento e articulação são dinâmicos alterando-se consoante as necessidades actuais da família. Devem ser trabalhadas as suas capacidades e não as suas limitações.

“Intervention is more effective if the staff can restrain their expertise, using their skills to encourage family members to see each other as a resource and to mobilize help from within their own network. That may involve a new role for workers, requiring a less central position than is customary, and a less active effort to solve the families’ problems for them”(Minuchin, Minuchin & Colapinto, 1998, p. 65)

¹ Definida como “ a situação de escassez de recursos, de que um indivíduo, ou família dispõem, para satisfazer necessidades consideradas mínimas” (Rodrigues, Samagaio, Ferreira, Mendes & Januário)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  Meleis; A.F. et al, (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range Theory, **Adv. Nurs. Sci.** ; 23(1): 12-28
-  MINUCHIN, S., MINUCHIN, P. & COLAPINTO, J. (1998). **Working with the families of the poor**. New York: The Guilford Press.

APENDICE X
Unidades Móveis de Saúde

UNIDADES MÓVEIS DE SAÚDE¹

Os projectos de intervenção comunitária com início em 1996, são dirigidos a grupos vulneráveis e bolsas de pobreza no âmbito da Saúde Materno – Infantil e planeamento familiar. As unidades móveis foram cedidas pela Direcção Geral de Saúde no âmbito do projecto “Unidades Móveis para apoio a grupos vulneráveis” co-financiado pelo FEDER no âmbito do programa saúde XXI. Os locais de intervenção destas unidades estavam sediados no Distrito de Setúbal (2 unidades Móveis) e no Distrito de Lisboa (3 Unidades Móveis):

- Quinta do Mocho (Sacavém 1996 – 2000)
- Zona J- Bairro dos Alfinetes – Bairro Das Salgadas – Bairro do Marquês de Abrantes (Marvila 1996)
- Projecto NAUS – Bairro dos navegadores (Oeiras 1996)
- Quinta da Lage – Bairro 6 de Maio – Estrela de África – Casal do Silva – Casal da Mira (Venda Nova 1998)
- **Galinheiras (Charneca do Lumiar – Bairro da Cruz Vermelha (Lumiar 2001)**
- Projecto “Nasci e Agora” – Bairro Fim do Mundo – (Cascais 2002)
- Bairro dos Olivais do Pancas – Quinta das Pretas – Urmeira – Bairro Santo Eloy – (Pontinha 2005).

Critérios de utilização das Unidades Móveis da ARSLVT:

- Diagnóstico de saúde da comunidade e parcerias estabelecidas
- Projectos dirigidos a grupos vulneráveis e bolsas de pobreza
- Resposta a necessidades de saúde identificadas nas várias comunidades, abordagem familiar ao longo do ciclo de vida e a nível dos vários programas de saúde
- Serviço de aconselhamento, orientação, encaminhamento e acompanhamento em situações de:
 - ✓ Pouca acessibilidade aos cuidados de saúde de uma forma global,
 - ✓ Mulheres em idade fértil sem vigilância de Planeamento Familiar,

¹ Informações obtidas através de entrevista semi-estruturada à Enf.^a Teresa Antunes (Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica) Integrou o grupo que desenvolveu este projecto quando se encontrava no departamento de Saúde Pública da ARSLVT .

- ✓ Grávidas não vigiadas,
- ✓ Crianças com menos de 6 anos sem vigilância de saúde Infantil
- ✓ Vacinação a crianças com menos de 14 anos com o PNV em atraso,
- ✓ Adolescentes/jovens e adultos de risco
- ✓ Tuberculose pulmonar e outras doenças transmissíveis
- ✓ Toxicodependência
- ✓ Alcoolismo
- ✓ Teste rápido de VIH/SIDA

Objectivos Gerais:

- Reduzir danos e riscos de Saúde Pública,
- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde de grupos vulneráveis, através da promoção e informação de saúde,
- Contribuir para a inclusão social destes grupos numa perspectiva multicultural, promovendo a redução de desigualdades em saúde,
- Intervir em proximidade em situações de maior risco

Finalidades da utilização das Unidades Móveis:

- Serviço de apoio à actividade dos ACES/Centros de Saúde de Lisboa de acordo com metodologia de projecto com horizonte temporal definido,
- Estabelecer uma ligação efectiva entre os Centros de Saúde e a população,
- Aumentar os conhecimentos da população e contribuir para uma mudança de atitudes e comportamentos,
- Promover a capacidade de autonomia e iniciativa da população, na resolução dos seus problemas de saúde (Empowerment).

Estratégias e actividades

- Estabelecer circuitos efectivos envolvendo profissionais dos Centros de Saúde, as instituições, as associações e grupos de comunidade, pedindo-lhes a sua participação,
- Perspectiva integrada das situações a nível familiar e comunitário – abordagem sistémica,
- Realizar acções de educação e promoção de saúde,

- **Fazer visita domiciliária (com a Unidade Móvel só se justificam em recém-nascidos e vacinação)**
- Acompanhar os casos de maior risco materno-infantil,
- Realizar teste rápido do VIH/SIDA nos Centros de Saúde e nos projectos comunitários para melhoria da acessibilidade e detecção de maior número de seropositivos.
- Controlar os casos mais complexos em adesão à terapêutica relativamente a Tuberculose/SIDA/ Toxicodependência.

Quadro 1 – Avaliação de 2008

Total de abrangidos	8483
Nº de VD realizadas	645
Total de famílias acompanhadas	784
Nº de situações identificadas por negligência/violência doméstica	126
N.º de inoculações de vacinas	1416
N.º de crianças com PNV actualizado após intervenção	1744
N.º de encaminhamentos efectuados	1545

Quadro 2 - Total de indivíduos por Programa de Saúde

Vacinação	2437
Saúde Materna	227
Planeamento Familiar	1592
Saúde Infantil	1544
Saúde Escolar	989
Saúde do Adulto	1159

Dados de 2008

Pontos fortes do programa.

- Os cuidados de saúde vão ter com a população.
- Conhecimento dos hábitos e costumes das comunidades e destas relativamente aos cuidados de saúde e aos profissionais,
- Estabelecimento de circuitos efectivos de acessibilidade aos cuidados de saúde,
- Resposta a utentes sem médico de família
- Melhoria dos indicadores de vigilância e co-responsabilização
- Promoção da saúde ao longo do ciclo de vida,
- Formação dos profissionais e realização de testes VIH/SIDA

Pontos fracos:

- Oscilação de recursos humanos dificulta a continuidade da intervenção, sobretudo a abordagem familiar e dificulta o planeamento de actividades em parceria,
- Necessidade da criação de uma matriz de avaliação

APENDICE XI

Reflexão na Urgência de Pediatria do HSM



Lisboa

Novembro de 2011

A parentalidade é uma das tarefas mais importantes da vida adulta e as expectativas interiorizadas relativamente ao papel de pai ou mãe podem alterar o desenvolvimento da criança e da própria família. O nascimento de um filho marca a transição para uma nova fase do ciclo de vida individual e familiar. À medida que os pais incorporam o bebé nas suas vivências individuais, interacção didáctica e redes sociais surgem modificações no papel, estas modificações podem ser extensas e até radicais. Razão pela qual, a adaptação à parentalidade (novo papel) pode ser difícil para algumas pessoas podendo coexistir múltiplos factores que podem contribuir para isso.

A parentalidade implica então um conjunto de tarefas intensivas e a longo prazo, requerendo competências a vários níveis. Sujeita a tarefas de adaptação desenvolvimental e a sucessivas mudanças, que envolvem a necessidade de prestação de cuidados e de afectos necessários para que a criança possa realizar um desenvolvimento óptimo das suas capacidades dentro e fora da família (Cowan e Cowan, 1998 citado por Oliveira, Pedrosa e Canavarro 2005). Enquanto processo de reorganização, pode simultaneamente contribuir para o próprio desenvolvimento pessoal dos pais (Canavarro, 2001; Leal, 1997; Citados por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005).

Relembro uma situação que me chamou particularmente à atenção em contexto de triagem: tratava-se de uma mãe que trazia o seu filho de 11 anos á urgência por lhe ter sido diagnosticado, em exame de rotina (Tomografia Axial Computorizada), um desnível de 2mm num dos membros. Este facto preocupava de tal maneira a mãe que, trouxe a criança à urgência para que fosse observada o mais rapidamente possível por um ortopedista. A enfermeira da triagem explicou à mãe que poderia sempre aguardar por uma a consulta de rotina, ao que a mãe referiu não ficar descansada até que ele fosse observado, pois tinha medo das consequências deste problema na sua vida. Ao questionar a mãe sobre doenças ou problemas de saúde da criança esta começou a desvendar todo um conjunto de consultas em que a criança estava a ser acompanhada: consulta de psiquiatria, consulta de desenvolvimento, medicado actualmente com Ritalina®, e a frequentar consultas de psicologia. Referiu, ainda, na presença da criança, que estava farta de toda a situação e já não o podia aturar, era muito difícil para ela cuidar dele, para

além disso referiu que tinha pouco apoio familiar, pois o marido era camionista e estava muitas vezes ausente, e ela era a única que cuidava dele.

Em todo este período a criança encontrava-se sentada na cadeira, jogava *Play-Station*, e nunca interagiu, parecia alheada a toda a conversa, o que se verificou falso, pois quando a enfermeira questiona a mãe sobre qual o peso actual da criança esta levanta os olhos do jogo de *Play-Station* e refere “peso 42 quilos e estou a ouvir tudo o que dizes”. A mãe ignora o referido e continua a queixar-se de toda a situação. A enfermeira termina o processo de triagem atribuído a pulseira verde á criança e dizendo á mãe que esta terá que aguardar na sala de espera pela observação do médico.

Quando a mãe abandona a sala de triagem a enfermeira comenta, não era o filho que devia ser tratado mas a mãe. Com efeito considero que esta mãe necessitava de apoio.

Tornar-se pai ou mãe, é pois, uma transição particularmente crítica, não só pelo seu carácter permanente, mas também pelas implicações que requer o ajustamento à família. Meleis et al, refere que “para compreender a experiencia dos clientes durante um processo de transição é necessário descobrir os factores que podem facilitar ou dificultar o processo de transição” (2000, p.21). Estes podem estar relacionados com o próprio sujeito, com as características da própria criança e em factores do contexto social, de apoio ou stress, em que a relação está inserida. A personalidade e a história de desenvolvimento dos pais, a relação conjugal, o emprego, a rede de contactos sociais de que faz parte, são também factores apontados como podendo ser facilitadores ou inibidores do processo de transição e, como tal, a serem tidos em conta. Pode ser muito difícil em contexto de urgência avaliar todas estas questões, a triagem é um processo que se requer rápido. No entanto, considero que seria de primordial importância referenciar estas situações ao centro de saúde. Os cuidados de enfermagem na comunidade possibilitam uma actuação mais estreita e continuada e estes factores são muito importantes quando se trata de famílias de risco. A actuação estreita e continuada providencia “competência no cuidar” mas isso requer “continuidade das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes” (Meleis et al, p.24)

Neste sentido, após a observação deste episódio questionei a Enfermeira Especialista em SIP, e que integra o NHACJR, se seria possível utilizar a "Folha de Referenciação de Enfermagem para situações de RISCO em saúde infantil" (Anexo I)¹ para referenciar ao Centro de Saúde todas as situações, que em contexto de triagem, se verificassem factores risco.

Embora não reunisse critérios de referenciação ao núcleo (existem factores de risco mas não são significativos ao ponto de justificar uma intervenção do NHACJR). Esta situação poderia tornar-se perigo, requerendo, por isso, intervenção de enfermagem.

Ficou combinado, com a Enfermeira Especialista de SIP, que a partir de agora esta folha de enfermagem serviria para referenciar todas as situações em que sejam detectados alguns aspectos que beneficiem de uma avaliação mais cuidada na comunidade, proporcionando uma actuação de enfermagem mais individualizada e adequada. Embora a enfermeira especialista considerasse ser necessário envolver e despertar mais a equipa para estas questões de modo a este processo fosse implementado e continuado.

Intervir junto das famílias, em especial nas famílias de risco, é de primordial importância, em que o Enfermeiro Especialista em SIP, pode assumir um papel de relevo e ser promotor dos processos de transição para a parentalidade e práticas parentais positivas atingindo ganhos em saúde. Tal pode ser conseguido através da participação dos enfermeiros em programas de educação parental; desenvolvimento de estratégias de intervenção, trabalhar os cuidados antecipatórios nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil ou ensinar os pais sempre que se verifiquem dificuldades na interacção e nos cuidados a providenciar à criança (em contexto de triagem por exemplo), possibilitando uma optimização dos papéis parentais. Deve ser tido em conta que cada "transição é caracterizada pela sua unicidade, complexidade, e pelas múltiplas dimensões que encerra" (Meleis, 2000, p. 27).

Ao promover e facilitar as relações entre os pais e as crianças, o enfermeiro protege e promove o seu bem-estar e melhora as condições de desenvolvimento

¹ Esta folha foi apresentada à equipa recentemente, há cerca de 1 mês e ainda se encontra em fase experimental.

sócio afectivo das crianças, promovendo factores protectores e minimizando factores de risco.

O adequado desenvolvimento infantil é o somatório de diversos factores, estando os pais entre os mais importantes. As intervenções centradas na família e nos pais, encontram-se entre as formas mais prometedoras de promoção de bem-estar emocional da criança e de prevenção de comportamento anti-social. Numerosos estudos têm demonstrado que diferentes problemas de comportamento na infância predizem comportamentos anti-sociais na adolescência e idade adulta, e que, embora nem todas as crianças com problemas de comportamento se tornem adultos anti-sociais, quase todos os adultos anti-sociais foram crianças com problemas de conduta (Gaspar 2003). O ponto comum das diferentes teorias é o de que alterando os comportamentos dos pais isso tem impacto no comportamento das crianças (Stewart-Brown, 2000 citado por Gaspar, 2003).

A sociedade actual trouxe implicações na forma como actualmente se educam as crianças. As alterações na estrutura familiar, nomeadamente o acréscimo de situações de divórcio e de famílias monoparentais e reconstruídas, a falta de apoio inter-geracional, são alguns factores que trouxeram algumas repercussões na educação dos mais novos (Marujo & Neto 2000).

O Enfermeiro Especialista em SIP deve promover a articulação e continuidade dos cuidados e ajudar os pais no exercício do seu papel parental e na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do seu papel. De facto, ao melhorarem o seu nível de informação, sobre as mais diversas temáticas, nomeadamente o desenvolvimento, a aprendizagem e saúde dos seus filhos, os pais sentir-se-ão mais competentes. Meleis refere que conhecimento é poder (*"Empowering"*) para aqueles que o desenvolvem, para aqueles que o usam e para aqueles que beneficiam dele. "Conhecer as propriedades e condições inerentes ao processo de transição pode levar ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que são congruentes com a experiência única do cliente e suas famílias, e promovem respostas saudáveis as transições." (2000, p.27) É papel importante do Enfermeiro Especialista em SIP actuar aos diversos níveis de prevenção (OE 2009), e a este nível é importante identificar o risco e intervir

precocemente promovendo o acompanhamento dessas famílias nos Centros de Saúde e deste modo, o enfermeiro facilita e promove o processo de transição, e obtém ganhos em saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

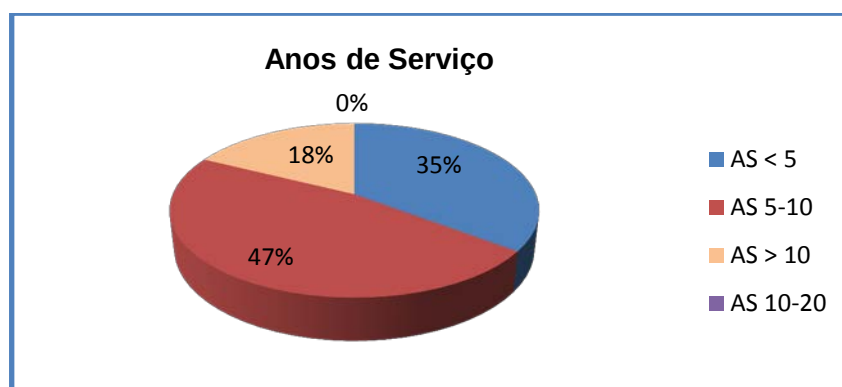
-  BELSKY, J. (1981). Early human experience: a family perspective. **Developmental Psychology**, 17, p.3-23
-  BELSKY, J. (1984). The determinants of parenting – a process model. **Child Development**, 55, p. 83-89
-  GASPAR, M (2003) - O trabalho com pais na prevenção do comportamento anti-social. In Alberto et al (Orgs.). **Comportamento Anti-social: Escola e Família**: Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra
-  GUEDENEY, N.; GUEDENEY, A. (2004) - **Vinculação – Conceitos e aplicações**, Climepsi Editores, ISBN - 9789727961030
-  WHEBSTER-STRATTON, C. (2010) - “**Os Anos Incríveis: Guia de resolução de problemas para Pais de Crianças dos 2 aos 8 anos de idade**” Coord. Científica de M. Gaspar & M. Seabra Santos, Braga: Psiquilíbrios. <http://incredibleyears.wales.co.uk/video.html>, acedido em 4-11-2011
-  MARUJO, H., A. & NETO, L., M. (2000) - Educating for optimism: new attitudes towards the self, the culture and the relationships. In **Actas del Congreso INFAD 2000**, Infância Y Adolescência, la perspectiva de la Education en el siglo que empieza. Vol. 1 (p.502-505). Cadiz: ervicio de Publication de la Universidad
-  MELEIS; A.F. ET AL, (2000) - Experiencing transitions: an emerging middle-range Theory, **Adv. Nurs. Sci.** ; 23(1): 12-28
-  MELEIS, A., F. (2010) - Transitions Theory, Midle-Range and Situation- Specific Theories in Nursing Research And Practice, Springer publishing Company, New York, ISBN, 978-0-8261-0535-6
-  MELEIS, A. F. (1992) Directions For Nursing Theory Development in the 21st Century, *Nurs. Sci*, Q: 5-112 disponível em:
<http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/5/3/112>
-  OLIVEIRA, C.M., ARAÚJO PEDROSA; A.,& CANAVARRO, M. C. (2005), Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade, In A. Marques Pinto & A. L. Silva (Eds.), **Stress e bem-estar** (p. 59-83) Lisboa Climepsi
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Conselho de Enfermagem – Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. 2009.

APENDICE XII

Análise das Entrevistas efectuadas a um grupo de 17 enfermeiros da Urgência do HSM

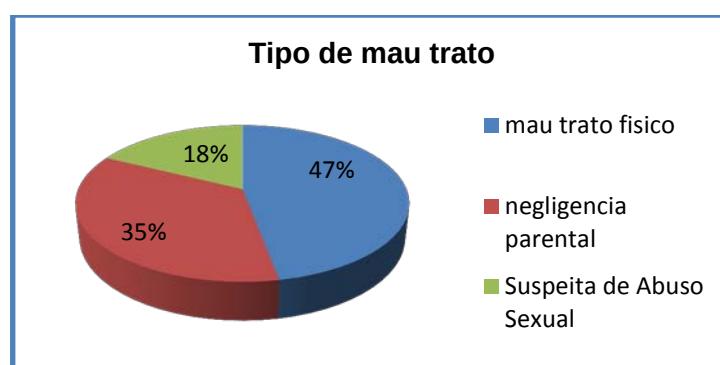
Na Urgência de Pediatria do HSM foi possível aplicar o Guião de entrevista a dezassete enfermeiros com os quais contactei durante o período de estágio. Ao trabalhar as respostas obtive as seguintes conclusões:

A maioria destes enfermeiros trabalhava há mais de cinco anos¹ (47%),



N = 17

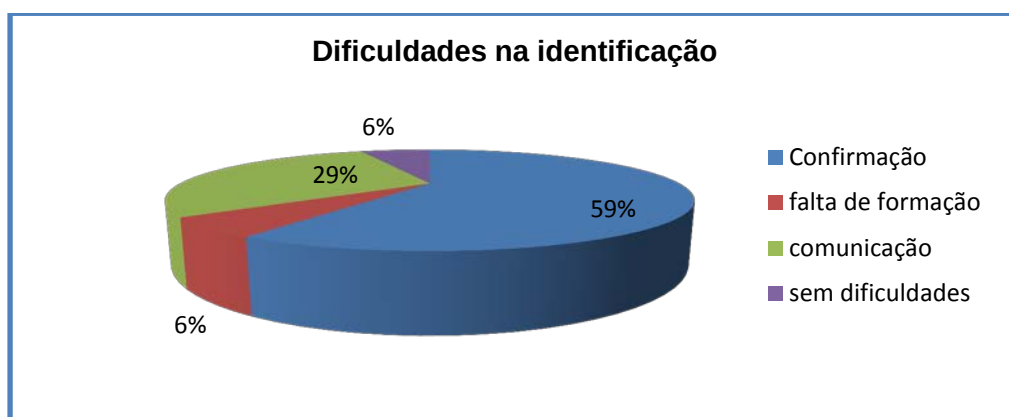
Todos os enfermeiros tinham contactado com situações de maus tratos no último ano, o tipo de mau trato identificado em maior número foi o mau trato físico (47%) seguido da negligência parental (35%) e do abuso Sexual (18%). Estes dados encontram-se em consonância com os encontrados na literatura no estudo de 2011 de Vasconcelos, Cardoso Barros e Almeida, referem que no hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, entre os anos de 2000 e 2005, o tipo mais frequente de maus tratos encontrados foram, por ordem decrescente, a agressão física (60,3%) o abuso sexual (30,3%) e o abuso emocional (14,4%) ” (p. 10).



N = 17

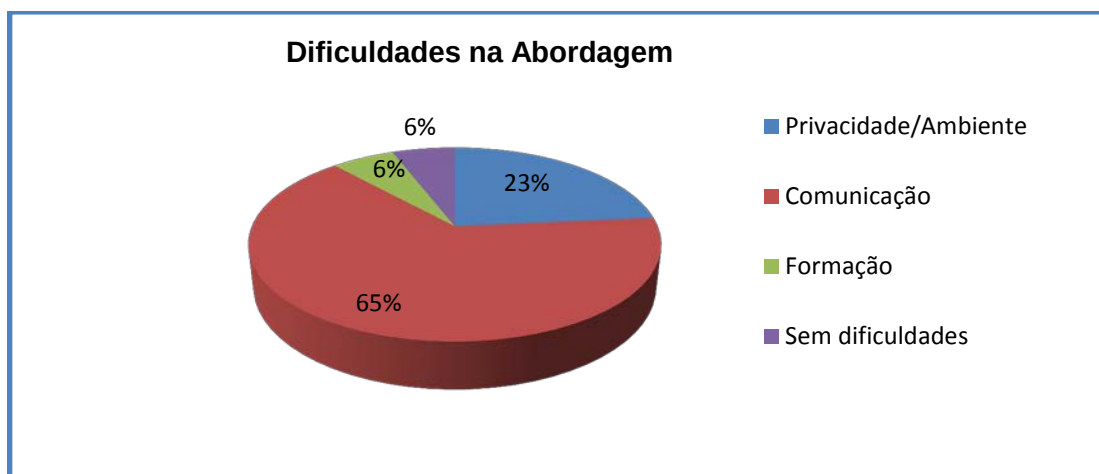
¹ Os anos de serviço correspondem ao tempo total de exercício da profissão e não ao tempo de permanência no Serviço de Urgência Pediátrica

Na identificação foram referidas como principais dificuldades: a confirmação da situação (59%) sendo que este aspecto se prende com o facto de os enfermeiros terem muita dificuldade em saber se a situação reportada é verdadeira, considerando que existem tentativas por parte dos pais de encobrir a situação de maus tratos, e se torna difícil confirmar a história com a criança. A segunda dificuldade referida ao nível da identificação refere-se à comunicação (29%). Sobre este aspecto os enfermeiros referem dificuldades na abordagem do tema, considerando que este ainda é um tema “tabu”. Como dificuldade na identificação um enfermeiro, refere a ausência de formação na área. Um enfermeiro refere não ter qualquer tipo de dificuldade ao nível da identificação, porque teve formação na área.



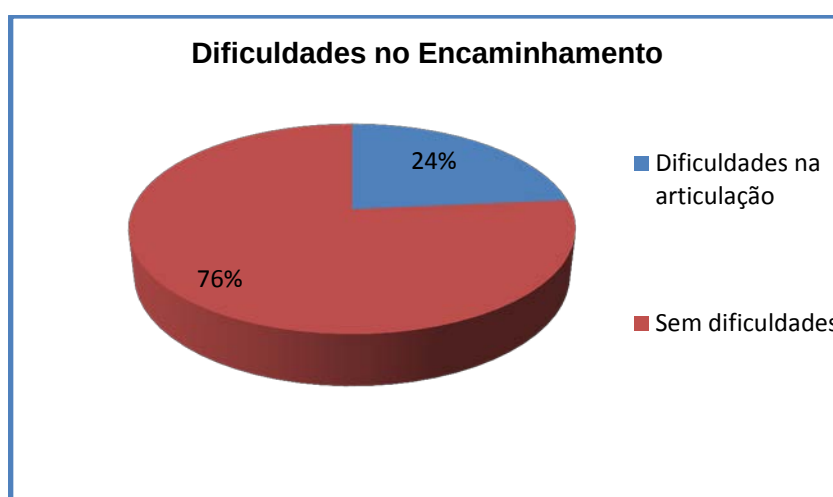
N = 17

Ao nível da abordagem são identificadas como principais dificuldades a comunicação (65%). Os enfermeiros manifestam ter dificuldade em falar com a família. Referem ter alguma dificuldade em não fazer juízos de valor nestas situações. No que diz respeito à criança mencionam ter dificuldade em comunicar com esta de modo a recolher informação. A privacidade/ ambiente (23%) surge como factor impeditivo de um bom tratamento destas situações. Os enfermeiros entrevistados consideram que não existe, em contexto de urgência, a privacidade apropriada para tratar estas situações. A ausência de formação na área dos maus tratos é referida por um enfermeiro como limitador para a sua abordagem às situações de maus tratos. Apenas um enfermeiro refere não ter qualquer tipo de dificuldade a este nível.



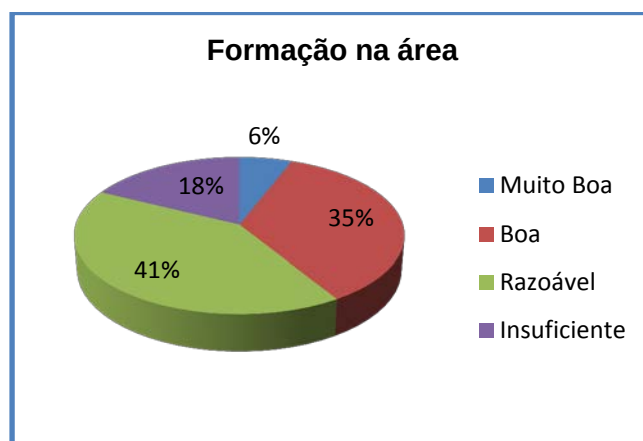
N = 17

No que se diz respeito ao encaminhamento a maioria (76%) refere não ter qualquer tipo de dificuldades no encaminhamento destas situações, a razão apontada para não sentirem dificuldades a este nível é porque está no serviço a Enfermeira Especialista que integra o NHACJR e que ela se encarrega de articular os casos de maus tratos identificados na Urgência com o NHACJR. Em 24% dos enfermeiros entrevistados verificou-se que as dificuldades a este nível se referiam a dificuldades de articulação dos casos com a equipa médica. Mencionam que existem discrepâncias, em alguns casos, entre o que é valorizado pela equipa médica e o que é valorizado pela equipa de enfermagem.



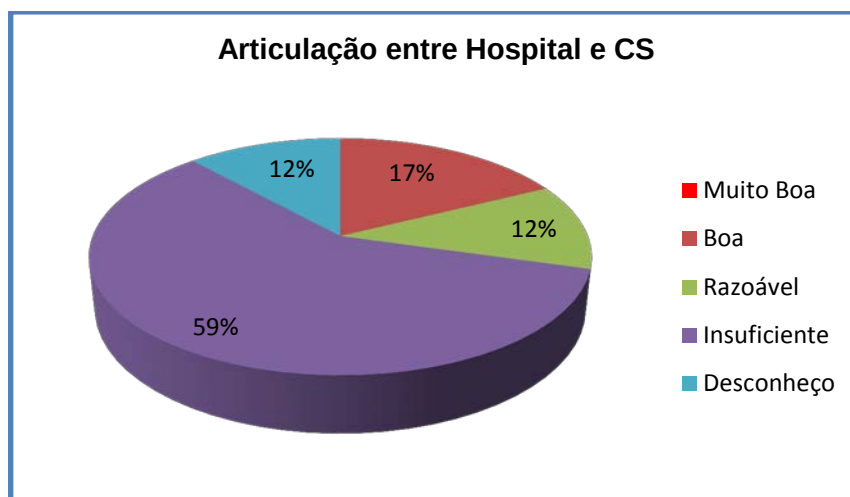
N = 17

A maioria dos enfermeiros (88%) conhece a “Norma de Procedimento de Apoio à Criança/jovem Vitima de Maus-Tratos” existente no serviço mas dois dos enfermeiros entrevistados (12%) não têm conhecimento da mesma. Sobre a formação na área dos maus tratos, a maioria (41%) considera ter formação razoável nesta área, 35% considera ter uma boa formação e 18% dos enfermeiros considera que a sua formação na área dos Maus Tratos é muito boa. Os enfermeiros entrevistados referem que a formação é efectuada por interesse individual na área (existem colegas que estão a frequentar cursos de mestrado e especialidade em SIP e que se encontram a trabalhar esta temática). Dos enfermeiros entrevistados, 6% considera que a formação nesta área é insuficiente. Estes mencionam necessidade de um maior número de acções de formação na área.



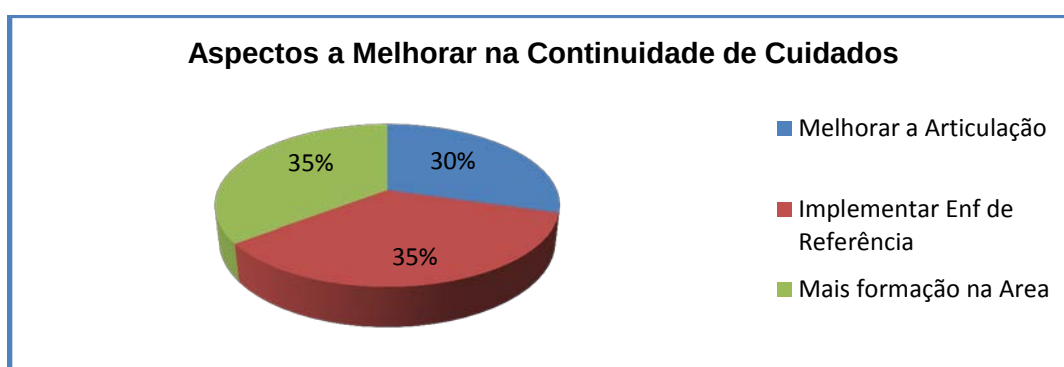
N = 17

No que diz respeito à classificação da actual articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e o Centro de saúde a maioria (59%) considera que esta articulação é deficiente, 17% considera que esta articulação é boa e 12 % considera que é razoável, sendo que a mesma percentagem de enfermeiros entrevistados (12%) considera desconhecer como se processa esta articulação. Nenhum dos enfermeiros entrevistados considera que a articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários é Muito Boa.



N = 17

Quando questionados sobre que aspectos consideram importante implementar para melhorar a continuidade de cuidados de enfermagem as opiniões dividem-se em três aspectos: 1) Melhorar a articulação (30%) – Os enfermeiros entrevistados referem ser necessário melhorar a articulação entre o Hospital e a comunidade não conseguem objectivar de que forma se pode melhorar essa articulação. Afirmam que não existe informação de retorno e não sabem o que se passou com a maioria das situações referenciadas. 2) Existência de um elemento de referência (35%) - os enfermeiros entrevistados consideram que a continuidade de cuidados de enfermagem conseguia ser mantida se houvesse um conjunto de enfermeiros de referência nesta área e que os canais de comunicação se mantivessem a funcionar entre eles. 3) Formação (35%) dos enfermeiros entrevistados consideram que se houvesse mais formação na área os enfermeiros teriam mais conhecimento sobre esta temática e isso facilitaria a continuidade de cuidados.



N = 17

Os dados aqui apresentados são válidos para a amostra em questão e não podem ser extrapolados para outras realidades ou contextos, no entanto encontrei alguma consonância com aspectos descritos na literatura.

“Médicos, enfermeiros, assistentes e profissionais de saúde, são pela lei, obrigados a reportar maus tratos infantis (...) (Torrez 2006). Mas embora os estudos demonstrem que os Enfermeiros são os que na maioria das vezes “têm o primeiro contacto com a criança vítima de maus tratos e sejam legalmente obrigadas a reportar estes casos” (Piltz & Wachtel, 2009, p.99) têm dificuldade em fazê-lo por vários motivos.

Um estudo de Ling e Luker (2000), mostra que os enfermeiros utilizam a intuição para reportar os casos de maus tratos. Autores como: Adams, 2005, Paavilainen, 2002a; Paavilainen, 2002b; Flaherty et al, 2000, Land e Barclay 2008 constataram que os enfermeiros consideram ter um deficiente conhecimento e compreensão dos factores de possível risco e negligência.

Em 1998 Fagan efectuou um estudo qualitativo com aplicação de um questionário para identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre maus tratos, verificou que os enfermeiros consideravam ter um deficiente conhecimento dos procedimentos legais e legislação. Os enfermeiros consideram importante a formação na área, de modo a aumentar os seus conhecimentos e capacidades para identificar, referenciar e tratar crianças vítimas de maus tratos (Blakery, Ribero 1997). Blaskett, e Taylor (2003) referem ainda que cerca de 70% dos enfermeiros referiram não ter qualquer tipo de treino na área dos maus tratos.

A ausência de guidelines e protocolos intrainstitucionais e interinstitucionais é citado também como uma barreira à sinalização. Os enfermeiros referem não saber como actuar na sinalização e encaminhamento (Lazenbatt, Freeman 2005). Os maus tratos exigem, pela complexidade dos factores envolventes, uma intervenção precoce e articulada.

Vasconcelos, Cardoso Barros e Almeida (2011) após revisão dos casos de maus tratos no Hospital Fernando Fonseca entre os anos de 2000 e 2005 conseguiram obter um maior conhecimento do fenómeno e identificar as principais

deficiências na abordagem, intervenção e articulação. Após análise dos dados do estudo foram instituídas as seguintes medidas: “Criação do NHACJR em 2006, realização de cursos de formação sobre Maus Tratos destinados aos diferentes profissionais de saúde; actualização do protocolo de actuação” (p. 11).

É fundamental que o processo de intervenção com estas crianças, jovens e famílias, seja pautado por acções assertivas de vários técnicos, envolvidos numa articulação efectiva que promova o bem-estar da criança e do jovem. Nesta perspectiva o enfermeiro deve apostar na intervenção junto da criança, do jovem e da família no sentido da prevenção do risco e deve, igualmente, estar alerta e ser capaz de detectar factores predisponentes ao risco e identificar situações de maus tratos, bem como, proceder ao seu correcto encaminhamento.

Torna-se necessário, prestar bons cuidados de enfermagem através de uma articulação entre vários parceiros o que nem sempre acontece da melhor forma, prejudicando os cuidados de qualidade (SILVA, FERREIRA e FORMIGO, 2002). Esta articulação é extremamente importante e imprescindível para o funcionamento harmonioso do sistema de saúde e para responder às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

-  ADAMS, B. (2005). Assessment of child abuse risk factors by advanced practice nurses. **Pediatric Nursing**, 31(6):498-502. . Retrieved from EBSCOhost
-  BLAKELEY, J. AND RIBEIRO, V.(1997). Community health and pediatric nurses' knowledge, attitudes and behaviors regarding child sexual abuse. **Public Health Nursing**, 14(6):339-345. . Retrieved from EBSCOhost
-  BLASKETT, B. AND TAYLOR, S.(2003). *Facilitators and inhibitors of mandatory reporting of suspected child abuse*. Prepared for the Criminology Research Council (grant number 9/01-02). Disponível em:
<http://www.aic.gov.au/crc/reports/200102-09.pdf> (acedido em Junho de 2011).
-  FLAHERTY, E., SEGE, R., BINNS, H., MATTSON, C. AND CHRISTOFFEL, K. 2000. Health care providers experience reporting child abuse in the primary care setting. **Archives Pediatric and Adolescent Medicine**, 154(5):489-493. . Retrieved from EBSCOhost
-  FAGAN, D. 1998. Child abuse and neglect: knowledge and practice of the A and E nurse. **Accident and Emergency Nursing**, 6(1):30-35. Retrieved from EBSCOhost
-  HOCKENBERRY, J. et al (2006) - **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**, 7ed. Brasil, Elsevier, ISBN 85-352-1918-8,
-  LAND, M., & BARCLAY, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. **Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing**, 11(1), 18. Retrieved from EBSCOhost.
-  LING, M. AND LUKER, K. (2000) . Protecting children: intuition and awareness in the work of health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3):572-579. Retrieved from EBSCO host
-  LAZENBATT, A. AND FREEMAN, R.(2006). Recognizing and reporting child abuse: a survey of primary healthcare professionals. **Journal of Advanced Nursing**, 56(3):227-236. . Retrieved from EBSCOhost
-  LOPES, M. (2000). A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação. **Sinais Vitais**. (30). Coimbra. pp. 35-42.
-  MELEIS, A. (1991) - **Theoretical nursing: Development and progress**. 2nd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

- 📖 MESSIAS, A. (2004) - **Transiciones – Teorías de Rango Médio.**
http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones_Messias_Bogotá_2004.doc acedido a 20/10/2011.
- 📖 MAURER, T. (2010) – **O Enfermeiro no Acolhimento com classificação de risco na emergência Pediátrica.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Conselho de Enfermagem – Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. 2009.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998) – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) - **Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro** (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). Disponível em: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- 📖 PORTUGAL, Despacho n.º 31 292/2008 - D.R. II Série 236 (2008) 49207-49231 (Acção de saúde para crianças e jovens em risco)
- 📖 PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2011) **Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção.** (Acção de saúde para crianças e jovens em risco)
- 📖 PORTUGAL: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2008) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde (Documento Técnico).** Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf>
- 📖 PILTZ, A., & WACHTEL, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 93-100. Retrieved from EBSCO host.
- 📖 PAAVILAINEN, E., ASTEDT-KUKI, P., PAUNONEM-ILMONEN, M. AND LAIPPALA, P. (2002a) -Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6):551-557. Retrieved from EBSCOhost
- 📖 PAAVILAINEN, E., MERIKANTO, J., ASTEDT-KUKI, P., LAIPPALA, P., TAMMENTIE, T. AND PAUNONEM-ILMONEN, M. (2002 b). Identification of

child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3):287-294. . Retrieved from EBSCOhost

-  PINHEIRO, M.F. (1994) – Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. **Servir**. Lisboa. Vol. 42, nº6 (Novembro/Dezembro 1994). p. 319-331.
-  PHANEUF, MARGOT (2005). **Comunicação, entrevista de ajuda, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 668p.ISBN 972-8383-84-3
-  TORREZ, V.(2006) Child protective services, in **Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession**, April, p.7
-  VASCONCELOS, A.; CARDOSO, B. M.; BARROS, M. ALMEIDA, H. (2011) - Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica – 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, **Acta Pediátrica Portuguesa**; 42(1): 8-11
-  WOISKI, R.; ROCHA, D. (2010) – Cuidado de Enfermagem à Criança Vítima de Violência Sexual Atendida em Unidade de Emergência Hospitalar. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**. Vol. 14, nº1 (Janeiro/Março 2010). P. 143.150.

APENDICE XIII

Reflexão na Unidade de Cuidados Intermédios da MAC

Durante a minha permanência na Unidade de Cuidados Intermédios tomei contacto com algumas situações que aliavam à prematuridade outros factores de risco, como toxicodependência dos pais, problemas sociais ou familiares já detectados durante o período de gravidez.

Estes bebés estavam normalmente internados no piso 1 da Maternidade Alfredo da Costa, no designado “Espaço Bebé”. Este espaço foi encerrado no dia 22 de Novembro por motivo de reorganização dos serviços. Este espaço tinha como principal objectivo a promoção da vinculação. Nele ficavam internados recém-nascidos que necessitavam de apoio na introdução da alimentação, recém-nascidos a aguardar adopção, recém-nascidos com síndrome de abstinência, recém-nascidos com necessidade de fototerapia, ou recém-nascidos de cesariana onde se proporcionava descanso às mães no intervalo das mamadas. Devido ao seu encerramento os recém-nascidos foram transferidos para a neonatologia. Este facto permitiu-me prestar cuidados de modo mais direccionado a uma das famílias em questão, colaborando com a enfermeira orientadora do local de estágio na prestação de cuidados e colher informação junto desta do ponto de vista social, emocional e relacional, perspectivando a continuação do plano de intervenção iniciado durante o internamento pela equipa multidisciplinar.

Relato o caso de um destes recém-nascidos. A Maria é uma recém-nascida de 39s e 5 dias, nasceu com apgar 8/9 sem dismorfismos e com boa vitalidade e em síndrome de privação. Mãe com 38 anos de idade, toxicodependente, com consumo de cocaína durante a gravidez e metadona (97,5mg/dia). Serologias para HIV, HCV positivas.

A recém-nascida foi transferida do espaço bebé para a unidade de cuidados intermédios da Neonatologia por síndrome de privação, encontrando-se a cumprir protocolo com morfina. Efectuada avaliação diária com Escala de Finnegan, para avaliação de síndrome de abstinência. A mãe vem por vezes ver a bebé e nesses períodos mostra-se afectuosa com a criança e participativa nos cuidados. No entanto esta é uma situação já conhecida pelo serviço social e já referenciada à CPCJ. A casa onde habita não reúne condições mínimas de higiene para receber

esta criança, pelo continuará internada até que as condições mínimas estejam reunidas para que possa transitar para o domicílio.

Tentei, perceber junto da enfermeira orientadora, o papel do enfermeiro na prestação de cuidados a este grupo, a finalidade era perceber quais as dificuldades com que se defrontam ao trabalhar com esta população, o que considera que falha na nossa intervenção e o que acha ser necessário para colmatar essas falhas.

A Enfermeira orientadora de estágio considerou que as principais dificuldades que sente no cuidar destes utentes toxicodependentes, prende-se com as características pessoais destes últimos, que comprometem por vezes o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional de saúde menos esclarecido e o utente.

Embora não se possa generalizar existem muitas características semelhantes, ao nível da personalidade, que estão presentes nestes utentes. Segundo Magura e Laudet (1996) citados no documento elaborado por Substance abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2000) uma grande parte dos adultos toxicodependentes foram alvo de maus tratos em crianças o que provoca na idade adulta, algumas características comportamentais mais imaturas. Esta situação é reforçada também por Martinet (2008) e traduzem-se por imaturidade; dificuldade em confiar nos outros; perturbação da auto-estima; tendência para agir e fraca tolerância à frustração, entre outros.

Estas características, associadas à necessidade constante de satisfazer uma necessidade imediata – consumo de droga – levam, de acordo com Cotralha (2007) citando Weissman, Marre Katsamples (1976), a que se desenvolvem outras problemáticas associadas à toxicodependência, nomeadamente delinquência e prostituição. Desta forma encontra-se justificado o mencionado pela enfermeira, relativamente ao facto de uma das maiores dificuldades para os profissionais de saúde que cuidam desta população alvo, ser a fuga pela qual estas famílias optam, resistindo a uma intervenção e ao estabelecimento de uma relação de ajuda com os profissionais de saúde.

Para que a intervenção junto desta população seja bem sucedida e, com isto, se reduza o nível de insucesso da mesma, é importante considerar os aspectos relacionais por parte dos profissionais de saúde, face a esta população alvo. Por outro lado, a comunicação e a partilha de informações entre instituições e entre profissionais, surge como um dos aspectos a considerar num protocolo de actuação, sendo esta uma das principais lacunas apresentadas pela enfermeira entrevistada.

Neste sentido, refere a DGS (2007, p.19) no documento técnico a propósito da intervenção dos serviços de saúde no âmbito de situações de protecção de crianças e jovens, que esta deve ser "... articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local". E reforça a necessidade desta articulação ao referir que, o desconhecimento das redes de apoio é um constrangimento que interfere na intervenção "proactiva" dos profissionais de saúde, sendo esta articulação crucial para que um Plano de Intervenção e de apoio à Família (PIAF) possa ser realizado com sucesso.

Esta entrevista efectuada à enfermeira orientadora foi muito útil na medida em que fui alertada para o papel do enfermeiro no cuidar da população toxicodependente e fez-me perceber que alguns aspectos na nossa postura e comunicação não verbal têm repercussões na aceitação e confiança nos profissionais de saúde.

De acordo com Morel, Hervé, Fontaine (1998) os toxicodependentes provocam em nós em geral e nos profissionais de saúde em particular, sentimentos e reacções contraditórias e "contra-transferenciais" que deverão ser discutidas e analisadas no seio da equipa multidisciplinar. Os mesmos autores (idem p. 199) baseados no referido por Pierre Lamarche, referem que o tratamento e o cuidar de um toxicodependente tem de ser baseado numa "intervenção estruturada", embora considerem que "o que visa antes de tudo esta «intervenção estruturada» é favorecer uma mudança e uma dinâmica pessoal que não se pode realizar sem o suporte de uma relação... isto exige sem duvida libertarmo-nos de um certo numero de preconceitos".

Nesta entrevista a enfermeira referiu não considerar que as mães toxicodependentes estão incapacitadas para a prestação de cuidados ou que são incompetentes nesta prestação, com efeito no caso descrito acima a mãe quando presente demonstrava-se sempre muito afectuosa e participativa nos cuidados. Autores como Cardoso e Manita (2004, p.16) confirmam a posição aqui apresentada referindo, com base em estudos realizados por outros autores, que "... a mulher toxicodependente não é necessariamente, devido a qualquer deficit inerente à estruturação da personalidade, incapaz de assumir o papel de mãe". Esta mulher necessita antes de mais de um apoio firme de uma rede social bem definida, para que possa desenvolver as suas competências maternas – a parentalidade, embora sob supervisão. Desta forma torna-se de extrema importância desenvolver-se um trabalho em equipa, onde impere a coesão entre os diversos elementos, aliado a um bom suporte teórico e orientativo de actuação. Tudo isto para que se possa intervir visando o interesse superior da criança. Assim, considerando os princípios orientadores da intervenção que constam na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, lei nº 147/99 de 1 de Setembro, ressalta a necessidade de manter a criança no seio familiar, proporcionando a esta ultima um suporte para conseguir manter um adequado desenvolvimento da criança, respondendo da melhor forma às suas necessidades. Nesta situação apresentada estava-se a tentar, em conjunto com outros profissionais: assistente social, psicóloga, e equipa de apoio domiciliário. Reunir as condições necessárias para que o recém-nascido pudesse ir para casa e estivessem asseguradas todas as necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

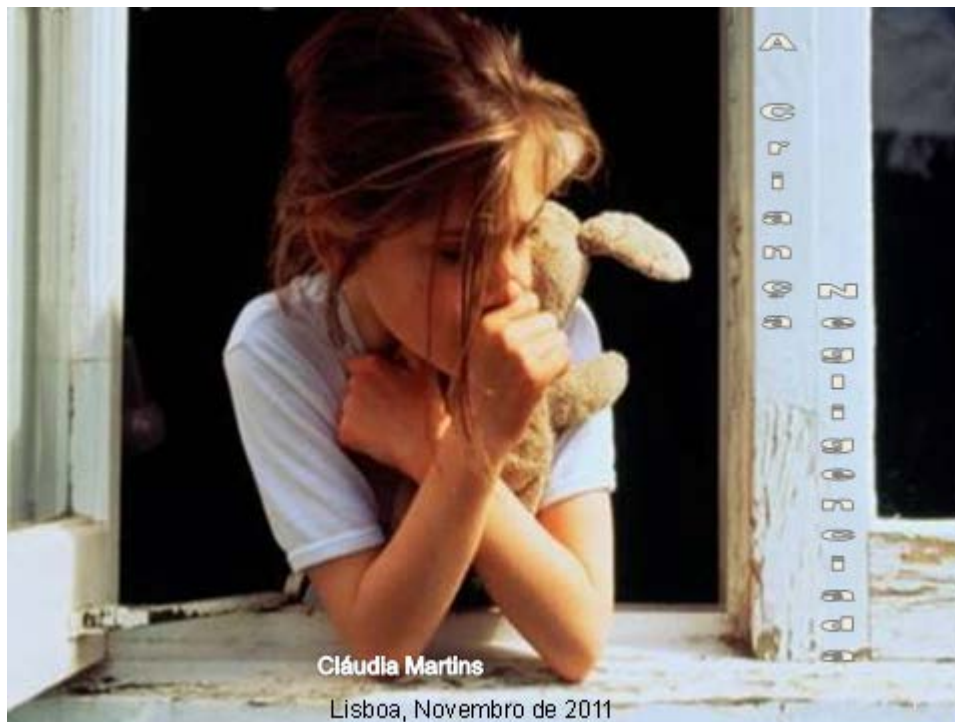
-  BARROS, Luísa (2001) – A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de promoção do desenvolvimento. CANAVARRO, Cristina – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5. p.296-315
-  COTRALHA, NUNO REDOL (2007) – **Adaptação Psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes**. Lisboa Dinalivro, 240p.
-  CARDOSO, SUSANA; MANITA, CELINA (2004) – Mulheres toxicodependentes: o género na desviância. **Revista Toxicodependências**. Lisboa, ISSN 0874-4890. 10(2) p. 13-25
-  FERNANDES, Patrícia (2003) – O enfermeiro como promotor da relação precoce pais-bebé prematuro internado numa Unidade de Cuidados Neonatais. Lisboa: **Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa**, 2003. 1º Curso de Licenciatura em Enfermagem
-  GIACOMINI, CLARICE (1991) - A interacção mãe bebé. In Miura , **Ernani-Neonatalogia**: Princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 388p.
-  HOLDITCH-DAVIS, Dianne; MILES, Margaret; SHEPARD, Hazel (1998) – Maternal concerns about parenting prematurely born child. The **American Journal of Maternal/Child Nursing**. USA. vol. 32, nº2 (1998), p.70-75
-  MARTINET, SERGE (2008) – Toxicomania e gravidez, in Bayle, Filomena; Martinet, Serge (2008) – **Perturbações da Parentalidade**. Lisboa Climepsi, p. 248-256 ISBN 972-796-299-0
-  MOREL, ALAIN; HERVÉ, FRANÇOIS; FONTAINE, BERNARD (1998) – **Cuidados ao toxicodependente**, 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 318p. ISBN 972-8449-15-1
-  MAGALHÃES, Teresa (2005) – **Maus-Tratos em crianças e jovens**. Coimbra: Quarteto, 144p. ISBN 989-558-074-6
-  PORTUGAL, Despacho n.º 31 292/2008 - D.R. II Série 236 (2008) 49207-49231 (Acção de saúde para crianças e jovens em risco)
-  PORTUGAL, Direcção Geral de Saúde (2007) – **Maus tratos em crianças e jovens intervenção da saúde documento técnico**, in www.dgs.pt

- 📖 PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2011) **Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção.** (Acção de saúde para crianças e jovens em risco)
- 📖 SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2000) – substance abuse treatment for persons with child abuse and neglect issues, Rockville: US. Departement of Health and Human Services, 199p

Legislação

- 📖 Decreto-Lei n.º 161/96 D.R. I Série, 205 (1996-09-04) 2959-2962 (Regulamento do exercício Profissional dos enfermeiros)
- 📖 Decreto-Lei n.º 104/98 D.R. I Série 93(1998-04-21) 1753-1756 (código Deontológico dos Enfermeiros)
- 📖 Lei n.º 147/99 D.R. Serie-A 204 (1999-09-01) 6115-6132 (Lei de protecção de crianças e jovens em perigo)
- 📖 Decreto regulamentar n.º 66/2007. D.R. Série-A 103 (2007-08-31) 25252 (nomeação do *Chief Nursing Officer*)
- 📖 Despacho n.º 31292/2008. D.R. II Série 236 (2008-12-06) 49207-49231 (Acção de Saúde para crianças e jovens em risco)

APENDICE XIV
Acção de Formação na MAC



Cláudia Martins

Lisboa, Novembro de 2011

Sumário

1. Um pouco de história
 - 1.1. Definição de Maus-Tratos
 - 1.2. Tipos de Maus-Tratos
2. Negligência na Criança
 - 2.1. Manifestações de Negligência
 - 2.2. Factores de Risco
 - 2.3. Sintomas na Criança
3. Actuação do Enfermeiro
4. Considerações Finais
5. Referências Bibliográficas





“Nunca te rias das lágrimas de uma criança: todas as dores são iguais!”
(Desconhecido)

3

História de Infância Maltratada

- Os maus tratos infantis confundem-se com a história da própria humanidade;
- Os maus tratos infantis existem desde a antiguidade em todo o mundo;
- “Abusar e maltratar uma criança é uma realidade desde que existe a raça humana.” (Gallardo, 1988)

4

História de Infância Maltratada

- Os maus tratos infantis confundem-se com a história da própria humanidade;
- Os maus tratos infantis existem desde a antiguidade em todo o mundo;
- “Abusar e maltratar uma criança é uma realidade desde que existe a raça humana.” (Gallardo, 1988)

4

História de Infância Maltratada

- ◆ Os maus tratos são um problema de todo o mundo;
- ◆ É da responsabilidade de TODOS (Convenção dos Direitos da Criança: 1989);
- ◆ Ocorrem em todas as idades, classes sociais e níveis culturais;
- ◆ A criança é a “vítima ideal”, uma vez que não se pode defender e nem denunciar o agressor

5



História de Infância Maltratada

- 1874, o caso Mary Ellen constituiu o 1º reconhecimento oficial de um caso de maus tratos infantis;
- É o 1º caso de criança juridicamente protegida;
MAS existem contornos trágicos;
- Menina de 4 anos, abandonada pela mãe. Com a morte do pai na guerra civil, ficou sob os cuidados da madrasta e do marido. Era espancada constantemente e passava a maior parte do dia amarrada com correntes aos pés da cama;
- Perante estas evidências os vizinhos denunciaram o caso.
MAS.....

6



História de Infância Maltratada

Fase da socialização

- 1920, a 1ª guerra mundial pelos seus efeitos sobre a população civil e sobre a infância tem uma influência decisiva nesta matéria;
- 1924, declaração de Genébra - 5ª Assembleia da Sociedade das Nações aprova uma carta de 5 princípios;
- 1947, a 2ª guerra mundial veio dar novo impulso nesta matéria. Foram criados organismos como a UNICEF;
- 1948 (10 de Dezembro) foi aprovada a declaração universal dos direitos humanos;
- 1959 (20 de Dezembro) a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a "Declaração dos Direitos da Criança", que constituiu um importante avanço, apesar de não vincular os Estados.

8



História de Infância Maltratada

Portugal

- Em 1911 cria a lei da Protecção à infância e foi um dos países pioneiros a ratificar a CDC em 1990;
- A nível institucional foram criadas organizações:
 - Instituto de Apoio à Criança (IAC);
 - Comissão Nacional de Protecção de Crianças ou Menores Jovens em Risco (antiga Comissão de Protecção de Menores);
 - Projecto de Apoio à Família e à Criança.

9

A Criança Maltratada e Negligenciada

- Definição:

Segundo a Legislação Portuguesa, traduzem-se por **actos ou omissões que ofendem** de uma forma grave os **direitos da criança**, **comprometendo** seriamente o seu **normal desenvolvimento**.



10

A Criança Maltratada e Negligenciada

Podemos considerar **maus-tratos** infanto-juvenis, aqueles que têm como **vítimas** as **crianças** e **adolescentes** e que, geralmente é cometido pelos **progenitores** ou **responsáveis** que **deveriam cuidá-las**.

Existem quatro tipos de situações:

- Agressões Físicas
- Agressões Psicológicas/ emocionais
- **Negligência/ abandono**
- Abuso Sexual
- Síndrome de Muchhausen por procuração



11

Negligência

“ Entende-se por negligencia a **incapacidade de** proporcionar à criança ou ao jovem a **satisfação das necessidades de cuidados básicos** de higiene, alimentação, afecto e saúde, **indispensáveis** para o **crescimento e desenvolvimento** normais”



(Despacho nº 31292/2008 publicado no Diário da República
2ª série nº 236 5 Dezembro 2008)

12

Negligência



Passiva

Activa

13

Negligência

- Esta privação pode provocar :
 - Desnutrição
 - Ameaças
 - Falta de carinho
 - Humilhação
 - Descuido face a situações perigosas
 - Acidentes frequentes
 - Imunizações incompletas (O não cumprimento do PNV)
 - Deserções escolares
 - Desinteresse
 - Criança com maus cuidados de higiene
 - Intoxicações repetidas
 - Etc



14

Factores de risco

- Conjunto de factores de vulnerabilidade biológica, psicológica e social:
 - Cuidadores
 - Cuidadores terem sido vítimas de maus tratos;
 - Dificuldade de relacionamento;
 - Incapacidade para enfrentar conflitos;
 - Cuidadores com doença mental;
 - Conflitos matrimoniais/ Divórcio;
 - Cuidadores com dependências (alcoolismo, toxicodependência);

15

Factores de risco

- Padrões de interacção familiar disfuncional;
- Circunstâncias adversas da vida;
- Vulnerabilidade ao stress;
- Gravidez indesejável
- Perturbações na vinculação pós-natal



16

Factores de risco

- Crianças
- Nascimento prematuro
- Temperamento difícil
- Filho não desejado
- Deficit físico ou psíquico
- Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento
- Viver em lar ou instituição



17

Manifestações da Criança

- Condutas agressivas
- Enurese
- Retracção social
- Temores inexplicáveis
- Mudanças bruscas do rendimento escolar
- Problemas com figuras de autoridade
- Mentiras
- Fugas de Casa
- Fobias
- Excessiva submissão face ao adulto
- Queixas somáticas (dor de cabeça/abdominal)
- Outros



18

Quando Suspeitar?

- Relatórios contraditórios de acidente
- Atraso na procura médica
- Crise familiar
- Antecedentes da Criança
- Quando o motivo da vinda aos serviços de saúde tenta “camuflar” os maus tratos
- Demonstração inapropriada de preocupação dos pais
- Recusa dos pais em realizar tratamento/realização de exames



19



A actuação do Enfermeiro nos núcleos da Criança maltratada

Função dos núcleos

- Função de consultadoria;
- Função de apoio e acompanhamento, nomeadamente na elaboração de um PIAF;
- Função de avaliação, acompanhamento ou sinalização para outras entidades ou nível de intervenção.

20



Características que os elementos que integram o Núcleo devem possuir

- Serem conhecedores do contexto sócio cultural em que intervêm e dos recursos comunitários disponíveis;
- Motivados e capacitados para a intervenção junto das crianças;
- Terem formação e ou experiência de trabalho nas áreas do desenvolvimento infantil, juvenil e maus tratos;
- Saber utilizar os mecanismos legais e protocolos instituídos

A actuação do Enfermeiro nos núcleos da Criança maltratada

Equipa Multidisciplinar

Funções:

- Detectar novos casos
- Encaminhar casos confirmados
- Ajudar outros técnicos a confirmar suspeitas
- Actuar a nível de prevenção
- Estabelecer ligações com recursos na comunidade
- Dar formação a outros técnicos

22

A actuação do Enfermeiro nos núcleos da Criança maltratada

Níveis de intervenção

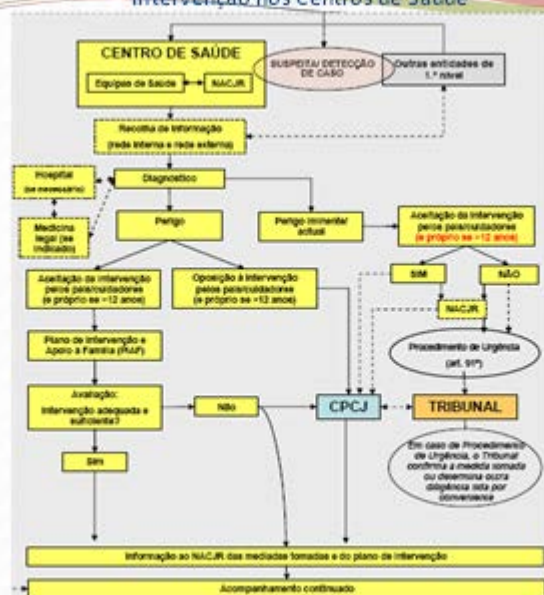


DR. N.º 236 de 2008

23

A actuação do Enfermeiro nos núcleos da Criança maltratada

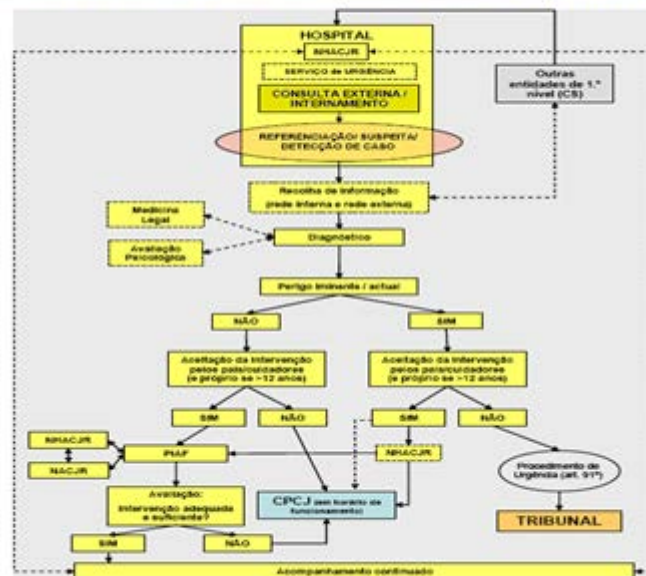
Intervenção nos Centros de Saúde



NOTA: Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (art. 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

24

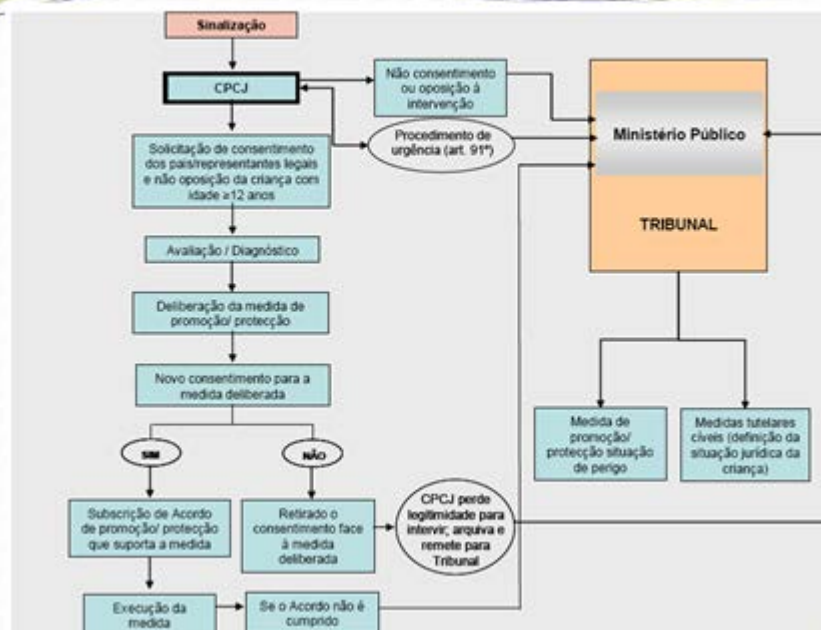
A actuação do Enfermeiro nos núcleos da Criança maltratada Intervenção nos Hospitais - Consultas e Unidades de internamento



NOTA: Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (art. 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

25

A actuação do Enfermeiro nos núcleos da Criança maltratada Intervenção das CPCJ e tribunais



26

Actuação do Enfermeiro

A nossa actuação, tendo por base o nosso código deontológico

Artigo 76º alínea a), i)

Artigo 78º alínea 3b)

Artigo 79º alínea c)



Artigo 81º - Dos Valores Humanos, alínea b)

“Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” e d)

Artigo 83º b)

CDO : 2005₂₇

Actuação do Enfermeiro

• A nossa actuação visa:

- Proteger a criança;
- Recolher informação
- Promover apoio à família
- Não fazer juízos de valor
- Respeitar/acarinhavar a família
- Promover auto-estima, segurança, conforto da família
- Saber reconhecer sinais de Maus tratos
- Encaminhamento



Actuação do Enfermeiro



29

Actuação do Enfermeiro

- Actuação aos 3 níveis de prevenção



Primária – para toda a população
" Promoção de Estilos de Vida Saudáveis", em **acções de educação para a saúde**

Secundária – Grupos de Risco

Terciária – Vítimas de maus tratos

30

Sequelas e Reabilitação

- As situações de negligência na criança deixam sequelas no desenvolvimento emocional que se tornam irreversíveis em casos continuados
- Alguns antecedentes de jovens e adultos com transtornos graves da personalidade, encontra-se de alguma forma relacionada com as situações de maus-tratos/ negligência na criança/adolescente
- Em casos de negligência a reabilitação familiar é possível em 70 ou 75% dos casos

31

Considerações Finais

“ Pode adoptar distintas formas, algumas mais fáceis de serem detectadas do que outras, mas todas denunciam um latente problema de saúde, que demanda **abordagens multidisciplinares** e soluções oportunas para **cortar o ciclo da dor** e **resgatar a vítima de sequelas importantíssimas**, que a condicionará ao longo da sua vida”

32

Para reflectir...

Relatório da UNICEF de 2003 revela:

- **Morrem por ano 3500 crianças devido a maus tratos nos países desenvolvidos;**

Relatório da UNICEF (situação mundial da infância-20 anos após a convenção dos direitos da criança):

- **1 bilhão de crianças são privadas de 1 ou mais serviços essenciais para a sua sobrevivência e seu desenvolvimento;**
- **101 milhões de crianças não frequentam a escola primária. O número de meninas é maior do que o número de meninos;**
- **22 milhões de bebês não estão protegidos contra imunizações de rotina;**

33

Referências Bibliográficas

- NUNES, Lucília, AMARAL, Manuela, GONÇALVES, Rogério – “ Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos” Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN 972-99646-0-2
- Decreto da Presidência da República nº49/90 e Resolução da Assembleia da República D.R. I Série. Suplemento 211 (12.09.1990) 3738(2)- 3738 (20)
- Lei nº 17/99. DR I Série – A 204 (01/09/1999) 6115 – 6132
- UNICEF (2004) – “ Convenção sobre os Direitos das Crianças” . Acedido a 16/10/2011 disponível em:
www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- APAV (2002) – “Negligência na Criança”. Acedido a 16/10/2011, Disponível em www.apav.pt/portal/index.php?searchword=neglig%C3%Aancia&ordering=newest&searchphrase=all&limit=20&option=com_search
- LIMA, Lúcia – “ Os Maus – Tratos Infantis” (2006). Acedido a 13/10/2011. Disponível em www.multiculturas.com/textos/maus-tratos_infantis_Lucia-Lima.pdf

34

"O que se faz agora com as crianças é o que elas farão depois com a sociedade."

(Karl Mannheim)



35



Dúvidas

36

APENDICE XV
Manual “OS MAUS TRATOS INFANTIS”

OS MAUS TRATOS INFANTIS



Documento elaborado por:
Cláudia Celina Costa Martins
Aluna do **2º Curso de Mestrado de Enfermagem e
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria - ESEL**

Lisboa, Outubro de 2011

SIGLAS:

CPCJ - Comissão de protecção de Crianças e Jovens

NACJR – Núcleo de Apoio a crianças e Jovens em Risco

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

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CS - Centros de Saúde

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO	7
1- O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	9
1.1- Os Conceitos	9
1.2 - A Lei e os Direitos	12
2- OS MAUS TRATOS INFANTIS	14
2.1- As Definições	14
2.2- A Tipologia	17
2.3- Os Factores de Risco	17
2.3.1 – Factores Sociais	19
2.3.2 – Factores Familiares	19
2.3.3 – Factores relativos ao Adulto	20
2.3.4 - Factores relativos à Criança	21
2.4- As Consequências	21
2.5- A Intervenção	23
2.5.1 – Princípios Orientadores da Intervenção	24
2.6- A Prevenção	26
2.6.1 – Prevenção Primária	27
2.6.2 – Prevenção Secundária	28
2.6.3 - Prevenção Terciária	29
3- CONCLUSÃO	30
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

0-INTRODUÇÃO

*“O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício,
salvaguardar os direitos da criança.”
Ordem dos Enfermeiros*

Os maus tratos a crianças e jovens constituem um fenómeno complexo na sociedade contemporânea, uma vez que se trata de um problema à escala mundial, cuja expressão tem contornos diversos, adquirindo uma forma mais ou menos visível e sendo melhor ou pior tolerada de acordo com as conjecturas e os contextos culturais em que ocorre (PORTUGAL, 2008). Nas últimas décadas, tem vindo a verificar-se, uma valorização crescente do estatuto social dos indivíduos (crianças e jovens) o que se reflecte, em certa medida, numa maior atenção prestada ao problema, na rejeição social do mesmo e no estabelecimento de medidas tendentes a contrariá-lo. Este fenómeno veio colocar novas responsabilidades aos serviços no sentido de preservar a segurança, promover um desenvolvimento adequado e obter mais ganhos em saúde nos indivíduos desta faixa etária. Neste contexto, é actualmente acrescida a responsabilidade de todos os técnicos que trabalham com crianças, nomeadamente os enfermeiros. Ignorar um caso de maus tratos é colocar em causa a vida e o futuro de uma criança e perder a oportunidade preciosa de intervir nas circunstâncias que perpetuam o perigo. Conhecer os factores predisponentes ao aparecimento de maus tratos, os seus diferentes tipos, as suas principais manifestações, e formas de apresentação, a conduta mais adequada e as medidas de prevenção, são tarefas prioritárias para compreender esta problemática e permitir planear e colocar em prática as estratégias de apoio e vigilância às crianças aos jovens e suas famílias.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, no geral, e como profissional do cuidado humano em particular, assume um papel essencial na defesa dos Direitos da Criança. No seu exercício profissional o enfermeiro tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de qualquer forma de abuso” (OE 2007, p.2). A detecção precoce, o apoio continuado, o encaminhamento, ou seja, a intervenção junto da criança e do jovem em risco (reconhecendo os pais como os principais prestadores de cuidados), constituem-se como os elementos principais da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria convertendo-se em ganhos para a saúde.

O enfermeiro, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007), deve proporcionar benefícios de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada, garantindo desta forma, a continuidade de cuidados.

Quando existe suspeita de maus tratos à criança e ao jovem no seio da família ou quando são detectados factores de risco, predisponentes à ocorrência de perigo, é necessária uma intervenção precoce. Esta intervenção deve ser articulada e coordenada, conduzida por profissionais peritos na área. É fundamental que o processo de intervenção com estas crianças, jovens e famílias, seja pautado por acções assertivas de vários técnicos, envolvidos numa articulação efectiva que promova o bem-estar da criança e do jovem.

Nesta perspectiva o enfermeiro deve apostar na intervenção junto da criança, do jovem e da família no sentido da prevenção do risco e deve, igualmente, estar alerta e ser capaz de detectar factores predisponentes ao risco e identificar situações de maus tratos, bem como, proceder ao seu correcto encaminhamento. Numa situação de suspeita de maus tratos ou de risco, os pais devem ser integrados no plano de intervenção, e o enfermeiro deve enfatizar as suas capacidades e não as limitações. Só deste modo os podemos ajudar na promoção da sua independência relativa aos cuidados.

Neste trabalho abordamos a forma como os maus tratos têm vindo a ser considerados ao longo da história bem como a mudança de sensibilidade da sociedade para este assunto, Esta mudança de perspectiva face à criança conduziu ao reconhecimento da sua individualidade, e dos seus direitos próprios. Nos últimos anos assistiu-se ao estabelecimento de medidas de protecção, bem definidas na legislação portuguesa. Este trabalho tem como principais **objectivos: despertar os enfermeiros do Serviço de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa para a problemática dos maus tratos infantis**, de modo a **sensibilizar e motivar os enfermeiros sobre o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos e contribuir para melhorar a continuidade de cuidados à criança, jovem e família de risco**. Profissionais sensíveis para esta temática e conhecedores dos modos de

actuação, serão profissionais mais habilitados para lidar e encaminhar situações de maus tratos, obtendo-se deste modo ganhos em saúde

1. O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

1.1- Os Conceitos

É neste século que se tem dado mais importância à temática da infância e sua dinâmica, o que permitiu uma nova perspectiva e teorização acerca da forma como se processa as etapas de desenvolvimento infantil e o contexto relacional em que se deve processar.

Actualmente, temos uma visão e uma sensibilidade diferente relativamente ao desenvolvimento na infância. Aos poucos, tem-se verificado a existência de uma outra forma de pensar, prevenir e tratar o sofrimento neste tipo de faixa etária (Dinis, 1993).

Foi com esta nova abordagem, que foi possível, adquirir uma melhor consciência acerca da sua importância enquanto período desenvolvimental, reconhecendo-lhe a especialidade, atribuindo-lhe necessidades próprias, que decretam, transformando em direitos, revelando um interesse e uma preocupação excepcionais pelos seus problemas.

A relevância assim conferida à infância, radica sobretudo, no seu valor de vir a tornar-se num indivíduo adulto. É de facto, o seu estatuto desenvolvimental, em evolução no sentido da maturidade própria do estado adulto, que aqui se salienta (Martins, 1999).

E da mesma forma que a tecnologia foi evoluindo com o passar do tempo, a visão que temos da infância, também se foi modificando e ampliando, com as novas teorias científicas interessadas em compreender o seu desenvolvimento. Para que a criança se torne num adulto equilibrado, feliz e saudável e, por conseguinte, capaz de constituir adequadamente uma família com estas mesmas características, muito se deve, a forma como se processa o seu desenvolvimento nos primeiros anos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Segundo Mimura (2006), o Desenvolvimento refere-se às mudanças qualitativas, tais como, a aquisição e o aperfeiçoamento de capacidades e funções que permitem à criança realizar progressivamente coisas novas e mais complexas, com uma habilidade cada vez maior. Ao nascer, a criança é dotada praticamente de todos os sentidos e “está biologicamente pronta para experimentar a maioria das sensações básicas” (Rappaport, 1981). O «desenvolvimento humano» processar-se-á em diversas dimensões: Física, Psicológico ou Emocional e Social (Azevedo & Maia, 2006).

Durante o primeiro ano de vida da criança vão ocorrer uma série de transformações e de contínuos aperfeiçoamentos. Falar em desenvolvimento físico na infância é falar em maturação (tamanho, peso, capacidades sensoriais e motoras), em capacidades desenvolvidas pelo organismo. Por Maturação entende-se como às forças biológicas geneticamente programadas que direccionam o crescimento em tamanho, a emergência e o controle de movimentos e a integração das impressões sensoriais. As principais funções psicomotoras estão relacionadas com o desenvolvimento da estruturação do esquema corporal, evolução da preensão e da coordenação óculo-manual, desenvolvimento da função tónica e da postura, e com estruturação espaço-temporal (tempo, espaço, distância e ritmo). É importante realçar, que esses aspectos do desenvolvimento físico são vivenciados tanto pela criança como família e formam a base da noção do Eu Corporal (Rappaport, Fiori & Herzberg, 1981).

A nível do Desenvolvimento Psicológico ou Emocional, são aspectos como a heterogeneidade dos contextos sociais, económicos, culturais e familiares em que vivem as crianças que vão reflectir-se neste domínio desenvolvimental. Este domínio de desenvolvimento está relacionado com a auto-estima, o auto conceito, a assertividade, a autonomia, a tolerância à frustração, e segurança afectiva (Azevedo & Maia, 2006).

À medida que a criança vai crescendo, pode desta forma, afirmar o seu domínio sobre os objectos enriquecendo as suas experiências e explorando incansavelmente o meio que a rodeia. A realização de actividades e o estabelecimento duma relação afectiva e social começam a constituir factores importantes na vida da criança. E o

início do segundo ano de vida irá marcar conquistas de auto-domínio e socialização. Esta etapa vai caracterizar-se pela intensa explosão muscular e movimentação infantil. A criança aperfeiçoa a coordenação motora e utiliza as suas aptidões lógicas. As brincadeiras não servem apenas para como actividade lúdica, são também, o veículo de toda carga afectiva. Mais o interesse pelas brincadeiras cresce com a atenção que o adulto lhe presta. A relação afectiva com a mãe é, na verdade, o eixo do desenvolvimento da criança. É com base na relação com os pais, que ela começa a conhecer as primeiras emoções que a marcarão para sempre. É nos primeiros meses desta relação privilegiada e quase exclusiva, que a mãe conduz a criança a descobrir o amor e a segurança, indispensáveis, ambos, ao seu desenvolvimento e crescimento. A presença da figura materna e paterna devem, ser para ela, sinónimo de bem-estar, mais para isso, devem protegê-la da solidão, do sofrimento e da angústia (Bochereau, 1976).

Em resumo, todas estas dimensões ou aspectos do desenvolvimento (Físico, Psicológico e Social) estão interligados e interdependentes (Rappaporte, 1981). Não podemos deixar de realçar, que o desenvolvimento vai depender da dialéctica que se estabelece entre o Ser Humano e o meio envolvente, isto porque, o indivíduo é estruturado pelo meio em que está inserido. Com isso, podemos concluir, que provavelmente, se uma criança estiver inserida num ambiente de violência/abuso, poderá ter o seu desenvolvimento comprometido.

Logo, para que tenha um desenvolvimento equilibrado devem ser asseguradas diversas formas de satisfação das suas necessidades básicas, que visem melhorar a sua autonomia e devem ser prestados cuidados nos vários domínios. Assim, é que se contribui significativamente para o seu bem-estar. Mimura (2006) afirma que, para entender o desenvolvimento infantil, é necessário, perceber quais os factores que interferem nesse desenvolvimento. Tais factores estão relacionados com a Criança, a Família, a Escola e com a Sociedade. Segundo o autor, as influências do meio, tanto as do ambiente interno (aspectos biológicos e psicológicos) como as externas (ambiente social), começam a actuar mesmo antes do nascimento e continuam durante toda a vida sua vida.

1.2- A Lei e os Direitos

Foram necessárias profundas modificações culturais, sociais e de sensibilidades, para que a perspectiva face à criança conduzisse ao reconhecimento da sua individualidade, primeiro, e dos seus direitos próprios, depois. Rousseau foi uma das vozes pioneiras na defesa da criança e um dos primeiros a reconhecê-la como ser autónomo e com direitos próprios, escrevendo: é altura de se falar menos nos deveres das crianças e mais nos seus direitos. Foram estes novos conceitos que permitiram valorizar a sua estimulação e protecção, e vieram demonstrar e reforçar a importância da defesa e da protecção à infância nos seus mais variados aspectos (Canha, 2003).

Em 1989, é aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção dos Direitos da Criança, onde se defende genericamente que as crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de atenção e cuidados especiais, sendo dada especial ênfase aos cuidados primários e às responsabilidades da família na sua protecção (Canha, 2003). A Convenção dos Direitos da Criança, encara a criança como ser titular, de facto, de direitos e liberdades fundamentais e não apenas como mero alvo de medidas de protecção. Considera que «o Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos, infligidos pelos pais ou qualquer outra pessoa» (Eanes, 1991, cit in Baptista, 1997).

Em Portugal, foi sobretudo na década de oitenta que o assunto passou a merecer uma atenção especial, sendo em 1999 decretada na Constituição Portuguesa, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em perigo, que tem como finalidade promover os direitos e proteger as crianças e os jovens em perigo, por forma, a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral (Diário da República, 1999).

Com esta lei considera-se que qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança/jovem, é obrigada a comunicar as entidades com competência nesta área, nomeadamente, os NACJR e os NHACJR, as Comissões de Protecção (CPCJ) ou as Autoridades Judiciárias. As CPCJ caracterizam-se como sendo instituições

oficiais não judiciárias com autonomia funcional para promover os direitos da criança/jovem e prevenir ou resolver situações de risco.

Em conformidade com a Lei nº 147/99 de 1 de Setembro os Serviços de Saúde, enquanto instância de primeiro nível adquirem relevo particular. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, os Agrupamentos de Centros de Saúde/Centros de Saúde (ACES/CS) e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto das crianças e jovens, face às CPCJ e aos tribunais que apenas devem ser chamados a agir quando não for possível aos primeiros remover o perigo – após terem sido esgotados todos os seus meios e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se assim o **princípio da Subsidiariedade**.

As CPCJ são instituições que procuram garantir as Medidas de Promoção dos Direitos e de Protecção das Crianças/Jovens em perigo, nomeadamente:

- Medida de Apoio aos Pais (apoio de natureza psico-pedagógico, social e económico);
- Medida de Apoio junto de Outro Familiar;
- Medida de Confiança a pessoa idónea;
- Medida de Apoio para a autonomia de vida
- Medida de acolhimento familiar
- Medida de acolhimento em instituição

Todas estas medidas de protecção visam afastar o perigo em que estes se encontram; proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral e por fim; garantir a recuperação física e psicológica das crianças/jovens vítimas de abuso ou maus tratos. Winnicott, fala em 5 necessidades básicas para o bem-estar da criança:

- Cuidados físicos e de protecção;
- Afecto e aprovação;
- Estimulação e ensino;
- Disciplina e controlo, consistentes e desenvolvimentalmente apropriados;
- E a oportunidade e encorajamento da autonomização gradual.

Então, podemos considerar que estando criadas estas condições estão reunidos os factores importantes para o seu desenvolvimento equilibrado. Apesar do nível dos nossos conhecimentos actuais, relativos ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, da consciencialização da necessidade de protecção à infância e à família, a violência sobre a criança tem vindo a aumentar. E com isso, não podemos deixar de referir que caso estas necessidades não constituírem condição essencial ao longo da sua vida então o seu desenvolvimento poderá estar comprometido.

2- OS MAUS-TRATOS INFANTIS

2.1- As Definições

A maneira como tem sido encarado este problema tem variado consideravelmente ao longo dos tempos. Até aos anos 50, a sociedade moderna “recusava-se” a considerar a presença e gravidade dos Maus-tratos a Menores. Desde então, as situações de maus tratos infantis têm sido cada vez mais divulgadas e alvo de objecto de preocupação (Figueiredo, 1998). Só em meados do século XX é que este tema passou a ser mais conhecido e noticiado na comunidade científica. A partir dessa altura, este termo começou a ser mais utilizado e sendo revelados ainda, os factores de risco, a sua fisiopatologia, as suas manifestações, bem como o prognóstico e medidas de orientação (Canha, 2000).

Em Portugal, a violência sobre menores é um problema social que esta a assumir uma certa gravidade. Facilmente se percebe que o número de casos de crianças maltratadas tem vindo aumentar nos últimos anos e a um ritmo assustador. Tem-se verificado uma preocupação constante em alertar a sociedade sobre a crueldade e os malefícios de semelhantes práticas.

Pensa-se que uma das razões sobre a qual a violência é exercida em crianças ou jovens, esta relacionada com suas características próprias. Numa família, as crianças são por natureza, seres frágeis, por serem mais pequenas, dependentes e indefesas, elas tornam-se particularmente vulneráveis a todo tipo de violência, abuso ou exploração (Canha, 2000/2003).

A Legislação Portuguesa, define «Maus Tratos a Menores» como sendo actos ou omissões que ofendem de uma forma grave os direitos da criança, comprometendo seriamente o seu normal desenvolvimento (Moura, 1992). Segundo Martins (2000), os maus-tratos definem-se como o insucesso na garantia do bem-estar físico e psicológico da criança, necessário ao seu desenvolvimento saudável e harmonioso. Para Figueiredo (1998), o mau trato infantil é um grave problema de saúde física e bem-estar psicológico. Representa uma das condições desenvolvimentais mais adversas que pode ocorrer durante a infância. Já Gil (1969, cit. in Canha 2000), caracteriza os Maus-tratos como qualquer acto deliberado, por omissão ou negligência, originado por pessoas, instituições, ou sociedades, que privam a criança dos seus direitos e liberdades ou que interfira com o seu desenvolvimento.

Os maus-tratos infantis, são ainda definidos, como a perpetração (ocorrência) de um acto exercido por um adulto, que pode resultar em dano físico ou psicológico para criança (Skuse & Betovim, 1994, cit in Figueiredo, 1998). Nesta situação, deverão ser incluídas todas as situações que possam considerar-se potencialmente portadoras de risco grave para a criança, tanto a nível físico como a nível psíquico (Dinis, 1993).

Considera-se maltratada «uma criança que é deixada numa situação ou é sujeita pelos adultos a uma determinada forma de tratamento, das quais podem resultar para ela riscos graves». Para este autor, quando as crianças são vítimas de sevícias, geralmente, estão presentes dois tipos de riscos: o Físico e o Psíquico. A DGS no seu Guia Prático de Abordagem, Diagnostico e Intervenção (2011) define maus tratos em crianças e jovens como “qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial da vítima.

▪ **Risco Físico**

O risco físico parece ser mais fácil de definir, por ser verificável de forma mais objectiva do que o risco psíquico; por ser mais facilmente identificável e em relação aos quais é mais consensual argumentar a inadequação. O risco físico poderá resultar, a curto ou longo prazo, em qualquer prejuízo para a integridade física, ou de um modo geral, para o bom estado de saúde da criança;

▪ **Risco Psicológico ou Emocional**

Inicialmente era apenas reconhecido a existência de maus-tratos físicos, só posteriormente, os maus-tratos psicológicos ou emocionais, tornaram-se alvo privilegiado de atenção (Figueiredo, 1998). No aspecto psicológico, considera-se, que existe uma situação de risco sempre que uma criança experimenta um sofrimento mental desproporcionado em relação às suas capacidades de o suportar (Dinis, 1993).

Segundo MC Gee e Wolfe (1991, cit in. Figueiredo, 1998), os maus tratos, envolvendo dimensões verbais e não verbais, desde que não envolvam actos físicos nem consequências físicas sobre a criança, poderiam ser designados de maus tratos psicológicos. Os autores, apontam que qualquer acto de hostilidade deve ser considerado um acto de abuso psicológico ou emocional, apresentando como exemplos:

- Rejeitar (expressões activas de rejeição),
- Depreciar (actos depreciativos),
- Aterrorizar (actos que causam medo e ansiedade extrema),
- Isolar (actos que separam dos adultos),
- Corromper (actos que são contrários à socialização),
- Explorar (situações em que se retira vantagens ou proveitos próprios),
- Negar resposta emocional à criança (situações em que não são providenciadas os cuidados necessários ao desenvolvimento).

Por sua vez, Burnett (1993 cit in. Figueiredo, 1998), identifica 10 situações que podem ser consideradas como Maus Tratos Psicológicos:

- 1) Limitar os movimentos,
- 2) Encorajar à delinquência,
- 3) Não possibilitar o crescimento social e emocional,
- 4) Exibir um comportamento imoral,
- 5) Humilhar em público,
- 6) Não providenciar um lar seguro,
- 7) Obrigar a realizar tarefas desagradáveis,
- 8) Recusar conduzir a tratamento psicológico quando necessário,
- 9) Punir fisicamente ou abandonar,
- 10) Agredir verbal e severamente a criança.

2.2- A Tipologia

O Relatório desenvolvido, em 1995, por Almeida, André e Almeida acerca dos Maus-Tratos Infantis em Portugal, apresenta uma definição de tipologia de maus-tratos infantis, na qual referem 10 Situações-Tipo de Maus-Tratos Infantis: 1) Violência física e emocional; 2) Negligência afectiva; 3) Abuso emocional; 4) Negligência, conducentes a acidentes, sem lesão física; 5) Rejeição in útero; 6) Abandono; 7) Clausura; 8) Abuso sexual; 9) Abuso físico; 10) Negligência conducentes a acidentes, com lesão física.

Segundo a DGS (2011) os maus tratos infantis dividem-se segundo a sua tipologia em: negligência, maus trato físico, mau trato psicológico/emocional, abuso sexual e Síndrome de Munchausen por procuração.

Para a Legislação Portuguesa (Diário da Republica, 1999), considera-se que uma criança ou jovem está em Perigo quando este se encontrar numa das seguintes situações:

- Abandonada ou a viver entregue a si própria;
- Sofre de maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- Não recebe os cuidados ou afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de adequado a remover essa situação.

2.3- Os Factores de Risco

São vários os factores intrínsecos ou extrínsecos que conduzem a tais actos de violência. Diversos modelos compreensivos propostos nesta área, tais como: o

modelo ecológico de Brofenbrenner (1974); modelo de Belsky (1980); modelo transaccional de Cicchetti (1981/1990), explicam os maus-tratos ou abusos em termos mais latos, referindo-se à interacção entre características dos pais, características da criança e condições do contexto envolvente.

Na visão de Brofenbrenner, o abuso infantil acontece quando os sistemas de apoio à família, geralmente presentes no meio-ambiente, não funcionam. Já Belsky, enumera um conjunto mais vasto de factores de risco para ocorrência de maus-tratos infantis como: certas características da criança que propiciam que seja vítima de maus-tratos; a doença mental dos pais; a presença de padrões de interacção familiar disfuncionais; as circunstâncias adversas de vida nas quais as famílias subsistem; os valores sociais que promovem o abuso.

Por sua vez, Cicchetti baseando-se no modelo transaccional, considera que o desenvolvimento da criança não é resultado de um único factor, mas sim, causado por uma multiplicidade de factores, que estão em constante interacção entre si. O autor, alerta para a necessidade de se adoptar um ponto de vista interactivo, quando se pretende explicar este problema. Ao analisar a etiologia e transmissão intergeracional dos maus tratos, este autor, identifica a presença de dois tipos de factores de risco tais como: os factores de vulnerabilidade biológica, psicológica e social, que aumentam a probabilidade de ocorrência; e os factores protectores, que são factores que protegem a família das condições adversas que propiciam aos maus-tratos (Figueiredo, 1998). Enquanto, os factores de risco potenciam a existência de maus-tratos, os factores protectores, diminuem a sua ocorrência (Azevedo e Maia, 2006).

Também o modelo Ecosistémico sugere que o problema dos maus tratos deve ser analisado tendo em conta uma multiplicidade de factores que interagem entre si e que podem estar na sua origem, como, as características do indivíduo, o ambiente mais próximo que o rodeia (microssistema), o ambiente mais amplo (exossistema) e o sistema que engloba todos os anteriores (o macrosistema). Vesterbral (1980), na mesma linha de pensamento, afirma que estes actos de violência poderão ser explicados de diferentes formas: com base em causas sociais, familiares, próprias do indivíduo adulto ou próprias da criança.

2.3.1 - Factores Sociais

Ao contrário do que se possa pensar, os maus-tratos infantis, constituem uma prática corrente em todos os estratos sociais, mas, a sua frequência é relativamente mais forte nas categorias sociais mais desfavorecidas (Vesterdal, 1980). As condições de pobreza, as más condições habitacionais e a superlotação, a baixa instrução escolar, a existência de promiscuidade e um estilo de vida desorganizado favorecem o aparecimento de maus-tratos (Canha, 2006).

Estes actos são vistos como a consequência de uma tendência generalizada na sociedade para educar as crianças, conduzindo à aplicação de métodos de educação rígidos e excessivos. É o hábito de utilizar por exemplo, os castigos corporais, como meio de educação das crianças, que constitui uma das causas dos maus-tratos. Em parte, a causa do aumento deste tipo de situações, deve-se a cultura, aos princípios morais vigentes na sociedade portuguesa. Estas explicações de natureza mais sociológica, enfatizam a forma como as normas culturais referentes à autoridade e ao poder criam posições estruturalmente mais vulneráveis para as crianças no contexto familiar e toleram as condutas violentas de que são alvo (Gil, 1975 cit in Machado, Gonçalves & Vila-lobos, 2002). Inicialmente pensava-se que o castigo corporal era devido a impulsos momentâneos de cólera ou agressividade, mas pelo contrário, ele está relacionado com a crença no seu papel como método legítimo de educação e ensino da disciplina. Este facto ajuda a compreender a sua persistência ao longo dos tempos até aos nossos dias (Canha, 2006).

2.3.2 - Factores Familiares

A família é, na maior parte das sociedades, a realidade matricial da criança, no seio da qual esta se configura genética, psicológica e socialmente. Mais sabe-se também, que a família poderá constituir o contexto em que os maus-tratos infantis poderão ser mais expressivos (Martins, 2000). De certo modo, se por um lado, é a família que constrói a infância tal como ela é actualmente percebida, por outro lado, ela também é capaz de prejudicá-la e destruí-la. Na verdade, este fenómeno social reforça a ideia da desidealização da família como espaço estrutural fundamental

para o desenvolvimento saudável da criança. Vesterdal (1980), considera os maus-tratos, como um sintoma de mau funcionamento de toda a família; representam os sintomas de um grave disfuncionamento, de uma espécie de doença psicossocial da família. É um problema que está particularmente associado, quer com um clima de violência familiar, quer com anomalias na relação entre pais e filhos. Não surpreende, portanto, que certas crianças ao vivenciarem este tipo de ambiente familiar violento tendem a adoptar os mesmos comportamentos nas suas relações interpessoais.

2.3.3 - Factores relativos ao Adulto

Várias investigações demonstram, que o facto, de alguns pais terem sido educados num clima familiar de violência e de insegurança, faz com que mais tarde, se tornem em pais maltratantes (Vesterdal, 1980), estabelecendo-se assim, um ciclo vicioso, que nós permite concluir que, não todos mais grande parte dos adultos que hoje são pais maltratantes foram crianças maltratadas (Moura, 1992; Marinheiro e Dionísio, 1992).

Alguns investigadores reconhecem que existem certos traços de carácter susceptíveis de favorecer a passagem aos actos. Citam como traços de carácter comuns a estes pais os seguintes: falta de confiança em si; muita fraca tolerância à frustração; solidão, imaturidade, dependência, ciúme; expectativas irrealistas acerca da criança; e a fé no valor de uma educação severa (Rodrigues cit in Expresso, 1983). Ainda recentemente, Milner e Dopke (1997, cit. in. Figueiredo, 1998) elaboraram uma revisão de estudos empíricos, na qual fundamentam que certas características dos pais propiciam a ocorrência de maus tratos e salientam um conjunto de circunstâncias biológicas (por exemplo, factores psicológicos, tais como a reactividade ao stress), cognitivo emocionais (como a auto-estima, força do ego, percepções relativas ao comportamento da criança, atribuições causais, expectativas relativas ao comportamento da criança, stress, psicopatologia e problemas emocionais, afectividade negativa e empatia) e comportamentais (tais como, isolamento, dificuldades na interacção com a criança, competências para

lidar, vinculação e uso de álcool e droga). O álcool e a droga constituem um dos principais factores que favorecem, consideravelmente, o disfuncionamento da célula familiar e em muitos casos, são responsáveis pela manifestação de actos violentos em crianças no seio familiar.

2.3.4 - Factores relativos à Criança

A relação entre Pais e Filhos, por vezes, poderá ser perturbada por factores próprios da criança. Parece que a criança é, no contexto familiar, mais alvo de maus tratos, isto porque, pensa-se que algumas circunstâncias ou aspectos tornam-na mais vulnerável à vitimização, designadamente, o seu estado de dependência em relação ao adulto, a sua imaturidade, bem como seu menor estatuto físico (Figueiredo, 1998). Esta situação é geralmente reforçada por outros factores, nomeadamente, com uma gravidez não desejada, um parto doloroso; criança com perturbação congénita, ou de temperamento difícil.

2.4- As Consequências

Em relação as consequências, é importante perceber que este tipo de comportamento abusivo e violento exercido por um adulto sobre uma criança pode atingir proporções gravíssimas, ao provocarem graves lesões ao nível do desenvolvimento. Os efeitos adversos sobre o desenvolvimento da criança são diferentes consoante o tipo de abuso do qual ela é vítima (Figueiredo, 1998). Numa situação mais extrema, os efeitos imediatos, é evidentemente, a morte da criança, particularmente se for no 1º ano de vida da criança, no entanto, segundo Knutson (1994, cit in Figueiredo, 1998), esse risco diminui à medida que aumenta a sua idade.

Fora deste quadro extremo e dramático, estas crianças normalmente apresentam atrasos de crescimento; podem ficar deficientes, em consequência, de lesões cerebrais, que consequentemente, poderão provocar paralisia cerebral, epilepsia ou insuficiência intelectual (Vesterdal, 1980). Das lesões cerebrais, podem ainda, resultar défices neurológicos irreversíveis e serem responsáveis por outras

sequelas a curto, médio e longo prazo, como défices motores, crises epilépticas, défices visuais ou auditivos que podem levar à cegueira ou à surdez totais (Canha, 2000). As principais sequelas, a longo prazo, incluem o atraso de crescimento ponderal e estatual, o atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos, atraso da linguagem, dificuldades de relacionamento social com crianças e adultos, insucesso escolar, perturbações da personalidade, comportamentos sociais de risco, baixa auto-estima, baixa expectativa pessoal e profissional, aumento da delinquência e da comunidade.

Por serem considerados comportamentos extremamente negativos que interferem na trajectória desenvolvimental da criança vão ter repercussões no seu comportamento, atitudes e desempenho académico (Azevedo & Maia, 2006). Em determinadas situações, estas crianças poderão apresentar comportamentos inadequados e dificuldades de socialização. Por se tratarem de famílias violentas com tendência a acumularem dificuldades de vida (instabilidade económica, isolamento social), isso faz, com que aumentem o nível de stress nelas experienciado; a serem famílias caracterizadas por padrões interactivos aversivos, replicados em várias relações, e pela percepção da agressão como resposta legítima ao desconforto/conflito emocional; por potenciarem, pela presença de uma forma de agressão, a ocorrência de outros relacionamentos violentos.

Constata-se, que nestas famílias, o grau de disfunção é maior e os comportamentos violentos tendem a afectar negativamente as diferentes áreas do relacionamento familiar, provocando graves sequelas no desenvolvimento do indivíduo a nível intra e interpessoal. Pelo vistos, a coexistência de maus-tratos dentro de uma família, provavelmente, conduzirá uma criança a ter dificuldades em encontrar, noutros elementos do agregado, a securização e o afecto que lhe permitiriam desenvolver modelos de relacionamento alternativos à violência (Machado, Gonçalves & Vila-Lobos, 2002).

Em síntese, todos estes problemas, a convivência diária com um meio familiar violento e conflituoso proporciona a aquisição de modelos de vida deturpados, considerados responsáveis pela perturbação da relação entre pais-filhos e pela transmissão de maus tratos às gerações seguintes (Canha, 2000). O custo mais

dramático, reflectir-se-á, não só, na destruição de um projecto de vida, como também, no desenvolvimento das potencialidades da criança ou jovem, que os impedirá de atingir a idade adulta na plenitude das suas funções e competências, e ainda contribuirá, na perpetuação do ciclo geracional de violência (Canha, 2000). E os diversos estudos de investigação, demonstram que quanto mais severo é abuso, quanto mais crónico é o abuso, e quanto mais tipos de abusos se associam, pior é, o funcionamento da criança e mais pobre é o prognóstico a nível do desenvolvimento da criança (Figueiredo, 1998).

2.5- A Intervenção

Canha (2000) afirma: «Ignorar um caso de maus-tratos é pôr em causa a vida e o futuro de uma criança (...)». Como este fenómeno afecta a vida da criança em todos os níveis, então torna-se logicamente necessário e indispensável adoptar uma abordagem pluridisciplinar englobando as vertentes Médica, Enfermagem, Social, Psicológica e Jurídica.

O conhecimento das necessidades da criança, o seu reconhecimento como ser autónomo e interactivo desde o nascimento, a importância da vinculação mãe filho e da estimulação do meio ambiente para o seu crescimento, bem como, a necessidade da sua protecção, requer que sejam desenvolvidas múltiplas propostas de intervenção favoráveis ao crescimento e ao desenvolvimento. Tendo em conta, que se trata de problemas multidimensionais a perspectiva de intervenção inter e multidisciplinar assume aqui um papel primordial, onde o plano de acção, para além de estar direccionado à Infância, deve englobar a família e a população em geral. Tendo como objectivos principais colaborar com as famílias, prestando às crianças os cuidados necessários em ambiente familiar, de modo, assegurar-lhes a satisfação das suas necessidades físicas, emocionais e sociais.

As estratégias de intervenção devem estar ajustadas as suas necessidades, integrando recursos disponíveis que possibilitem respostas específicas e adequadas, caminhando para uma intervenção sistémica e articulada. E em Portugal, compete as entidades como as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens ou as Autoridades Judiciárias intervir nesta área. As intervenções das várias

entidades devem ser efectuada de modo consensual com os pais e consoante o caso, de acordo com os princípios vigentes na legislação portuguesa. Isto é, todo o plano de intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e jovem em perigo deve obedecer determinados princípios.

2.5.1 - Princípios Orientadores da Intervenção

- **Subsidiariedade** – A intervenção deve ser efectuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de protecção de crianças/jovens e em última instância, pelos tribunais.
- **Intervenção precoce** – deve ser efectuada logo que a situação de perigo for reconhecida.
- **Interesse superior da criança e do jovem** – deve prioritariamente atender aos interesses e direitos da criança/jovem.
- **Privacidade** – deve ser efectuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada.
- **Intervenção mínima** – deve ser exercida exclusivamente pelas entidades cuja acção seja indispensável à efectiva promoção dos direitos e à protecção.
- **Proporcionalidade e Actualidade** – deve ser necessária e adequada à situação de perigo em que a criança/jovem se encontra no momento em que a decisão é tomada e só pode interferir na sua vida e na sua família do que for estritamente necessário a essa finalidade.
- **Responsabilidade parental** – deve ser efectuada de modo que os pais assumam os seus deveres.
- **Prevalência da família** – deve-se dar prevalência as medidas que os integrem na sua família ou que promovam a sua adopção.
- **Obrigatoriedade da informação** – os interessados têm o direito de ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinam a intervenção e a forma com esta se processará.
- **Audição obrigatória e Participação** – os interessados têm o direito de ser ouvidos e a participar nos actos e na definição da medida de promoção dos direitos e de protecção.

Existem, os Centros de Acolhimento de Crianças, criados pela Associação Portuguesa para o Direito dos Menores e da Família, que acolhem crianças/jovens em situação de risco, que apenas permanecem nestes espaços o tempo indispensável ao estudo do seu «projecto de vida». Durante o seu acolhimento, o primeiro passo, é tentar o seu regresso à família nuclear e procura-se prestar o apoio necessário. Caso esse regresso seja impossível, o passo seguinte, é a tentativa da inserção numa família alternativa, de adopção ou acolhimento. Se essas duas soluções forem inviáveis, estes centros tentam inserir a criança/jovem numa instituição, dando continuidade ao acompanhamento efectuado. É importante referir, que todos os casos são discutidos num âmbito interdisciplinar e o trabalho desenvolvido por estes organismos visam a protecção destas crianças, bem como a sua reintegração familiar.

Como a violência (Física e Psíquica) é sempre um sintoma de um sistema relacional perturbado, considera-se que o seu tratamento numa perspectiva psicoterapêutica, só pode ter efeitos benéficos. Visto que os maus-tratos infantis remetem-nos sempre para uma deficiência grave da função parental, deve-se então considerar sempre pelo menos três aspectos nesta área de intervenção (Sampaio cit in Expresso, 1983): A Situação Externa, A Situação Interna da Criança, A Situação Interna dos Pais. Delinear uma estratégia de intervenção para resolução do problema é procurar dar atenção às condições de saúde e bem-estar dos indivíduos e suas famílias. Identificadas as causas a finalidade é capacitar o indivíduo a satisfazer as necessidades e a relacionarem-se de maneira mais adequada (Dirce, 2001). O Objectivo fundamental, desta metodologia é ajudar a família, de modo a serem elas próprias a resolverem os seus problemas. Ajudá-las a restabelecer o equilíbrio e a reintegrarem-se na vida social.

Para obter resultados adequados e eficazes, também os agentes educativos, para além da Família, como a Escola e Comunidade, devem colaborar em conjunto na manutenção da saúde das crianças, garantindo a realização de diligências necessárias para assegurar o bem-estar das crianças, bem como, fomentar uma estimulação que lhes permita um desenvolvimento integral e harmonioso.

A Escola deverá ser um espaço educativo organizado em função da criança, que proporciona actividades educativas que favorecem o seu desenvolvimento e aprendizagem (P.14). Tem como objectivos: promover o desenvolvimento pessoal e social da criança; possibilitar oportunidades de realização pessoal; estimular o desenvolvimento global de cada criança, no respeito pelas suas características individuais, inculcando comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diversificadas; fomentar a sua inserção em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência do seu papel na sociedade; incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efectiva colaboração com a comunidade.

É uma resposta que tem uma dupla missão: acção educativa e apoio a família, tendo como principal finalidade proporcionar condições adequadas ao desenvolvimento e global da criança, através de uma atenção individualizada, colaborando com a família em todo o processo educativo. A escola, enquanto instituição, deve proporcionar a cada criança um tipo de relação individualizada e equilibrada entre a família-criança, entre criança-professor e entre professor-família. Neste contexto, os objectivos específicos consistem em proporcionar o bem-estar e desenvolvimento integral das crianças num clima de segurança afectiva e física durante o afastamento parcial do seu ambiente familiar; colaborar com a família numa partilha de cuidados e responsabilidade em todo o processo evolutivo das crianças, proporcionando um ambiente rico de estímulos, apropriados às diferentes áreas de desenvolvimento; estimular o relacionamento entre crianças como forma de integração social, colaborando no despiste precoce de qualquer problema, inadaptção ou deficiência, encaminhando adequadamente as situações detectadas.

2.6- A Prevenção

Porque estamos perante uma realidade que se pode revestir de diferentes contornos, por vezes, com consequências nefastas, a prevenção deve constituir um dos pontos essenciais e imprescindíveis. Torna-se prioritária a difusão generalizada de medidas de prevenção, que contribuam significativamente para a sua eliminação ou resolução.

Para actuar nesta área, deve-se antes de mais, conhecer a incidência e prevalência do fenómeno, factores de risco, grupos da população mais vulneráveis ou ainda as características do indivíduo agressor (Azevedo e Maia, 2006).

A elaboração de programas de prevenção deverá assentar num conjunto de princípios gerais que vão nortear toda a acção: Devem ser programas globalizados, pois o conceito de saúde e bem-estar pessoal-social é unitário, logo os métodos de intervenção educativas devem incluir ambas as vertentes. A intervenção preventiva deve efectuar-se através de diferentes programas interactivos nas diferentes instituições (escola, família, profissionais sociais e psicólogos, etc.); E estes programas devem, para além de fomentar o desenvolvimento individual, provocar mudanças nas instituições.

Existem três tipos de estratégias de prevenção, aplicáveis à problemática dos maus tratos às crianças: prevenção primária, prevenção secundária e a prevenção terciária.

2.6.1- Prevenção Primária

Através da prevenção primária procura-se evitar o aparecimento do problema, ou seja, procura-se evitar a existência de uma série de situações de risco relacionadas com uma maior probabilidade de ocorrência de maus-tratos infantis. O objectivo é a redução generalizada do número de prevalência dos maus-tratos em qualquer das suas tipologias, no sentido, de aumentar a qualidade de vida na infância/juventude (Paúl e Arruabarrena, 1996 cit in Azevedo e Maia, 2006).

Este tipo de prevenção implica uma actuação sobre a população em geral, tendo como características básicas de prevenção, as seguintes: Ser de carácter comunitário e ser interdisciplinar; Ser proactiva e interligar os diferentes aspectos de vida dos sujeitos com uma orientação biopsicossocial ajudando os indivíduos a adquirir recursos pessoais e ambientais de modo a enfrentarem por si mesmos os problemas.

Na opinião de Dinis (1993), a prevenção dos maus-tratos infantis terá resultados mais eficazes, ao nível da prevenção primária, se forem desenvolvidos programas de intervenção durante a gravidez, encarando este problema como um problema interno dos pais. Considerando que a intervenção mais eficaz se deve fazer a partir de um trabalho com as grávidas, deve-se estruturar uma colaboração entre as consultas de obstetrícia, a de saúde mental de crianças e de adultos e o trabalho de acção social local. Logo que for detectado uma situação de risco, nestas consultas, seria mais adequado fazer o seu encaminhamento para as consultas de saúde mental, e aí prestar apoio psicológico durante o período de gravidez. Entretanto, e conforme as circunstâncias, poder-se-á mobilizar os recursos existentes na comunidade para apoio social. Fazia assim, todos os possíveis para que após o nascimento, não só as condições psicológicas dos pais fossem mais favoráveis, mas também, estariam criadas as condições materiais, onde a criança pudesse estar inserida. Uma acção sistemática deste tipo de intervenção poderá trazer, a longo prazo, consideráveis benefícios.

2.6.2 - Prevenção Secundária

Na prevenção secundária procura-se reconhecer a existência de grupos mais vulneráveis. O seu principal objectivo é detectar precocemente a população de risco e proporcionar a mudança da situação. Neste sentido, podemos referir que as famílias em situação de risco, são aquelas que apresentam certas características de instabilidade, desestruturação ou falta de segurança. Ainda como possíveis indicadores de risco podemos mencionar o consumo de drogas, desestruturação familiar; imaturidade e inexperiência; antecedentes de maus-tratos; atitudes violentas ou castigos inapropriados em relação aos filhos; problemas sociais ou económicos; depressão e isolamento; e fraca tolerância à situações de stress (Martínez Roig e De Paúl, 1993 cit in Azevedo e Maia, 2006). Considerando que existe um conjunto de factores que colocam em situação de vulnerabilidade, é de extrema importância, desenvolver e aplicar programas e acções de prevenção secundárias, com base no modelo ecossistémico, adoptando estratégias de intervenção que actuem nas diferentes áreas: individual, familiar, comunitário, social e cultural. Isto é, a tónica deverá ser colocada na promoção das competências

individuais, centralizando as suas acções preventivas na modificação do ambiente que rodeia o indivíduo, reduzindo ou eliminando a maioria das situações negativas, no sentido, de melhorar as capacidades do sujeito para que este possa enfrentar e superar essas mesmas situações. A eficácia destes programas será maior na medida em que se consiga que cada indivíduo desenvolva estratégias para dar resposta aos problemas concretos.

2.6.3 - Prevenção Terciária

Com a prevenção terciária pretende-se reduzir a duração e gravidade das sequelas dos maus-tratos, a médio ou longo prazo, procurando-se a reabilitação ou o tratamento dos indivíduos. Uma vez sinalizada a situação de maus-tratos, um dos objectivos prioritários deste tipo de prevenção, é garantir a segurança e integridade física e psíquica da criança, procurando evitar o reaparecimento do problema (De Paúl e Arruabarrena Madariaga, 1996 cit in Azevedo e Maia, 2006).

Há um conjunto de objectivos à destacar nos diferentes tipos de prevenção:

- Melhorar a qualidade de vida das famílias/indivíduos
- Investir numa educação de qualidade
- Criar redes de apoio social
- Promover uma efectiva participação dos indivíduos na vida comunitária
- Implementar programas de educação sexual
- Desenvolver programas de informação dirigidos aos pais, acerca do desenvolvimento infantil e respectivas exigências de maternidade e paternidade
- Melhorar as competências paternais face à situações de stress;
- Melhorar as relações intra familiares, promovendo actividades que estimulem à criação de laços emocionais e afectivos;
- Privilegiar o papel da escola com espaço desencadeador de experiências positivas;
- Investir na formação de professores em relação a esta temática;
- Investir mais na promoção da saúde mais do que na prevenção da doença.

As acções de prevenção deverão ir mais além do prevenir os riscos, tratando-se de algo mais amplo – «a educação para a saúde». E no âmbito da prevenção, a literatura aconselha a adopção do modelo integral, onde os três tipos de prevenção podem estar presentes, em simultâneo ou não, consoante as necessidades. Este modelo tem como um dos objectivos estratégicos, influenciar de forma positiva o chamado “ciclo vicioso” da transmissão familiar e transgeracional, não se esquecendo dos factores do meio ambiente que facilitam esta transmissão (Barudy, 1998 cit in Azevedo e Maia, 2006).

3- CONCLUSÃO

As situações maus tratos constituem uma problemática de grande complexidade em que o principal objectivo é salvaguardar o bem-estar da criança, intervindo simultaneamente na família. Uma actuação adequada envolve a mobilização de um conjunto alargado de competências e experiência no estabelecimento de uma relação com a criança e família e na procura das estratégias mais adequadas para a cada situação. Sublinho aqui, o aspecto da importância da vinculação materna precoce, desde os primeiros momentos do nascimento.

A sua complexidade manifesta-se também pelo grande número de estruturas envolvidas neste processo e pela necessidade de articulação profunda e concertada entre elas: de saúde, sociais, comunitárias, legais, entre outras. Por se tratar de um gravíssimo e complexo problema social torna-se necessário e indispensável conhecer os factores que conduzem ao aparecimento dos maus tratos infantis, os seus diferentes tipos, as principais manifestações, como as diferentes formas de apresentação, a conduta mais adequada e as medidas de prevenção, tornam-se tarefas prioritárias para compreender esta problemática e permitir planear e desenvolver estratégias de apoio e acompanhamento às crianças e respectivas famílias.

Por todas estas razões, torna-se indispensável o diagnóstico precoce dos maus tratos e sua adequada intervenção, para evitar uma multiplicidade de

acontecimentos altamente prejudiciais no percurso de vida de uma criança maltratada. O enfermeiro deverá promover o potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude. A qualidade desta relação precoce que se estabelece entre os pais e o bebé vai influenciar o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo assim como a forma de se relacionar com as outras pessoas. Assim, é essencial que estejamos despertos e que despistemos sinais de risco.

Ajudar os pais a cuidarem do seu filho é contribuir para um desenvolvimento futuro saudável para o qual o afecto é essencial. “**A essência da vida humana não é outra coisa senão o afecto**” (LARA, 1997 p.149).

4- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  AZEVEDO, M.C & MAIA, A, C. (2006) - **Maus-Tratos à Criança**. Climepsi Editores, Lisboa.
-  ALMEIDA, A, N., ANDRÉ, I, M. & ALMEIDA, H,N. (1995) - **Relatório final sobre os maus tratos às crianças em Portugal**. Lisboa.
-  BAPTISTA (1991)- Quem Zela pelos direitos das crianças? **Pais & Filhos**. Nº 74, p.42-44.
-  BOCHEREAU (1976) - **Introdução à Psicologia para Enfermeiras**. Editorial Estampa.
-  CANHA (2001/2003) - A Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos. Quarteto Editora (1ªe 2ª Edição). Coimbra.
-  DIRCE (2001) - Trabalho realizado no âmbito de Seminário de Investigação. Curso de Licenciatura em Serviço Social. Universidade Católica Portuguesa.
-  DINIS, S. (1993) - A Criança Maltratada. Um ponto de vista. NASCER E CRESCER, Vol. II, Nº 3.
-  DIÁRIO DA REPÚBLICA (1999). Nº 204
-  EANES (1991). Os Direitos da Criança. **Diário de Notícias**.
-  EXPRESSO (1983). Mudança de Família poderá solucionar os casos de rejeição considerados graves.

- 📖 FIGUEIREDO (1998). Psicologia: Teoria, investigação e prática. Maus Tratos à Crianças e ao Adolescente (I): **Situação e Enquadramento da Problemática**. Vol. 3. Nº 1. p. 5-19.
- 📖 LARA, ALDA (1997) – **Deficiências Psíquicas Provocadas por Carência de Cuidados Familiares**, Braga: Edições APPACDM, ISBN 972-8195-90-7.
- 📖 LEI Nº 147/99. De 1 de Setembro Diário da República. I Série A. 204 (1999-09-01) 6115-6132.
- 📖 LEI Nº 48/90. Diário da República. I Série – A. 195 (1990-08-24) 3452-3459
- 📖 MOURA, C. (1992). Eles Precisam de Si. **Pais & Filhos**, p. 57-60.
- 📖 MARINHEIRO, C. & DIONÍSIO, F. (1992). Crianças abandonadas e maltratadas. **Prática & Criativa**, p. 43-46.
- 📖 MARTINS, P. C. (2000). Conceito de Maus Tratos à Crianças. Universidade do Minho. <http://www.forol.nortenet.pt/farol12/f12pag03.htm>
- 📖 MACHADO, GONÇALVES & VILA-LOBOS (2003) - **Violência e Vítimas de Crimes**. Quarteto Editora. Coimbra.
- 📖 MIMURA (2006) - Desenvolvimento Infantil. <http://www.geocities.com>
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - Desenvolvimento Infantil.
<http://www.ordemenfermeiros.pt>
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2004) - *As condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa, Portugal;
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades em Enfermagem Fundamentos e Proposta de um Sistema. 17 de Março, disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal. Dezembro. p. 1-11;
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Conselho de Enfermagem – Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) A protecção de Crianças – Enunciado de Posição. 15 de Março. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007_2.pdf

-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades em Enfermagem Fundamentos e Proposta de um Sistema. 17 de Março de. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documentos/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

-  PORTUGAL: Direcção Geral de Saúde (DGS) (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Lisboa: DGS. Disponível em: **[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf)**

[CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf)

-  RAPPAPORT, FIORI & HERZBERG (1981). **Psicologia do Desenvolvimento**. A Infância inicial: o bebê e sua mãe. Vol. 2. Editora Pedagógica e Universitária, Lda. São Paulo.
-  VESTERBRAL, J. (1980). **Aspectos criminológicos dos maus-tratos às crianças na família**. Factores etiológicos e consequências a longo prazo. Infância e Juventude, p. 48-83.

APENDICE XVI
Divulgação da Sessão

SESSÃO: A intervenção do enfermeiro nos Núcleos de Crianças Maltratadas

8 e 15 De Fevereiro de 2012 às 14 horas

Local: Unidade de Cuidados Personalizados de Benfica

Tema: Promoção da Continuidade de cuidados à criança ao jovem e família de risco – contributos do Enfermeiro especialista em SIP

Objectivos Gerais:

-  **Sensibilizar para a problemática dos maus tratos infantis,**
-  **Motivar os enfermeiros sobre o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos**
-  **Melhorar a continuidade de cuidados à criança, jovem e família de risco.**

Objectivos Específicos:

1ª Sessão (8 de Fevereiro de 2012)

-  **Aprofundar conhecimentos sobre a problemática dos maus tratos;**
-  **Identificar os diferentes tipos de maus tratos;**

2ª Sessão (15 de Fevereiro de 2012)

-  **Compreender a intervenção do enfermeiro no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;**
-  **Conhecer os recursos existentes para apoiar estas crianças.**

Duração: 30m

Enf.^a Cláudia Martins

Aluna 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem em SIP - ESEL

APÊNDICE XVII

Reflexão de um dia com a equipa de apoio domiciliário

O projecto de apoio domiciliário da MAC inicia-se em Dezembro de 2002 com o objectivo de promover a articulação entre o serviço de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa (MAC), o domicílio e a comunidade onde estão inseridos o recém-nascidos e família. Este projecto procura dar resposta às necessidades específicas destes recém-nascidos de grande prematuridade e suas famílias, no contexto habitacional, através de uma equipa multidisciplinar. É constituída por uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma educadora social, dispondo ainda de um trabalho de parceria com a equipa da MAC, nomeadamente pediatras, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas. De acordo com a especificidade de cada situação, conta ainda com o apoio de uma estrutura constituída por voluntárias do banco do bebé¹. Os bebés e as suas famílias são acompanhados por um período de três anos. Existia, até há pouco tempo atrás o acompanhamento de enfermagem, este acompanhamento era efectuado em regime de voluntariado.

Nas reuniões de Apoio Domiciliário são debatidas as situações acompanhadas e estabelecido um plano de intervenção individual para cada bebé, o plano tem por base o enquadramento conceptual da intervenção precoce: a intervenção centrada na família, intervenção de base comunitária e a intervenção em contexto natural. Os bebés acompanhados têm vindo a subir, e segundo dados oficiais em 2003 esta equipa apoiou 15 bebés e em 2009 o número subiu para 63. Realizaram durante o ano de 2009 1193 visitas domiciliárias aos bebés prematuros, destas 651 foram visitas efectuadas pelos técnicos da equipa e 532 visitas efectuadas pelas voluntárias (em regime maioritariamente semanal). No ano de 2009 conseguiram atribuir 75% de altas por autonomia da família e 105 das famílias acompanhadas foram encaminhadas para estruturas especializadas de saúde. Tive o privilégio de acompanhar um dos elementos da equipa de apoio domiciliário (Fisioterapeuta), durante um dia, nas visitas às famílias no terreno. Neste período visitámos dois bebés.

¹ O serviço de voluntariado foi criado na Maternidade Dr.º Alfredo da Costa em 1991. Hoje em dia este serviço possui cerca de 60 voluntárias que, visitam todas as secções da maternidade procurando dar apoio às mães, bebés e mulheres internadas. Em 1997 nasceu a AARN – Associação de ajuda ao recém-nascido que funciona como um banco ao qual mães – após o rastreio do serviço social da maternidade – recorrem para obter os enxovais e alcofas, medicamentos, leites, fraldas, carrinhos e cadeiras de bebe, produtos de higiene, etc. Além da dádiva inicial da alcofa e enxoval, na altura do nascimento, todos os meses, por altura da consulta regular, as mães podem fazer novo pedido ao serviço social, que será reencaminhado para o banco do bebe- AARN. Este serviço consegue ainda incentivar a assiduidade às consultas e a toma efectiva dos medicamentos prescritos nas mesmas, atravez do pagamento da parte não participada pelo estado.

O primeiro bebé a que efectuamos visita domiciliária era um grande prematuro de 27 semanas, que tinha agora 12 meses de idade corrigida (A mãe tem a nacionalidade Angolana e o pai é português). A criança não foi assumida pelo pai e continua sem estar registada, a mãe agora aceita melhor esta situação, mas no início estava muito revoltada. A situação está entregue ao tribunal. A mãe tem a seu cargo uma irmã de 14 anos com a qual partilha a casa.

A mãe começou a ser acompanhada pela equipa de apoio domiciliário desde que foi para casa. Teve muitas dificuldades inicialmente na adaptação à recém-nascida, evidenciando grandes dificuldades na prestação de cuidados demonstradas por dificuldades no banho, alimentação, do sono (bebé dormia com ela na cama) e choro do bebé (ficava muito angustiada cada vez que esta chorava). A transição para a maternidade pode ser descrita como um “processo de mudança pessoal e interpessoal, que ocorre quando a mulher assume as tarefas maternas e avalia-se a si própria como mãe” (Shin e White-Traut 2007). Segundo Shumacher e Meleis (1994) e Meleis et al (2000) para a mulher, a transição para a maternidade é uma experiência desenvolvimental universal, no entanto a transição para a maternidade nas UCIN é uma maternidade tardia. Encontra-se bem documentado na literatura que o nascimento e a hospitalização de um recém-nascido numa UCIN colocam enormes desafios aos pais (Shin e White-Traut 2007). É papel do enfermeiro promover e encorajar a relação de enamoramento entre a mãe/pai e o seu recém-nascido, por exemplo através do método canguru. O contacto estreito entre a mãe e o recém-nascido encoraja as mães a participar nos cuidados.

Shin e White–Traut (2007) referem que a transição para a maternidade em mães com recém-nascidos prematuros é mais difícil quando comparada com mães de recém-nascidos saudáveis. Quando têm alta de uma UCIN, as mães podem experimentar um novo sentido da responsabilidade no cuidado aos recém-nascidos prematuros, podendo dar origem a uma tensão no papel e uma tensão emocional., sentindo-se impreparadas para assumir as suas novas responsabilidades. A Equipa de Apoio Domiciliário, elaborou em conjunto com a mãe, uma folha de registos que a ajudava na administração da medicação, biberões (horário, quantidades, e intercorrências). Foram trabalhados os restantes aspectos, em visitas inicialmente semanais, efectuando-se actualmente visitas quinzenais. Presentemente encontra-

se mais autónoma na prestação de cuidados, mas continua a manifestar algumas dificuldades na alimentação da bebé, refere que esta continua a “bolçar” muito (medicada desde há cerca de 1 mês com Motilium® mas sem melhorias). Nesta visita reforçaram-se ensinamentos de posição anti-refluxo e verificou-se quantidade de leite administrado.

Confirmou-se também a evolução da situação no tribunal: a criança continua sem estar registada, a mãe refere não ter contacto com o pai, mas mantém contacto com a restante família, que segundo ela, não têm conhecimento que o pai ainda não regularizou a situação.

Enquanto estávamos a efectuar a visita domiciliária, a psicóloga efectuou também uma visita a esta mãe, estava a trabalhar com a mãe aspectos do sono da bebé, segundo a mãe a bebé estava melhor em relação a este aspecto, já dormia na sua cama e os sonos eram mais prolongados. As visitas da psicóloga também eram efectuadas com uma periodicidade quinzenal (muitas vezes os técnicos do apoio domiciliário combinam-se para efectuarem as visitas à mesma hora, como neste caso, ou em horas diferentes). Deixamos a psicóloga no seu trabalho com a mãe e seguimos para a próxima visita.

A segunda visita foi efectuada a um bebé com 18 meses, igualmente grande prematuro, teve diversas intercorrências no período pós natal associadas à prematuridade: Hemorragia cerebral com hidrocefalia e necessidade de colocação de válvula ventrículo peritoneal, várias vezes operado por obstrução da válvula. Tinha actualmente 18 meses mas com um grande atraso do desenvolvimento, segundo a fisioterapeuta tinha um desenvolvimento compatível com seis meses de idade. Na realidade, segundo o que pude observar, poder-se-ia dizer até que o atraso era maior, pois não tinha controlo da cabeça, fazia elevação da cabeça apenas com ajuda e também não rodava de decúbito dorsal para ventral.

Este bebé era o segundo filho de pais jovens (ambos com 20 anos) que não coabitavam conjuntamente. Ambas as crianças tinham sido entregues, por medida judicial, aos cuidados da avó materna e da tia materna. A mãe do bebé estava actualmente numa instituição quando após ter engravidado uma terceira vez o

tribunal só permitiu que esta ficasse com a criança se ela permanecesse numa instituição.

A fisioterapeuta efectuava visitas domiciliárias a esta família semanalmente, procedendo a um programa de reabilitação individualizado e adaptado ao Mauro. Referiu que esta criança está em lista de espera para integrar o Centro de Paralisia Cerebral e que assim que passar para esta instituição cessam as visitas a esta família.

Pude observar que existiam outros aspectos que deveriam ser trabalhados com esta família: os deficientes cuidados de higiene que pude observar na criança como na casa tinham obviamente que ser trabalhados, bem como as questões alimentares, referiam manter muitas dificuldades para o alimentar. O Mauro apresentava ainda de períodos de farfalheira e pieira, segundo a avó com necessidade de efectuar aerossóis em casa mas referiam ter dificuldade em gerir o bebé nestas alturas porque se agudizavam as dificuldades relacionadas com a alimentação. No entanto, pelo que pude perceber, ambas fumavam em casa, o que não ajudava o Mauro e o quadro respiratório actual.

Reconheço que o período de encontro com esta família (cerca de 2 horas) não me permite dizer que conheço todas as vertentes do caso, mas existem sem duvida alguns factores de risco, reflectindo sobre esta situação questiono se esta família, pouco estruturada e com poucos alicerces relativamente ao que se entende sobre funções familiares, conseguirá dar uma infância securizante ao Mauro?

Refere a acção de Saúde para crianças e Jovens em risco, Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro, que se consideram como factores de risco familiares situações como “vinculação insegura, problemas de comunicação e ou deficit no exercício das responsabilidades parentais” (p. 49212). Por outro lado considera alguns aspectos de âmbito social como o desemprego, precariedade laboral e também “fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar – relações instáveis, famílias numerosas e em contextos desfavoráveis, gravidez não desejada (...) separação ou divórcio. Na situação do Mauro, embora já entregue aos cuidados da avó e da tia por indicação do tribunal, muitos dos factores de risco continuam presentes, nomeadamente nas relações instáveis entre os membros da família (mãe

visita de 15 em 15 dias o Mauro, tem com ele fraca relação e mantém relação conflituosa com a tia).

Avó cumpre esquema de consultas do Mauro mas estimula-o muito pouco. Mantém o bebé em frente à televisão quase todo o dia, embora a fisioterapeuta já a tenha muitas vezes aconselhado a efectuar os exercícios pelo menos uma vez ao dia. Neste sentido, encontra-se descrito pela UNICEF (1989), no artigo 18, alínea 1 “a responsabilidade de educar a criança e assegurar o seu desenvolvimento cabe principalmente aos pais e, sendo caso disso, aos representantes legais.” E reforça no artigo 27, da alínea 2 que “cabe primacialmente aos pais e às pessoas que têm a criança a seu cargo a responsabilidade de assegurar, dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança”. Há situações em que existe uma incapacidade tanto ao nível socioeconómico, como ao nível psicológico, de facultar todos os meios à criança para um adequado desenvolvimento. Desta forma volto a questionar-me, qual será o papel do EE em ESIP face a esta família, para melhorar a continuidade de cuidados?

O EE em ESIP deveria, em meu entender, integrar esta equipa, e não em regime de voluntariado. O EE em ESIP colabora com a família e os pais ou representantes num momento de crise e ajuda os pais ou representantes no desenvolvimento do seu papel parental, iniciando-se na colaboração para o desenvolvimento do processo de vinculação (Oliveira 2009, p.209). “Outras disciplinas, também se podem concentrar na transição, mas a contribuição única da enfermagem é o seu objectivo de um aumento do bem-estar.” (Shin e White-Traut 2007 p.68). Este aspecto fornece à enfermagem uma perspectiva única. Só a enfermagem facilita as transições para aumentar a sensação de bem-estar. Cuidar é visto como um processo que facilita as transições saudáveis e que não está vinculado ao início ou término de um medicamento ou evento.

No caso das situações de risco, a nossa função como enfermeiros passa por, envolver os pais ou representantes nos cuidados à criança, fornecer conhecimentos para que consigam desenvolver o seu papel parental. Shin e White-Traut (2007 p.68) referem que existem três indicadores de transições bem sucedidas: bem-estar emocional, mestria, e bem-estar nas relações.

É muito importante não esquecer que este deve ser um trabalho em equipa, pelo que devemos desenvolver a nossa habilidade para perceber as limitações familiares que envolvem a criança, os pais ou cuidadores a quem prestamos cuidados, para que a nossa actuação possa ser o mais precoce possível e consigamos encaminhar as situações para os técnicos cuja área de actuação é mais adequada para a resolução de determinadas situações, tal como estabelecido no código deontológico artigo 91º, alíneas a) e b). Mas, convém também não esquecer, que esta equipa multidisciplinar deve integrar um elemento de enfermagem, fundamental para a prestação de cuidados à criança, família ou cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 MELEIS, A.I; et al (2000) - Experience Transitions: A Middle-Range Theory in **Advances in Nursing Science**, ISSN 1550-5014, 23(1), 12-28
- 📖 SHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. (1994) - Transitions: a Central Concept in nursing, in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice** (2010) p. 38-52, ISBN 978-0-8261-0535-6.
- 📖 SHIN, H.; & WHITE.TRAUT,R. (2007) – The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. Journal of Advanced Nursing, 58 (1), 90-98, in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice** (2010) p. 104-113, ISBN 978-0-8261-0535-6.
- 📖 OLIVEIRA, Maria Helena (2009) - Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica, **Revista Nursing**. Lisboa, ISSN0871-6196.243p. 18-23
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009d) – **Código Deontológico** (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Disponível em: [http:// www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)
- 📖 PORTUGAL: **Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008**, publicado no DR – II Série, nº 236 de 05/12/2008 (Acção de Saúde Para crianças e Jovens em Risco)
- 📖 PORTUGAL: LEI nº 147/99 – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República I Série A (1/09/99)
- 📖 UNICEF (1989). A convenção dos direitos da criança, disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

APENDICE XVIII

Plano de Cuidados à criança, jovem e família internada e em risco

Na Unidade pluridisciplinar Assistencial, foram admitidos, durante o período de estágio, algumas crianças por “motivos sociais”. Trabalhar estas situações permitiu-me questionar sobre a minha prestação de cuidados, que passa também por notificar situações que requerem maiores cuidados a outras instituições e profissionais de saúde, fazendo-me rever alguns aspectos de forma a melhorar os meus cuidados. Esta reflexão e interiorização de que podemos melhorar o nosso percurso profissional, permitiu-me desenvolver algumas competências (E1, E3), zelando pela qualidade dos cuidados prestados na minha área de especialização.

Considereei importante, trabalhar duas destas situações de forma individualizada. A primeira situação dizia respeito a um recém-nascido, que transitou do serviço de obstetrícia para o piso 6 por motivos sociais (pais a viver na rua). O segundo caso refere-se a um lactente internado por situação de doença (Infecção respiratória) mas que se verificou, durante o período de internamento uma insuficiência de papel por parte dos pais na prestação de cuidados à criança e a necessitar de intervenção de cuidados de enfermagem. Utilizei os instrumentos presentes no serviço (Carta de Alta/Transferência de Enfermagem) e tomei como base as aprendizagens (teóricas e práticas) desenvolvidas ao longo do projecto, e o referencial teórico aprofundado ao longo do meu percurso (método enfermeiro referência, Filosofia de Cuidados Centrados na Família e Modelo de Afaf Meleis).

O plano de cuidados permite sistematizar e organizar cuidados a prestar à criança, jovem e família, permitindo desta forma orientar a actuação dos elementos de enfermagem que diariamente cuidam da criança, jovem e família. Apoiando o referido por Carpenito (1999, p.35) os “... *planos de cuidados (...) servem aos seguintes propósitos:*

- *representam o conjunto prioritário de diagnósticos (problemas colaborativos ou diagnósticos de enfermagem).*
- *proporcionam um “esquema” para orientar o registo.*
- *comunicam à equipa de enfermagem o que ensinar, o que observar e o que implementar;*
- *proporcionam resultados esperados para a revisão e avaliação do atendimento.*
- *orientam as intervenções específicas que o cliente, a família e os outros membros da equipa de enfermagem devem implementar.”*

Dos casos¹ que escolhi para trabalhar o primeiro refere-se a um recém-nascido que tinha transitado do serviço de Obstetrícia do HSM por necessitar de Apoio Social.

A História da “Rita”

A primeira actividade realizada foi a consulta do processo da criança de forma a obter informação clínica e de enfermagem referente ao internamento actual. Pude constatar que eram escassas as informações acerca da relação da díade (mãe/pai) e Tríade (pais/criança). Faz-se menção nas notas de enfermagem à presença ou ausência dos pais e é referenciado o período mas não são identificadas necessidades ou áreas de actuação a privilegiar pela enfermagem.

A entrevista que efectuei com a família teve como objectivo perceber as suas necessidades actuais assim como tomar conhecimento de todas as decisões que já tinham sido tomadas em relação ao plano de intervenção. Esta situação estava a ser acompanhada pela equipa multidisciplinar do serviço (assistente social, psicóloga, enfermeira) e já tinham sido efectuadas algumas diligências: participação do caso ao NHACR e posteriormente à CPCJ, na actualidade a família encontrava-se em período de espera para assinar o acordo com a CPCJ e procurava-se uma instituição que acolhe-se conjuntamente a mãe e a bebé.

Nessa entrevista colhi dados referentes à constituição da família. Mãe de 19 anos de idade, desempregada, sem residência. Pai com 23 anos de idade, com antecedentes de doença psiquiátrica, actualmente recusa-se a frequentar as consultas de psiquiatria e por isso não faz medicação. Não possuem habitação, viviam até o nascimento da Beatriz na rua, recorrendo ao apoio de diversas instituições, como a Igreja Evangélica do Campo Pequeno, ou o Centro mãe D'Água, onde todos os dias cumpriam os cuidados de higiene. A relação que mantinham com a família alargada era conflituosa, ambos tinham conflitos com as mães. No caso da mãe “Rita” este aspecto referia-se ao facto de anteriormente ao nascimento da “Beatriz” as discussões serem constantes tendo sido esse o facto que precipitou a sua saída de casa, actualmente “Rita” refere que a mãe nunca a ajudou neste novo período da sua vida (ser mãe). Confessa, durante a nossa conversa, que teve

¹ Os nomes foram alterados por uma questão de confidencialidade e segredo profissional a que estamos sujeitos no exercício da nossa profissão, respondendo também desta forma a um dos princípios éticos.

muitas dificuldades na adaptação a este novo período porque não sabia cuidar da bebé quando ela nasceu. Referiu que quando a “Beatriz” nasceu não sabia “mudar uma fralda ou dar banho” e que todos estes cuidados tinham sido “aprendidos graças à equipa de enfermagem a eles agradecia o que sabia hoje”. Pude observar que a “Rita” demonstrava um grande interesse em participar e efectuar os cuidados à recém-nascida mantendo-se sempre presente no serviço. Em relação ao pai da “Beatriz” - “Tiago” - este aspecto era diferente, estava pouco presente na prestação de cuidados à bebé e mantinha com os profissionais de saúde, nomeadamente com os enfermeiros, uma relação de distanciamento e por vezes de conflitualidade. Foi por isso mais difícil abordar este último tendo a informação sido recolhida sobre a família paterna principalmente através da “Rita”.

Pelo que pude apurar o “Tiago” tinha um relacionamento muito conflituoso com a sua família de origem, principalmente com a mãe, que se tinha recusado a ver a bebé ou a vir ao hospital após ter sido contactada pela assistente social que tinha tentado, antes de procurar uma instituição, convocar ambas as famílias de origem para saber da possibilidade de mãe e criança ficarem na casa das avós (materna e paterna).

Com a ajuda das actividades supracitadas, assim como o contacto com a diáde permitiram-me iniciar a elaboração do plano de cuidados que serviu de base à prestação de cuidados a esta família. Neste percurso, e tendo em conta o referido pela Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro, Magalhães (2005) e Azevedo e Maia (2006) foram também percepcionados outros factores de risco, nomeadamente, doença psiquiátrica do pai, não tratada na actualidade, algum isolamento social, desemprego e alguma imaturidade por parte da Andreia (Insuficiência de Papel). Durante a prestação de cuidados e a execução das actividades enumeradas no plano de cuidados devo salientar a grande disponibilidade demonstrada pela mãe para a aprendizagem de cuidados a prestar à recém-nascida.

Com o plano de cuidados, tive como objectivo efectuar um levantamento dos problemas sociais e de saúde que motivaram o internamento e que poderão afectar o bebé a longo prazo. Durante a prestação de cuidados e a execução das

actividades enumeradas no plano de cuidados devo salientar a dificuldade em me aproximar da figura paterna, por ter sido elevada uma barreira relacional por esta última. Como factor limitador refiro o tempo que estive disponível com a díade para a elaboração do trabalho, o que me impossibilitou o estabelecimento de uma relação de maior proximidade com a mesma.

Durante o período que segui esta família foi possível participar e observar a actuação dos profissionais envolvidos (enfermeiro, assistente social). Houve alguns aspectos que se modificaram durante este período, nomeadamente o facto de a mãe ter iniciado um trabalho no Hospital de Santa Maria como auxiliar de Limpeza, o que a tornava mais independente do ponto de vista financeiro. O pai continuava a procurar emprego, pela sua natureza um pouco conflituosa, todos os empregos onde tinha estado até ao momento, tinha sido despedido. A “Rita” temia que isso continuasse a acontecer, considerava que o “Tiago” necessitava de voltar às consultas de psiquiatria e a fazer a medicação. Este aspecto estava aliás a ser trabalhado pela assistente social, que tinha marcado uma consulta de psiquiatria no Hospital, no entanto a “Rita” receava que quando fosse o dia da consulta o “Tiago” se recusa-se a comparecer. Dias antes da alta a “Rita” e o “Tiago” foram a uma reunião com os técnicos da CPCJ Lisboa Norte, para efectuar a assinatura de acordo de “medida de promoção e protecção de apoio junto dos pais”. Segundo o Artigo 36º da Lei nº 147/99 de Protecção de Crianças e jovens em perigo, as medidas aplicadas pelas comissões de protecção integram um acordo de promoção e protecção. As medidas aplicadas em meio natural de vida, nomeadamente as medidas de apoio junto dos pais referem-se, como se encontra descrito, no seu artigo 39º a “proporcionar à criança ou jovem apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica” (Lei nº 147/99).

No dia da alta, encaminhei a situação familiar para a enfermeira da instituição onde iriam ficar recém-nascido e mãe (casa do Gil) de forma a dar continuidade à intervenção e, com isto, levar à diminuição do risco.



Hospital de Santa Maria

História Clínica de Enfermagem

Pediatria Piso 6

Unidade – UPA

Identificação

Nome – “Beatriz”

Data de Nascimento – 06-11-11

Sexo – Feminino

Raça/Etnia – Caucasiana

Motivo do Internamento – Situação social

Data do Internamento – 08-11-11

Origem - Serviço de Obstetrícia

Família

Pai – “Tiago” Idade – 23 Profissão - desempregado

Mãe – “Rita” Idade – 19 Profissão – desempregada

Irmãos - 0

Outros aspectos considerados relevantes – Viveram durante algum tempo na casa da avó paterna mas por incompatibilidades com esta, por parte do “Tiago” (discussões frequentes) encontravam-se neste momento a viver na rua. Recebiam algumas ajudas por parte da Igreja Evangélica sediada no Campo Pequeno, e do Centro Mãe de Água da Santa Casa da Misericórdia²

Antecedentes Pessoais Relevantes (Gravidez, internamentos anteriores, alergias, doenças crónicas, terapêutica habitual, etc.)

Mãe – Efectuou vigilância da gravidez no Hospital de Santa Maria. Já efectuou revisão de parto (no Hospital de Santa Maria), encontrando-se a fazer Folifer® e Cerazette®, refere que já tem agendado a colocação de Implanon® para Maio.

Pai – Efectuado pedido de nova reavaliação psiquiátrica por abandono das consultas de psiquiatria

Observação da criança:

Desenvolvimento estado-ponderal adequado à idade

Peso – 4,618gr P =50 (13/12/11)

Estatura – 56 cm P>75 (13/12/11)

Desenvolvimento Psico-motor adequado à idade, efectuada avaliação segundo teste de Mary Sheridan.

Hábitos Alimentares (aspectos relevantes):

A ser inicialmente amamentada exclusivamente de leite materno em horário livre, com boa progressão ponderal. A partir de 17-11-11, por apresentar períodos de choro e encurtamento do intervalo das mamadas, iniciou Leite Adaptado após mamada. Actualmente a ser amamentada exclusivamente de Leite Adaptado (120cc) de três em três horas.

² O Centro Mãe de Água possui o **Centro de Acolhimento Nocturno** que acolhe, durante a noite e por um período de tempo limitado, indivíduos sem-abrigo ou com domicílio instável, indivíduos em situação de risco social grave, ou indivíduos que por razões súbitas se encontrem sem local onde pernoitar. Informações disponíveis sobre esta instituição In <http://www.scml.pt/default.asp?site=social&sub=&id=17&mnu=17>.

Eliminação:

Padrão regular, mãe refere mudar duas a três fraldas com dejectões por dia, e cinco a seis fraldas com micções.

Sono e repouso (aspectos relevantes):

(Se para dormir precisa de chucha ou outro objecto, se habitualmente adormece na cama ou ao colo, objectos com que gosta de brincar etc.)

Dorme sono calmo entre mamadas, apresenta alguns períodos de choro, mais frequentes à tarde e noite que segundo a mãe correspondem a períodos de cólicas. Gosta de ser adormecida ao colo, com chucha e fralda de pano. Demonstra interesse por mobiles e peluches.

História da doença actual:

Não se aplica, internamento não se deve a situação de doença da bebé.

CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

De: Pediatria Piso-6 Unid Pluridisciplinar Assistencial; D. Metabólicas; Hematologia; Neurologia

Para: Casa do Gil

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: “Beatriz”

Prefere ser chamado: Bia

Idade: 1m e 17 dias Data de Nascimento: 06 / 11 / 2011 (dd/mm/aaaa) Etnia/Raça: Caucasiana

Reside com: Actualmente sem residência

Morada:

Centro de Saúde/Extensão/USF: Charneca do Lumiar Nº Processo: _____

Médico de Família: Sem Médico Enfermeiro: Enf.º de Referência

2 – ANTECEDENTES PESSOAIS

Gravidez Vigida: Sim ☒ Não ☐ Intercorrências: Não Local: Hospital de Santa Maria

Internamentos anteriores: Não

Problemas de saúde conhecidos: Não

Medicação habitual: Não

PNV actualizado: Sim ☒ Não ☐

Alergias: Não

3 – RESUMO DO INTERNAMENTO

Data da admissão: 08/ 11 / 2011 (dd/mm/aaaa) Data da Alta: 13 /12/ 2011 (dd/mm/aaaa)

Destino: Casa do Gil

Internamento através da: Urgência ☐ UCIPed ☐ Consulta ☐ Hospital Dia ☐ Obstetria ☒

Motivo do Internamento/Alterações à entrada: Caso Social

Diagnóstico: Caso Social

À saída encontra-se: A Beatriz encontra-se calma, na companhia dos pais. Pele e mucosas coradas e hidratadas. A ser amamentada exclusivamente de leite adaptado (120 cc de 3 em 3 horas) padrão de eliminação 4 a 5 vezes ao dia, padrão vesical

4 – CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Pai: “Tiago” Idade: 23 Profissão: Desempregado

Mãe: “Rita” Idade: 19 Profissão: Empregada da limpeza

Família: Monoparental ☐ Convencional ☒ Outra ☐

Nº de irmãos: 0 Idades: ----- Ocupação: -----

Acompanhamento no internamento por: pais

Participação nos cuidados: Sim ☒ Não ☐

Reacções dos pais perante o internamento/situação de doença: Pais participativos nos cuidados.
Mãe sempre muito interactiva com a bebé e muito disponível para a aprendizagem.

5 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (OBSERVAÇÃO NA ALTA/CUIDADOS NECESSÁRIOS)

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Manutenção de ambiente seguro	Desenvolvimento psico-motor adequado a idade: Sim ☒ Não ☐ Especifique: Efectuada avaliação do desenvolvimento segundo teste de Mary Sheridan ³ que se encontra adequado à idade Estado de consciência: Consciente ☐ Confuso/Agitação psicomotora ☐ Pessoa de referência/significativa: Pais PNV actualizado no internamento: Sim ☒ Não ☐ A actualizar: ☐
Comunicação	Linguagem adequada a idade: Sim ☒ Não ☐ Alterações _____ Disártrico ☐ Afásico ☐ Outras alterações ☐ Conhecimento da criança em relação a situação de doença/internamento: _____
Respiração	Sem alterações ☒ Com alterações ☐ ☐ Oxigenoterapia Débito _____ Interface _____ ☐ Inaloterapia Aspiração de secreções / Nº da sonda aspiração _____ ☐ Cinesioterapia ☐ Ventilação Não Invasiva

³ Segundo a Direcção Geral de Saúde o desenvolvimento da criança deverá ser avaliado de acordo com o Teste de Mary Sheridan, ou através da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil (Schedule of Growing Skills II)

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Alimentação/ /Hidratação	Independente ☐ Necessita de ajuda ☒ Dieta prescrita: Leite Adaptado Biberões: 120 cc de 3 em 3 horas Suplementos _____ Sonda nasogástrica: Nº ____ Colocada a: _____ Trocar a: _____ Gastrostomia/PEG: Sim ☐ Não ☐ Colocada a: _____ Obs.: _____ Peso 4.618 Kg Percentil 50 Comprimento 56 cm Percentil >75
Eliminação	☐ Independente ☐ Necessita de auxilio Controle esfíncteres: Vesical: Sim ☐ Não ☒ Algáliação: Tipo de algália _____ Nº _____ Colocada a: _____ Mudar a: _____ Intestinal: Sim ☐ Não ☐ (fralda) Outras alterações: _____
Higiene pessoal/Vestir- se/Estado geral	☐ Independente ☒ Necessita de auxilio Hidratado ☒ Coloração pele e mucosas: Coradas ☒ Descorada ☐ Integridade cutânea: Sim ☒ Não ☐ Lesões ☐ Úlceras ☐ Cicatriz Operatória ☐ Penso _____ Material aplicado _____ em _____ (apósitos...) Equimoses/hematomas: Sim ☐ Não ☐ Local _____ CVC Longa Duração _____ Colocado em _____ Penso _____ Outras alterações: _____
Locomoção e mobilidade	☐ Independente ☒ Necessita de auxilio Meios auxiliares de marcha _____ ☐ Fisioterapia
Sono e Repouso	Sem alterações ☒ Acorda facilmente ☐ Agitado ☐ ☒ Usa chupeta para adormecer ☒ Outros hábitos/objectos de consolo: Fralda de Pano

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Comportamento Social durante o internamento	Calmo ☒ Agitado ☐ Facilmente consolável ☐
	Interacção com outras crianças internadas: Sim ☐ Não ☐
	Interesse/participação nas actividades com educadora de infância: Participou ☐ Necessitou ser estimulado.... ☐
	Interesse nas actividades com professora primária ☐ Realizou trabalhos, preocupado com actividades escolares ☐ Não preocupado, não concentrado
	Adaptação a situação de internamento/doença: Sim ☐ Não ☐ Alterações/Reacções : _____

6 – TERAPÊUTICA NO MOMENTO DA ALTA

Medicamento	Dose	Via de administração	Posologia	Última administração

7 – ENSINOS/ORIENTAÇÕES PARA A ALTA AOS PAIS/SUBSTITUTOS

Áreas	Observações/Avaliação
Aleitamento Artificial: - Conhecimento dos pais sobre esterilização e preparação dos biberons não demonstrado	Explicada a importância de manter horário regular das mamadas, explicada e validados ensinamentos de preparação dos biberons
Papel Parental: - Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil não demonstrado	- Efectuados ensinamentos sobre as características do recém-nascido - Efectuados ensinamentos sobre brinquedos adequados nesta etapa do desenvolvimento - Efectuados ensinamentos sobre necessidade de criança se manter a ser vigiada em consultas regulares de Saúde Infantil. - Observado apego ao recém-nascido na relação mãe/bebê observada relação de enamoramento. Dificil validar esta relação ao nível do pai/bebê. Necessidade de manutenção da observação desta relação.

- Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao lactente não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes não demonstrado	- Observadas dificuldades ao nível do reconhecimento das necessidades do recém-nascido. Mãe refere ter muita dificuldade em saber o que é ou não “normal” para o desenvolvimento da bebé, necessitando de ajuda nesta área, refere não saber o que é esperado do bebé nesta fase e como estimular. Necessidade de manter ensinamentos e apoio nesta área. - Explicada e demonstrada técnica do banho do recém-nascido aos pais. Validados ensinamentos. No início do internamento muita dificuldade em dar banho à bebé actualmente muito autónoma. Área a requerer vigilância. - Efectuados ensinamentos sobre o transporte do recém-nascido (cadeirinha). Validados ensinamentos. - Efectuado ensino sobre a importância do bebé dormir na sua cama e não com os pais. (a mãe por vezes, durante a noite dorme com o bebé, referindo que desta forma ela se acalma e para de chorar). Explicados riscos. Área a necessitar de validação posterior.
Adesão à vacinação: - Conhecimento dos pais sobre vacinação não demonstrado	- Efectuados ensinamentos sobre vacinação e explicado plano de vacinação. Na altura da alta validados ensinamentos mãe refere que o esquema de vacinação ainda lhe é um pouco confuso, necessitando de apoio nesta área.

8 – ENCAMINHAMENTOS/NECESSIDADE DE APOIOS ESPECIAIS

Social ☒ Psicológico ☐ Educacionais ☒ (Treino de competências parentais)

Fisioterapia ☐ Dietista ☐ Cuidados continuados ☐ Cuidados Paliativos ☐

Outros _____

9 – EXAMES/CONSULTAS MARCADAS

Consulta/exame	Data	Hora

Em caso de necessidade ou dúvidas, contactar a nossa unidade pelo telefone 217805352,

Cumprimentos, Enfermeiro(a) -

Data: 13/12/2011

Avaliação dos Resultados:

Relativamente ao conhecimento desta mãe sobre o desenvolvimento infantil da “Rita” pude verificar que ao longo do internamento nesta unidade as suas competências foram aumentando progressivamente nesta área. Em procedimentos como o dar banho esta mãe passou de dependente a independente, conseguindo actualmente desempenhar sem ajuda esta tarefa. O vestir e despir o recém-nascido bem como a muda de fralda passaram também a ser executados pela mãe de modo autónomo. Estes são pois ganhos e o papel parental passou de insuficiente para suficiente denotando-se uma adequação de papel. Existem no entanto áreas do desenvolvimento infantil que continuam a merecer a actuação de enfermagem, a mãe continua a referir ser difícil saber o que esperar de cada uma das fases do desenvolvimento da criança, não sabe o que esperar da criança nesta fase e o que é esperado dele, continua por isso a ser necessário ensinar esta mãe sobre as competências desenvolvimentistas do seu filho.

Relativamente aos problemas relacionais levantados durante este período, muito pouco pode ser feito uma vez que ambas as famílias se demonstravam intransigentes e se mantinham ausentes e o pai manteve sempre uma relação de distanciamento. Em todo o caso verificou-se que existe uma grande confiança na Assistente Social, o que se demonstrou ser benéfico como ponto de ligação entre a família e os profissionais de enfermagem. Foi a articulação efectuada entre a assistente social e os recursos da comunidade, que possibilitou a transição desta mãe e criança para a Casa do Gil

A História do “Mauro”

O segundo caso acompanhado diz respeito a um lactente de etnia cigana, de 4 meses de idade, internado na pediatria piso 6 por dificuldade respiratória e vômitos incoercíveis.

Mãe “Maria” de 16 anos de idade, pai “João” de 16 anos de idade, ambos de etnia cigana, estudantes. Viviam em casa da avó paterna, com mais 5 irmão do pai.

Da história da doença actual a mãe refere que há cerca de uma semana o “Mauro” iniciou um quadro respiratório com tosse, obstrução nasal e rinorreia mucopurulenta, acompanhado por febre (desde há três dias) – temperatura rectal de 38°C cedendo ao Ben-u-ron®. Por agravamento do quadro e aparecimento de dejeções líquidas (4x dia) e vômitos recorre ao Serviço de Urgência. Inicialmente internado no Serviço de Observação da Urgência de Pediatria e posteriormente transitou para a Pediatria Piso 6 no dia 9/1/12.

No internamento manteve-se apirético, hemodinamicamente estável, com recusa inicial de alimentação e com necessidade de manutenção de soro D com KCL a 7,5% a 40 ml/h, iniciou dieta oral dia 10/1/12 com boa tolerância, e á data da alta (17/01/12) mantém acessos de tosse produtiva esporádicos e períodos de farfalheira. Foram detectados durante o internamento outros problemas que requerem acompanhamento na área da saúde. Ambos os pais jovens, com alguma necessidade de apoio nos cuidados ao bebé, essencialmente verificados na alimentação. Este bebé era alimentado de Cerelac® com água em todas as refeições diárias, após conversa com os pais percebi que estes consideravam que a Cerelac® era um leite, verifiquei também que já tinha já sido introduzida a sopa e a fruta aos 3 meses sendo estas refeições não eram confeccionadas em casa mas de Boião. A avó ajudava na prestação de cuidados ao bebé mas também ela tinha poucos conhecimentos sobre a alimentação a ser administrada nesta faixa etária. Observei que ambos os pais tinham dificuldade em acalmar o bebé em períodos de choro, demonstrando grande ansiedade encontrando-se provavelmente este facto relacionado com a sua idade. Na colheita da história apercebi-me também que em

casa este bebé dormia muitas vezes na cama dos pais, porque desta forma segundo referiam “conseguiam acalma-lo”. Outros comportamentos de risco foram observados como o deixar as grades da cama várias vezes baixas e sair do quarto ou ir buscar a roupa e virar as costas ao bebé (na altura do banho) estando este numa superfície sem protecção anti-queda. A mãe considerava que ele era demasiado pequeno e que por isso não haveria problema. Expliquei e demonstrei á mãe que o bebé nesta fase do desenvolvimento já se mobilizava, rodando, e que por isso corria o risco de cair se deixado sem supervisão em superfícies sem protecção. Demonstrou-se espantada com o que o seu bebé podia fazer nesta fase.

A mãe referiu também que este ano seria muito difícil continuar os estudos, refere que os professores da escola lhe têm dado pouco apoio e que como o bebé requer muita atenção e agora está internado não consegue ir à escola. Por último referiu ter algum receio em o levar para casa uma vês que ele mantinha alguns períodos de tosse e tinha medo que ele volta-se a ficar pior e a ficar internado.

Pelos motivos supra citados foram efectuados ensinios durante o internamento nas áreas referidas e elaborada folha de alta e contactado centro de saúde do Lumiar (centro de saúde onde se encontravam inscrita a família). No contacto telefónico efectuado no dia da alta com a Enfermeira de referência do centro de saúde na área de saúde infantil, foi referido que não conheciam a família em questão e que iriam proceder a uma visita domiciliária três dias após a alta para validarem a situação. Procedeu-se, no dia da alta, e independentemente do contacto telefónico, ao envio por carta da nota de alta, onde se encontravam discriminadas as áreas que foram diagnosticadas com necessidade de intervenção de enfermagem e as que mereciam continuação do acompanhamento.



Hospital de Santa Maria

História Clínica de Enfermagem

Pediatria Piso 6

Unidade – UPA

Identificação

Nome – “Mauro”

Data de Nascimento – 21/08/11

Sexo – Masculino

Raça/Etnia – Caucasiana/Cigana

Motivo do Internamento – Infecção respiratória, vômitos incoercíveis

Data do Internamento – 09-10-12

Origem - Serviço de Observação da urgência de pediatria

Família

Pai – “João” Idade – 16 Profissão - Estudante

Mãe – “Maria” Idade – 16 Profissão – Estudante

Irmãos - 0

Outros aspectos considerados relevantes – Vivem em casa da avó paterna com mais quatro irmãos do pai.

Antecedentes Pessoais Relevantes (Gravidez, internamentos anteriores, alergias, doenças crónicas, terapêutica habitual, etc.)

Mãe – Efectuou vigilância da gravidez no Hospital de Santa Maria (por idade). Já efectuou revisão de parto (no Hospital de Santa Maria), encontrando-se a fazer Folifer® e Cerazette®. A mãe tem 6 irmãos encontrando-se um deles preso por condução sem carta.

Pai – Estudante

Observação da criança:

Desenvolvimento estado-ponderal adequado à idade

Peso – 6.900 gr P>75 (17/01/12)

Estatuta – 65 cm P=50 (17/01/12)

Desenvolvimento Psico-motor adequado à idade, efectuada avaliação segundo teste de Mary Sheridan.

Hábitos Alimentares (aspectos relevantes):

A ser inicialmente amamentada exclusivamente de leite materno em horário livre, com boa progressão ponderal. A partir dos 2 meses iniciou “Leite adaptado” este leite correspondia a Cerelac® com agua, iniciou também sopas de legumes e fruta essencialmente de boião.

Eliminação:

Padrão regular, mãe refere mudar uma a duas fraldas com dejectões por dia, e cinco a seis fraldas com micções.

Sono e repouso (aspectos relevantes):

(Se para dormir precisa de chucha ou outro objecto, se habitualmente adormece na cama ou ao colo, objectos com que gosta de brincar etc.)

Dorme sono calmo entre mamadas, apresenta alguns períodos de choro, e irritabilidade mas facilmente consolável. Gosta de ser adormecido ao colo, com chucha e fralda de pano. Demonstra interesse por mobiles e brinquedos coloridos com som.

História da doença actual:

Lactente de 4 meses, de etnia cigana, sem antecedentes pessoais de relevo, gravidez vigiada no HSM por idade materna (16 anos). A mãe refere que há cerca de uma semana iniciou quadro respiratório com tosse obstrução nasal e rinorreia anterior mucopurulenta. Desde há três dias, com febre baixa (temperatura rectal de 38°C) com cedência ao Ben-U-Ron®. Observado nessa altura no serviço de Urgência ao acompanhar este quadro de vômitos alimentares e dejectões líquidas. Por recusa alimentar parcial decidiu-se internamento em SO da Pediatria, iniciou soro D com KCL 7,7% a 40 ml/h e dieta zero. Transferido para a Unidade Pluridisciplinar assistencial dia 9-1-12.

CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

De: Pediatria Piso-6 Unid Pluridisciplinar Assistencial; D.Metabólicas; Hematologia; Neurologia

Para: UCSP Lumiar

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: “Mauro”

Prefere ser chamado: Mauro

Idade: 4m Data de Nascimento: 21 / 08 / 2011 (dd/mm/aaaa) Etnia/Raça: cigana/Caucasiana

Reside com: Pais e Avós paternos

Morada:

Centro de Saúde/Extensão/USF: Charneca do Lumiar Nº Processo: _____

Médico de Família: Com Médico Enfermeiro: Enf.º de Referência

2 – ANTECEDENTES PESSOAIS

Gravidez Vigida: Sim ☒ Não ☐ Intercorrências: Não Local: Hospital de Santa Maria

Internamentos anteriores: Não

Problemas de saúde conhecidos: Não

Medicação habitual: Não

PNV actualizado: Sim Não

Alergias: Não

3 – RESUMO DO INTERNAMENTO

Data da admissão: 09/ 01 / 2012 (dd/mm/aaaa) Data da Alta: 17 /01/ 2012 (dd/mm/aaaa)

Destino: Casa

Internamento através da: Urgência ☒ UCIPed ☐ Consulta ☐ Hospital Dia ☐ Obstetria ☐

Motivo do Internamento/Alterações à entrada: Infecção respiratória e vômitos incoercíveis

Diagnóstico: Infecção respiratória

À saída encontra-se: Bom estado geral, calmo e eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória, SpO₂ 98%, em ar ambiente, embora mantenha acessos de tosse irritativa e períodos de farfalheira. A tolerar alimentação oral. Sai acompanhado dos pais. Efectuados ensinios nas áreas identificadas abaixo, mantêm necessidade de orientação.

4 – CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Pai: “João” Idade: 16 Profissão: Estudante

Mãe: “Maria” Idade: 16 Profissão: Estudante

Família: Monoparental ☐ Convencional ☒ Outra ☐

Nº de irmãos: 0 Idades: ----- Ocupação: -----

Acompanhamento no internamento por: pais

Participação nos cuidados: Sim ☒ Não ☐

Reacções dos pais perante o internamento/situação de doença: Pais participativos nos cuidados, muito disponíveis para a aprendizagem. Demonstram preocupação com a situação actual de doença do bebé, referindo terem receio na transição para o domicílio.

5 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (OBSERVAÇÃO NA ALTA/CUIDADOS NECESSÁRIOS)

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Manutenção de ambiente seguro	Desenvolvimento psico-motor adequado a idade: Sim ☒ Não ☐ Especifique: Efectuada avaliação do desenvolvimento segundo teste de Mary Sheridan ⁴ que se encontra adequado à idade Estado de consciência: Consciente ☐ Confuso/Agitação psicomotora ☐ Pessoa de referência/significativa: Pais PNV actualizado no internamento: Sim ☒ Não ☐ A actualizar: ☐
Comunicação	Linguagem adequada a idade: Sim ☒ Não ☐ Alterações _____ Disártrico ☐ Afásico ☐ Outras alterações ☐ Conhecimento da criança em relação a situação de doença/internamento: _____
Respiração	Sem alterações ☐ Com alterações ☒ Períodos de farfalheira, necessidade de aplicação de Soro Fisiológico antes das mamadas, mantém acessos de tosse irritativa embora menos frequentes ☐ Oxigenoterapia Débito _____ Interface _____ ☐ Inaloterapia ☐ Aspiração de secreções / Nº da sonda aspiração _____ ☐ Cinesioterapia ☐ Ventilação Não Invasiva

⁴ Segundo a Direcção Geral de Saúde o desenvolvimento da criança deverá ser avaliado de acordo com o Teste de Mary Sheridan, ou através da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil (Schedule of Growing Skills II)

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Alimentação/Hidratação	Independente ☐ Necessita de ajuda ☒ Dieta prescrita: Leite Adaptado Biberões: 120 cc de 3 em 3 horas Suplementos _____ Sonda nasogástrica: Nº _____ Colocada a: _____ Trocar a: _____ Gastrostomia/PEG: Sim ☐ Não ☐ Colocada a: _____ Obs.: _____ Peso 6,900 Kg Percentil >75 Comprimento 65 cm Percentil =50
Eliminação	☐ Independente ☐ Necessita de auxilio Controle esfíncteres: Vesical: Sim ☐ Não ☒ Algaliação: Tipo de algália _____ Nº _____ Colocada a: _____ Mudar a: _____ Intestinal: Sim ☒ Não ☐ (fralda) Outras alterações: _____
Higiene pessoal/Vestir-se/Estado geral	☐ Independente ☒ Necessita de auxilio Hidratado ☒ Coloração pele e mucosas: Coradas ☒ Descorada ☐ Integridade cutânea: Sim ☒ Não ☐ Lesões ☐ Úlceras ☐ Cicatriz Operatória ☐ Penso _____ Material aplicado _____ em _____ (apósitos...) Equimoses/hematomas: Sim ☐ Não ☐ Local _____ CVC Longa Duração _____ Colocado em _____ Penso _____ Outras alterações: _____
Locomoção e mobilidade	☐ Independente ☒ Necessita de auxilio Meios auxiliares de marcha _____ ☐ Fisioterapia
Sono e Repouso	Sem alterações ☒ Acorda facilmente ☐ Agitado ☐ ☒ Usa chupeta para adormecer ☒ Outros hábitos/objectos de consolo: Fralda de Pano

Actividades de vida	Observação/ Cuidados necessários
Comportamento Social durante o internamento	Calmo ☒ Agitado ☐ Facilmente consolável ☐
	Interacção com outras crianças internadas: Sim ☐ Não ☐
	Interesse/participação nas actividades com educadora de infância:
	Participou ☐ Necessitou ser estimulado.... ☐
	Interesse nas actividades com professora primária
	☐ Realizou trabalhos, preocupado com actividades escolares
	☐ Não preocupado, não concentrado
	Adaptação a situação de internamento/doença: Sim ☐ Não ☐
	Alterações/Reacções : _____

6 – TERAPÊUTICA NO MOMENTO DA ALTA

Medicamento	Dose	Via de administração	Posologia	Última administração

7 – ENSINOS/ORIENTAÇÕES PARA A ALTA AOS PAIS/SUBSTITUTOS

Áreas	Observações/Avaliação
Aleitamento Artificial (Foco): - Conhecimento dos pais sobre esterilização e preparação dos biberons não demonstrado	Explicada a importância de manter horário regular das mamadas, explicada e validados ensinios de preparação dos biberons - Explicada necessidade de adequar alimentação á idade da criança e explicadas complicações e riscos de administrar Cerelac® e outros alimentos e não Leite Adaptado nas dosagens correctas
Papel Parental (Foco): - Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil não demonstrado	- Efectuados ensinios sobre as características do lactente - Efectuados ensinios sobre brinquedos adequados nesta etapa do desenvolvimento - Efectuados ensinios sobre necessidade de criança se manter a ser vigiada em consultas regulares de Saúde Infantil. - Observado apego ao recém-nascido na relação pais/bebé observada relação de enamoramento.

- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes não demonstrado	- Observadas dificuldades ao nível do reconhecimento das necessidades do lactente. Necessidade de manter ensinios e apoio nesta área. - Efectuados ensinios sobre o transporte do recém-nascido (cadeirinha). Validados ensinios. - Efectuado ensino sobre a importância do bebé dormir na sua cama e não com os pais. (O bebé dorme por vezes na cama dos pais estes referem que desta forma ele se acalma e para de chorar). Explicados riscos. Área a necessitar de validação posterior. - Ensinar sobre as fases do desenvolvimento do lactente - - Treinar sobre as fases do desenvolvimento do lactente - - Instruir sobre as fases do desenvolvimento da lactente - Encorajar a pessoa a esclarecer duvidas - Ensinar sobre quedas - Instruir sobre quedas - Treinar sobre quedas - Ensinar da necessidade de protecção da cama do lactente com grades. Necessidade de manter vigilância e futura validação nesta área
Papel maternal (Foco) Conhecimento sobre auto-controlo do lactente não demonstrado	- Assistir e tomar conta do lactente - Reforçar confiança na aprendizagem de habilidades - Promover uma comunicação expressiva - Ensinar sobre auto-controle da agressividade - Encorajar a interacção de papéis - Promover a escuta activa Necessidade de manter vigilância e futura validação nesta área
Limpeza das vias aéreas (Foco) Conhecimento da mãe sobre a limpeza das vias aéreas não demonstrado	- Ensinar a mãe a instilar soro fisiológico nas narinas do lactente (antes das mamadas) - Ensinar a mãe sobre as técnicas para melhorar o padrão respiratório (Ex: Elevar a cabeceira da cama) - Treinar a mãe a instilar o soro fisiológico - Treinar a mãe sobre as técnicas para melhorar o padrão respiratório.

8 – ENCAMINHAMENTOS/NECESSIDADE DE APOIOS ESPECIAIS

Social ☐ Psicológico ☐ Educacionais ☒ (Treino de competências parentais)
Fisioterapia ☐ Dietista ☐ Cuidados continuados ☐ Cuidados Paliativos ☐
Outros _____

9 – EXAMES/CONSULTAS MARCADAS

Consulta/exame	Data	Hora

Em caso de necessidade ou dúvidas, contactar a nossa unidade pelo telefone 217805352,

Cumprimentos, Enfermeiro(a) -

Data: 13/12/2011

Avaliação dos Resultados:

Tal como referido anteriormente o tempo de contacto com esta família foi reduzido pelo que poderá ter havido alguma limitação na percepção dos problemas vigentes e no levantamento e cumprimento das actividades propostas para a resolução dos mesmos problemas.

Relativamente á alimentação do lactente, conseguiu-se que ambos os pais percebessem a necessidade de adequar a alimentação á faixa etária deste. Houve melhoria neste foco tendo sido validados e demonstrados conhecimentos de ambos os pais na preparação dos biberons (sabiam as dosagens), ao nível da esterilização dos biberons adquiriram conhecimentos sabiam tempos de esterilização e processo. No entanto considerou-se que esta era uma área que requeria validação por parte das colegas do centro de saúde quando efectuassem a visita domiciliária, era importante observar se em casa estes pais cumpriam alimentação adequada ao lactente e se tinham adquirido o leite adaptado prescrito no internamento.

Relativamente ao desenvolvimento infantil percebeu-se que existiam algumas limitações nesta área uma vez quando alertados para o risco de queda ambos os

pais negavam sempre que o “Mauro” se mexia o suficiente para que isso acontecesse. Relativamente ao papel maternal considerou-se que esta mãe tinha dificuldades ao nível do controle dos períodos de irritabilidade do seu bebé demonstrando muita dificuldade em o acalmar (problema que pode estar relacionado com o anterior – conhecimento deficiente do desenvolvimento infantil). Com estas verbalizações compreendeu-se a limitação ao nível da percepção das competências desenvolvimentistas do seu filho. Considerou-se que o tempo de internamento não foi suficiente para abordar esta família monoparental no sentido da promoção da parentalidade e prevenção do risco, mas foi uma forma de se iniciar e preparar um processo de educação para a saúde que será desenvolvido pela enfermeira do centro de saúde. De salientar que estes pais têm algumas competências parentais e prestam cuidados adequados de puericultura, relativamente às necessidades básicas.

O contacto com o Centro de Saúde foi efectuado no dia da alta – via telefónica - e enviada nota de alta com os problemas detectados via correio em carta fechada para a enfermeira de referência na área da saúde infantil. Ficou agendada visita domiciliária a esta família três dias após a alta por parte do Centro de Saúde.

ANALISE DAS SITUAÇÕES APRESENTADAS

A folha de colheita de dados que consta nos planos de cuidados, é a folha que se encontra em vigor no serviço. Esta foi elaborada com base no Modelo de vida (Actividades da Vida Diária) de Nancy Roper.

De acordo com Tomey (2004), no modelo de vida, a pessoa é apresentada como sendo o principal interveniente, sendo esta caracterizada por doze actividades de vida, nomeadamente: **manutenção de um ambiente seguro; comunicação; respiração; comer e beber; eliminação; higiene pessoal e vestuário; controlo da temperatura corporal; mobilidade; trabalho e lazer; expressão da sexualidade; sono e morte**. Contudo este modelo contempla ainda cinco factores que irão influenciar a forma como estas actividades de vida supracitadas são

desenvolvidas por cada pessoa. Destes factores fazem parte os factores **psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos**.

A interacção destes elementos, assim como a localização da pessoa no continuum dependência-independência originam a sua individualidade, não podendo a dependência ser vista como algo que diminui a dignidade da pessoa a ser cuidada. Neste modelo, a enfermagem é vista como uma forma de ajudar a pessoa a prevenir problemas relacionados com as actividades de vida já citadas, para prevenir o reaparecimento de problemas que já foram resolvidos ou resolver algum já existente e ajudar a pessoa a lidar com situações mais complexas, como é o caso da morte (Tomey, 2004).

Considero, que num serviço de pediatria, principalmente em recém-nascidos e lactentes, em que a dependência ao nível dos cuidados é total, este modelo é maioritariamente colocado em prática com os pais, promovendo desta forma a autonomia dos mesmos relativamente aos cuidados ao seu filho. Desta forma aplica-se o preconizado nos Cuidados Centrados na Família de Ann Casey, cuja filosofia se prende com o "... contributo significativo dos pais para os cuidados prestados a crianças" (Farrell 1994, p.27), não excluindo o envolvimento de outros nomeadamente os enfermeiros ou outras pessoas mais habilitadas para resolver o problema existente. Contudo os enfermeiros aparecem neste modelo de Ann Casey com a função de ensinar e supervisionar os cuidados prestados pela família à criança, com o objectivo de "... estabelecer relações de igualdade entre profissionais de prestação de cuidados e os pais." (ibidem, p. 28).

Não obstante o modelo de enfermagem em vigor no serviço, para a elaboração do plano de cuidados foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pois embora esta linguagem ainda não seja utilizada no serviço, esta já é utilizada na minha prática profissional estando familiarizada com ela e por outro lado, permite uma uniformização dos conceitos, facilitando a comunicação entre profissionais. Daqui resulta a criação de padrões que representam a prática de enfermagem, permitindo posteriormente "... o planeamento e gestão de cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas" (Ordem dos Enfermeiros e Conselho Internacional de Enfermeiros 2009b, p.7).

Desta forma, o levantamento dos problemas da família escolhida e consequente intervenção, permitiu-me reflectir. Esta reflexão teve por base a definição de família presente na Convenção sobre os direitos da criança (UNICEF 1989). Por outro lado, Bayle (2005 p. 317) reforça que “a família é a ponte entre o interior e o exterior, é o berço da relação social entre o Eu e o outro.” Contudo tem-se verificado ao longo do tempo a alteração da família enquanto instituição social, à medida que as reestruturações ao nível social vão ocorrendo. (Bayle, 2005). Destas alterações fala-se por exemplo da passagem de uma família alargada para uma família nuclear, da entrada da mulher no mundo do trabalho, a vontade do casal em ascender ao topo da carreira, levando a adiar o nascimento de um filho, entre outros. A par disto a mesma autora (2005, p.321) citando Didillon (1988), “ o casal entra em crise com incertezas e dificuldades na procura de novas regras de funcionamento, pois as antigas são inaceitáveis.” Refere ainda que, os conflitos familiares revelam problemas individuais que, eventualmente, se repercutirão ao nível da parentalidade.

Sem nunca esquecer a teórica que rege a minha prática de cuidados (Afaf Meleis), foi trabalhado com estes pais neste período de transição as competências parentais. Como refere Meleis os tipos de transições que os enfermeiros encontram no trabalho com o cliente e famílias são quatro, a saber: Desenvolvimental, Doença, Situacional e Organizacional (Meleis et al 2000). Chick e Meleis (1986) expõem claramente que as transições recaem no domínio da enfermagem quando elas são pertinentes à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. Murphy (1990) refere que o enfermeiro pode actuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo, como por exemplo a preparação para a maternidade. Nos processos de mudança as transições passam por estabilidade-instabilidade e estabilidade como um fenómeno interligado ao movimento e fluxo caracterizado pela entrada passagem e saída (Murphy 1990, Chic e Meleis 1986). Estas similaridades nos processos de transição são denominadas por Shumacher e Meleis (1994, p. 121) como “propriedades universais das transições”. No entanto as transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas das quais surgem pelas dificuldades encontradas durante a transição. O cuidado de enfermagem deve identificar no cliente factores

que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos numa direcção à transição saudável, emergindo assim o cuidado transicional.

Estes aspectos permitiram-me reflectir também sobre a importância com que se reveste a acção da enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria na promoção da parentalidade, considerando que os primeiros anos de vida de uma criança irão influenciar a vida adulta. No caso da família da “Beatriz” ambos os pais sempre conviveram com a instabilidade familiar. Bowlby (1989) refere que adultos que sofreram na infância de algum tipo de abuso, tendem também eles a ser maltratantes, o que poderá tornar o processo da parentalidade mais difícil, pois tendem a responder às situações que lhes são apresentadas, com os mesmos modelos adquiridos na infância. É minha obrigação, como futura enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria, promover a parentalidade saudável.

De acordo com Sanders, Cann, e Markie-Dadds (2003, p.155), de forma a prevenir o abuso infantil e importante focar a nossa atenção nos resultados das acções, para avaliar a perspectiva da população relativamente aos problemas familiares. Segundo os mesmos autores a melhor estratégia é “... *enhance parental competence, prevent dysfunctional parenting practices, change parental attributions and promote teamwork between partners would reduce family risk factors associated with child maltreatment.*” (p. 155)

Como futura enfermeira especialista e de acordo com as competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2009c), é importante promover o desenvolvimento e crescimento infantil e para além disso promover a vinculação de forma sistemática, tendo por isso de avaliar o desenvolvimento da parentalidade.

A concretização deste objectivo e a minha prestação de cuidados às crianças e famílias, em particular à da “Beatriz” e do “Mauro” permitiu-me desenvolver competências (E1, E3).

Nas situações de risco como as da “Beatriz” e do “Mauro”, foi importante para mim esquematizar a actuação de enfermagem. Esta importância prende-se com a possibilidade de organizar a actuação programando o que é importante e poder

efectuar uma avaliação do que foi realizado, aferindo aspectos que estão menos adequados à família.

A continuidade de cuidados pode ser definida como uma sequência de intervenções integradas de saúde e de apoio social, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social. Para que a continuidade de cuidados fosse promovida entre o hospital e as estruturas da comunidade (instituição casa do Gil no caso da “Beatriz” e Centro de Saúde da Área no caso do “Mauro”) tornava-se necessário realizar registos das observações e intervenções realizadas durante o internamento, bem como a identificação das áreas que ainda se encontram com necessidade de actuação por parte dos enfermeiros. Considerou-se assim em ambos os casos que o tempo de internamento não foi suficiente para abordar estas famílias no sentido da promoção da parentalidade e prevenção do risco, mas foi a forma de se iniciar e preparar um processo de educação para a saúde que será desenvolvido no primeiro caso, o caso da “Rita” pela enfermeira da instituição (Casa do Gil) e nos Segundo caso, o caso do “Mauro” pela enfermeira do Centro de Saúde.

O enfermeiro tem um papel fundamental na preparação da alta, ele está muito próximo da criança e família e constitui o elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar. É de primordial importância planejar as acções de modo a garantir a continuidade de cuidados, sempre com uma visão voltada para a promoção da parentalidade e da adequação de papel, e centrada na família. A comunicação entre equipas de cuidados é tarefa central na coordenação dos cuidados integrais à criança. Deste modo a transmissão da informação entre equipas de cuidado, através da carta de alta/transferência permite dar a conhecer a situação clínica, psicológica e social da criança e diagnosticar as necessidades individuais de cuidados. Considero que esta é uma estratégia fundamental para a continuidade de cuidados à criança, jovem e família de risco.

Uma vez detectado o risco torna-se urgente tentar minimiza-lo e isto apenas é possível se houver uma articulação entre os diferentes profissionais de saúde e diferentes instituições que apoiam a família. Cuidar da criança e família envolvidas nesta complexidade requer uma sistematização de cuidados, sendo isso apenas possível através da utilização do plano de cuidados.

O facto de este trabalho ter sido realizado com estas famílias em período de estágio e embora todas estas situações tenham sido abordadas e referenciadas nas passagens de ocorrências, não foi possível levar a cabo todas as intervenções de enfermagem preconizadas. No entanto foi gratificante ter podido efectuar todos estes diagnósticos e ter conseguido encaminhar as situações para que o risco seja removido e estas crianças possam ter um desenvolvimento adequado e uma infância estável, apesar dos problemas que as rodeiam.

E importante referir que poderia ter aprofundado as relações entre a díade, os familiares e a comunidade através dos instrumentos de avaliação familiar (Genograma, o Ecomapa e o Apgar familiar), mas em virtude do já referido anteriormente não foi possível. Estes instrumentos de avaliação familiar são de extrema para elaborar um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  BAYLE, Filomena (2005) – A parentalidade. In Leal, Isabel – **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século 2005, p.317-346. ISBN 972-754-235-2
-  BOWLBY, John (1989) – **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 1989, 170p.
-  CHICK, N. MELEIS, A.I., (1986)- Transitions a nursing concern. In: chin, P.I. **Nursing research methodology**. Rockeville: Aspen. P. 237-257
-  FARRELL, MICHAEL (1994) – Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. **Nursing**. Lisboa. 74 (1994) 27-28
-  HANSON, SHIRLEY MAY HARMON (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação**, 2ª Edição, Loures: Lusociência, 2005, 502 p. ISBN 972-8383-83-5
-  WRIGHT, LORRAINE M.; LEAHEY, MAUREEN (2002) **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ª Edição. São Paulo: Editora Roca, 2002, 308 p. ISBN 85-7241-346-4
-  MELEIS, A.I; (et al) (2000) Experience Transitions: A Middle-Range Theory in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice** (2010) p. 52-65, ISBN 978-0-8261-0535-6
-  MURPHY, S.A. (1990) Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. **Holistic Nursing Practice**, v.4, n.3, p. 1-7
-  NASCIMENTO, Patrícia (2009) – **Manual de avaliação familiar**. Manual realizado no âmbito da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, no decorrer do ensino clínico no Centro de Saúde de Sete Rios.
-  ROCHA, SEMIRAMIS M. M.; NASCIMENTO, L C.; LIMA, R. A. G. de (2002) - Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0104-1169. 10:5 (2002) 709-714.
-  SANDERS, MATTHEW R; CANN, WARREN; MARKIE-DADDS, CAROL (2003) – The triple P-Positive parenting programe: a universal population – level approach to the prevention of child abuse. Child Abuse review (s.i.) ISSN 1099-0852.12, p.155-171 (www.interscience.wiley.com)

- 📖 SHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. (1994) Transitions: a Central Concept in nursing, in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice** (2010) p. 38-52, ISBN 978-0-8261-0535-6.
 - 📖 TOMEY, ANN MARRINER (2004) – Os elementos da enfermagem: um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida. In Tomey, Ann Marriner; Alligod, Marta Raile – **Teóricas de enfermagem e sua obra** (Modelos e teorias de enfermagem), 5ª ed. Loures Lusociência, 2004. p.405-420. ISBN 972-8383-74-6
 - 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a) – Conselho de Enfermagem – Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. 2009
 - 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009b); Conselho Internacional De Enfermeiros Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE. Programa da classificação internacional para a prática de enfermagem, Ordem dos Enfermeiros, 22p ISBN 978-989-96021-6-8
 - 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009c) – o acesso à informação de saúde das pessoas, pelos enfermeiros. Parecer Conselho Jurisdicional 105/2009
 - 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS, International Council Of Nurses (2005) – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem versão 1.0 Genebra: ICN, 2005, 210 p.
 - 📖 UNICEF (1989) – A convenção sobre os direitos da criança. (s.i.): UNICEF, 1989.
- www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_criancas2004.pdf**

APENDICE XIX
PROGRAMA DE FORMAÇÃO
CUIDAR NO RISCO

“Promoção da continuidade de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco”

“CUIDAR NO RISCO”



PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Enf.^a Cláudia Martins

LISBOA

SUMÁRIO

1- NOTA INTRODUTÓRIA	1
2- FASES DO PROGRAMA “Cuidar no Risco”	7
2.1 – Fase Preparatória	7
2.2 – Fase da Expansão	11
2.3 – Fase da Continuidade	12
3 - PERSPECTIVAS DE FUTURO	15
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS	21
ANEXO I – Cronograma de Actividades	
ANEXO II - Organização dos processos da criança e jovem em risco do NACJR da UCSP de Benfica	
ANEXO III - Ficha de Articulação	
ANEXO IV - Divulgação das sessões de Formação	
ANEXO V - Planeamento das sessões	
ANEXO VI - Avaliação das sessões	
ANEXO VII - Lista de Contactos	
ANEXO VIII - Instrumentos de Avaliação Familiar	

SIGLAS

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

HSM – Hospital de Santa Maria

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

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

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UPA – Unidade Pluridisciplinar Assistencial

USF's – Unidade de Saúde Familiar

INDICE DE QUADROS

Quadro I - Actividades da primeira fase	10
Quadro II - Actividades da segunda fase	12
Quadro III - Actividades da terceira fase	14

1 - NOTA INTRODUTÓRIA

Os maus tratos a crianças e jovens constituem um fenómeno complexo na sociedade contemporânea, tratando-se de um problema à escala mundial, cuja expressão tem contornos diversos, adquirindo uma forma mais ou menos visível e sendo melhor ou pior tolerada de acordo com as conjecturas e os contextos culturais em que ocorre (PORTUGAL, 2007). Nas últimas décadas, tem vindo a verificar-se uma valorização crescente do estatuto social dos indivíduos (crianças e jovens) o que se reflecte, em certa medida, numa maior atenção prestada ao problema, na rejeição social do mesmo e no estabelecimento de medidas tendentes a contrariá-lo.

É dever dos técnicos que trabalham com crianças, nomeadamente os enfermeiros, conhecer os factores predisponentes ao aparecimento de maus tratos, os diferentes tipos, as principais manifestações e formas de apresentação. O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, no geral, e como profissional do cuidado humano em particular, assume um papel essencial na defesa dos Direitos da Criança. No seu exercício profissional o enfermeiro tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de qualquer forma de abuso” (OE 2007, p.2). A detecção precoce, o apoio continuado, o encaminhamento, ou seja, a intervenção junto da criança e do jovem em risco (reconhecendo os pais como os principais prestadores de cuidados), constituem-se como os elementos principais da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria convertendo-se em ganhos para a saúde. O enfermeiro, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007), deve proporcionar benefícios de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada, garantindo desta forma, a continuidade de cuidados.

Pelos discursos científicos, económicos e políticos das práticas clínicas da actualidade é notório que algumas competências exigidas, hoje, aos profissionais de enfermagem, podem ser alcançadas pela formação. Procurei clarificar o conceito de formação, que deriva do latim do verbo *formare* e significa dar forma, (DICIONÁRIO, 2011), entendida como o conjunto de contornos que constituem a configuração exterior de um determinado corpo. Neste sentido, a formação será um meio

privilegiado para dar forma a projectos de transformação interior e exterior, os quais requerem, por parte dos formandos, uma constante interiorização, reflexão de atitudes e de comportamentos.

Considerando que a formação não se limita a um fenómeno de aquisição de conhecimentos, mas promove a transformação da personalidade, induz para mudanças na pessoa, indutoras de mudanças na interacção da pessoa com o meio. Concordo com QUEIRÓS (1999) quando refere que a formação visa facilitar as aquisições de novos conhecimentos e habilidades no sentido de uma realização pessoal e profissional e de uma melhor resposta às necessidades actuais dos cuidados de saúde. Deste modo, a formação pode ser entendida como um campo circunscrito de um âmbito mais abrangente que é o da educação, encontrando-se uma e outra interligadas no domínio mais amplo da aprendizagem (SILVA, 2003).

A aprendizagem integra as variáveis do processo de assimilação, organização e estruturação pessoal de conhecimentos, ou melhor, de todo o tipo de impressões provenientes do meio ambiente, adquiridas pela experiência e geradoras de modificações na conduta da pessoa. Só há aprendizagem se existir mudança de comportamento e que este possa ser observado, ou seja, que a pessoa seja capaz de realizar determinadas actividades que até aquele momento não estava capaz de as realizar (TAVARES, ALARCÃO, 1985). Assim sendo, a aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamentos relativamente estáveis.

Todos estes elementos são demasiados importantes para a enfermagem, sendo reconhecida, no senso comum, como “gente que cuida de gente”, que para além de exigir conhecimentos, capacidades, atitudes, competências e actualizações, exige também capacidade de adaptação a uma sociedade em constante mutação. Enquadrada nesta filosofia, senti a necessidade de desenvolver um programa de formação específico para profissionais de saúde, concretamente para enfermeiros, membros activos de equipas multidisciplinares. Um programa de formação pode ser entendido como a organização de um plano que contém um índice de matérias a serem abordadas num determinado momento. As suas características estão relacionadas com a filosofia educacional e o modelo de ensino-aprendizagem que

Ihe está subjacente. Nele devem ser reflectidos os conteúdos, os objectivos, as metodologias e a avaliação. A finalidade deste programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica é contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco proporcionando um acompanhamento adequado e apoio efectivo a estas crianças, jovens e famílias.

Impõe-se explicitar o conceito de necessidades de formação com vista à compreensão da necessidade de construção e implementação deste programa. Pela revisão bibliográfica tomei conhecimento da ambiguidade polissémica da concepção de “necessidades de formação”. Embora o pensamento actual não detenha um consenso absoluto, corroboro com RODRIGUES E ESTEVES (1993) quando nos seus escritos referem que a identificação de necessidades de formação corresponde a uma etapa do processo pedagógico ou dispositivo de pesquisa para orientar uma acção.

A análise de necessidades de formação pode ser vista como uma técnica e um conjunto de procedimentos ao serviço da estratégia de planificação. Pode centrar-se no formando através da consciencialização das suas lacunas, problemas, interesses e motivações ou, por outro lado, centrar-se no formador que procura a eficácia da formação na articulação entre a formação esperada e formação desenvolvida. Para a avaliação das necessidades de formação recorri a diversas metodologias e técnicas. Cada fase de preparação do programa foi estruturada, não a partir de ideias abstractas ou intenções vagas, mas em função dos enfermeiros: dos seus saberes, das suas experiências e potenciais necessidades. A mudança só é possível a partir do conhecido e do vivido. A formação que se distancie da realidade, daquilo que existe e do que acontece, dificilmente conseguirá harmonizar o pensamento e a acção (Ferreira, 2007).

Quando integrei o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de Benfica, em Setembro de 2011, deparei-me com algumas dificuldades: a falta de organização e informatização dos processos; a articulação deficitária das situações de risco entre os diversos profissionais que constituíam o NACJR (Médico, Assistente Social, Psicóloga) e entre a equipa de enfermagem. De modo a perceber se estas necessidades eram partilhadas pela restante equipa de enfermagem,

recorri à entrevista a enfermeiros da UCSP de Benfica. Assim, a primeira etapa foi iniciada em Junho de 2011, com a construção do projecto do 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Através de entrevistas exploratórias, investiguei as necessidades formativas que eram referenciadas pelos meus colegas da UCSP de Benfica, na área dos maus tratos infantis. A recolha desta informação inicial possibilitou-me pensar nos conteúdos a serem abordados no sentido de ir ao encontro dos seus reais interesses e necessidades. Na altura todos os colegas da unidade referenciavam ter muita dificuldade na identificação, seguimento e articulação dos casos de maus tratos. Referiram, ainda, não saber o papel do enfermeiro nos NACJR. No decorrer dos estágios, pude confirmar também a falta de articulação existente entre instituições, o que veio reforçar ainda mais a necessidade da construção deste programa.

A identificação das necessidades de formação dos enfermeiros da UCSP de Benfica (Junho de 2011), a revisão de literatura sobre a temática (Iniciada em Junho de 2011 e mantida até Fevereiro de 2012), a opinião e orientação de peritos na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com quem contactei nos diferentes locais de estágio, ajudou-me na selecção dos conteúdos e na definição dos objectivos. Desta forma, foi tida em conta a actualidade a diversidade e pluralidade de pareceres.

Sabemos que a problemática dos maus tratos, requer dos profissionais o desenvolvimento de competências de concepção, de pensamento crítico e de tomadas de decisão, garantindo a qualidade crescente dos cuidados. Com estes dados parti para a construção e implementação do programa. O programa de formação para os enfermeiros da UCSP de Benfica tem como principais objectivos:

- Sensibilizar os enfermeiros da Unidade de Cuidados Personalizados de Benfica para a problemática dos maus tratos infantis
- Alertar os enfermeiros para o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos
- Melhorar a continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

O programa compreende três fases e encontra-se ancorado no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e da Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. O modelo da parceria de cuidados de Anne Casey, embora desenvolvido inicialmente em contexto hospitalar pode ser igualmente aplicado em contexto comunitário (CASEY, 1995 p.1061). Este modelo demonstra os benefícios do envolvimento parental no cuidar da criança. A família “não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é mediadora entre ela e o mundo externo.” (MANO 2002). A relação de parceria pressupõe que a criança, o jovem e a família adquiram conhecimentos e perícia no cuidar, desenvolvam competências e confiança nas suas habilidades. Fundamentado no respeito e valor das experiências dos pais na educação e bem-estar físico, psicológico e civil dos seus filhos, considera que até os mais inexperientes fornecem alguns conhecimentos e colaboram com perícia e interesse no futuro dos seus descendentes.

A intervenção mínima na situação de parceria pode tornar-se mais extensiva se tal for indicado e até conveniente mas, a integridade da unidade familiar e a recuperação do seu potencial, implica a participação significativa dos progenitores (FARRELL, 1994). A colaboração assume formas diferentes porque os agregados detêm características igualmente díspares (MONTEIRO, 2003). As intervenções de enfermagem com a família da criança e do jovem em risco devem ser negociadas e baseadas no princípio da Responsabilidade Parental que refere que “a intervenção deve ser efectuada de modo a que os pais assumam os seus deveres.” (alínea f, do DL 147/99 de 1 de Setembro de 1999)

Os pressupostos da Teoria das Transições foram utilizados com o intuito de enfatizar as necessidades de suporte de cuidados de enfermagem à criança ao jovem e família de risco, o objectivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições que conduzam a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico e integral. À mudança que ocorre a nível individual e familiar chama-se transição. CHICK E MELEIS (1986 p.25) definiram transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. Os tipos de transições que os enfermeiros encontram no trabalho com o cliente são quatro: desenvolvimental, de doença, situacional e organizacional

(MELEIS et al 2010, p.3). A transição permeia todos os momentos da vida. Nos pontos de transição de um de um estágio para outro, ao longo do processo de desenvolvimento familiar é que ocorrem momentos de instabilidade, insegurança e rupturas no ciclo vital. O cuidado de enfermagem deve identificar no cliente factores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos numa direcção à transição saudável emergindo, assim, o cuidado transicional.

A detecção precoce, a sinalização, o apoio continuado, o encaminhamento em situações de risco reconhecendo os pais como primeiros prestadores de cuidados constituem elementos prioritários da intervenção do enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, ou seja, é uma das responsabilidades exigidas ao Enfermeiro Especialista pelo Decreto-Lei 437/91 que refere “a prestação de cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente individuo, família ou grupo em situações de crise ou risco no âmbito, da especialidade que possui”.

Os princípios orientadores da prática de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco, têm por base documentos de referência¹³. Os princípios seguidamente enunciados integram as dimensões: clínica, legal, ética, educacional, características dos cuidados, da organização dos cuidados, dos processos inerentes aos cuidados e da competência da equipa de saúde e de enfermagem.

- São cuidados holísticos e centrados na família, reconhecendo a individualidade de cada criança, jovem e família valorizando os seus desejos, crenças e valores. Devem ser prestados com base nas necessidades globais da tríade;
- Exigem e respeitam o quadro legal vigente e os princípios éticos e deontológicos nas tomadas de decisão partilhada;
- Assentam num modelo de intervenção flexível, que garanta a continuidade de cuidados da equipa de enfermagem;
- São proporcionados por uma equipa multidisciplinar bem coordenada;
- A relação terapêutica sustentada pela comunicação empática e efectiva com a criança, o jovem e a família norteia a prática profissional;
- Implicam formação básica actualizada e específica sobre maus tratos e, em casos de maior complexidade, deverá ser solicitado o apoio da equipa do NACJR.

¹³ Documentos da Direcção Geral de Saúde, (2008) – Maus Tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde (Documento Técnico). (2011) Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção.

2- FASES DO PROGRAMA “Cuidar no Risco”

De forma a obter resultados nesta temática é necessário, uma identificação das crianças e dos jovens em risco, do meio que as rodeia e todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a questão, motivados, dotados de competências apropriadas e disporem de mecanismos reais de cooperação, de modo a proporcionar-lhes segurança e efectividade no trabalho desenvolvido (PORTUGAL, 2007). Neste capítulo pretendo abordar a operacionalização das três fases deste programa, e a sua execução temporal (ANEXO I).

2.1 - Fase Preparatória

Esta primeira fase decorreu de Setembro de 2011 a Fevereiro de 2012, durante os estágios (ANEXO I) e traduz todas as aprendizagens feitas no âmbito dos percursos nos campos de estágio. A construção de conhecimentos foi-se fazendo de uma forma lógica, integrada e consistente, passando por áreas que me deram importantes contributos, como a UCSP do Lumiar, pelo SUP, NACJR, NHACJR, Neonatologia, encontros multidisciplinares e contacto com as CPCJ e instituições de acolhimento, permitindo-me uma visão global de toda a problemática em estudo e interiorizar o meu papel de futura EE em ESIP junto da criança, do jovem e família de risco. Considero que este é um dos papéis mais importantes do enfermeiro especialista, não só basear a sua praxis em conhecimentos válidos e sólidos, mas contribuir simultaneamente para a promoção de boas práticas na prestação de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

Nesta primeira fase considerei ser de suma importância, começar por estruturar os processos do NACJR de Benfica. Os processos não se encontravam organizados em processo único, cada profissional (psicólogo, assistente social, enfermeiro) que seguia a criança, o jovem e a família de risco, detinha informações mas estas não eram articuladas entre os profissionais. Por outro lado, não se sabia quantas crianças e jovens se encontravam referenciadas ao NACJR de Benfica por não haver uma base de dados.

Considerarei que não poderia desenvolver sessões de formação aos meus colegas sem primeiro estruturar a informação dos dados do NACJR de Benfica (ANEXO II). Para este processo de organização da casuística, muito me auxiliou o estágio na UCSP do Lumiar. Neste campo de estágio foi muito importante a partilha de informação com a EE em ESIP que me ajudou na estruturação dos processos e na construção da base de dados. Neste campo de estágio foi ainda possível conhecer, através da conversa informal com a EE em ESIP, como foi feita a divulgação inicial do NACJR a outros parceiros da comunidade (Escolas e Santa Casa) e como motivou os colegas da Unidade para a problemática.

Para avaliar esta actividade tracei como metas: até Fevereiro de 2012 100% dos processos do NACJR serão informatizados em Base de dados Excel e até ao final de 2012, 60% dos processos se encontrem introduzidos na base de dados oficial dos NACJR.

No estágio da MAC verifiquei nas reuniões do NHACJR existir uma estreita relação entre a obstetrícia e a pediatria, possibilitando a detecção e sinalização dos casos de risco desde a gravidez permitindo uma actuação mais precoce no risco. Utilizei este conhecimento para elaborar uma ficha de articulação de situações de risco, entre os diversos programas da UCSP de Benfica (ANEXO III). Uma melhor articulação entre os diversos programas da UCSP de Benfica, nomeadamente Saúde Materna e a Saúde Infantil, possibilitará uma actuação precoce e mais estruturada, contribuindo para a continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco. Esta folha de articulação foi validada superiormente e apresentada nas sessões de formação.

Nas sessões de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica, incorporei os conhecimentos que obtive nos diversos campos de estágio e transmiti aos colegas da unidade, durante as sessões de formação, o que aprendi. As sessões de formação decorreram na sala de reuniões da UCSP de Benfica, nos dias 1, 8 e 15 de Fevereiro de 2012. Para a marcação da formação tive em conta os horários de prestação de cuidados directos, agendei as sessões com duas semanas de antecedência e afixei a divulgação das sessões nos diversos programas (ANEXO IV). O planeamento e organização das sessões de formação (ANEXO V)

desenvolveram-se ao longo de três tempos: apresentação, desenvolvimento e conclusões. Na apresentação estimei o interesse dos temas; com o desenvolvimento procurei responder às necessidades e expectativas dos colegas da unidade e, na conclusão, fiz uma síntese do que foi desenvolvido, reforcei as ideias-chave mais importantes, evidenciei a relação entre os assuntos abordados, utilidade e aplicabilidade da formação. As temáticas abordadas analisaram os assuntos por partes para se obter uma visão mais global e uma compreensão mais aprofundada de todos os conceitos subjacentes ao projecto de base: promover a continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco. Ao abordar um assunto de cada vez, demonstrei a sua importância e aplicabilidade. Durante a formação promovi vários momentos de trabalho de grupo e estimei o diálogo, o espírito de grupo, de iniciativa e o prazer pela aprendizagem. Para a avaliação das acções de formação tracei como meta: que 80% dos elementos que assistiram às acções de formação as avaliassem como “Muito Bom”. (Questionário de Avaliação aplicado no final de cada sessão), quanto à pertinência e aos conteúdos programáticos abordados).

Indicador de Avaliação

Nº total de respostas - Muito Bom x 100

N.º total de enfermeiros presentes.

Durante a formação primei pela pontualidade, quer no início quer no termo da actividade formativa. A avaliação foi um processo sistemático e contínuo que resultou da recolha de dados concretos. Metodologicamente, utilizei um questionário, aplicado no final de cada sessão aos enfermeiros (ANEXO VI).

A existência de um enfermeiro de referência na área é importante para o acompanhamento das situações de maus tratos. Estes elementos foram identificados nos diferentes campos de estágio, no período compreendido entre Setembro de 2011 a Janeiro de 2012 e pretende-se alargar esta rede, procedendo à identificação de elementos de referência na área em cada uma das USF's. As conversas informais e o conhecimento do trabalho efectuado pela EE em ESIP no estágio da UPA consolidou a importância da elaboração destas grelhas de contactos, pois contactos mais céleres entre instituições permitem uma melhor

articulação e continuidade de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco (ANEXO VII).

QUADRO I - ACTIVIDADES DA PRIMEIRA FASE

Objectivos	Actividades
Reunir a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovem na área de intervenção do núcleo. Organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovem na área de intervenção do núcleo.	Organização do processo da criança, jovem e família de risco, em processo único. Classificação os processos do NACJR (nº e ano de sinalização) Criação uma base de dados Excel com os processos do NACJR de Benfica
Uniformizar a informação casuística	Transferência dos dados para a “base de dados oficial” dos NACJR
Implementar acções de formação e preparação dos Enfermeiros da UCSP de Benfica	Acções de formação aos enfermeiros da UCSP de Benfica
Melhorar a articulação e continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco na UCSP de Benfica	Elaboração de ficha de referenciação a ser utilizada entre as diversas valências. Colocação de alertas em SAPE com o nº de processo e ano da sinalização.
Assegurar a articulação entre os serviços da comunidade e o Hospital de referência	Criação e divulgação dos contactos dos enfermeiros de referência nos diferentes serviços hospitalares. Elaboração e divulgação da lista dos NACJR e dos NHACJR

De salientar que todas as actividades traçadas para esta primeira fase se encontram efectuadas. Todas as actividades decorreram a par com os estágios efectuados nos diversos serviços, em cada um destes locais adquiri contributos, conhecimentos e estratégias, que em muito me ajudaram na realização desta fase do programa. As sessões de formação foram efectuadas no estágio final que decorreu no meu local de trabalho (UCSP de Benfica)

Com base nos dados apresentados, considero que atingi os objectivos inicialmente traçados para a primeira fase do programa. Este programa será avaliado após um ano da sua implementação e apresentados os resultados à equipa de Enfermagem, as restantes etapas do programa irão decorrer num período de três anos, procedendo-se nessa altura a uma avaliação.

2.2 – Fase da Expansão

A segunda fase do programa inicia-se em Abril de 2012 e decorrerá até Dezembro de 2013. Neste período, a que chamei de fase de expansão, pretende-se consolidar protocolos de actuação na UCSP de Benfica; replicar as sessões de formação a enfermeiros de outras unidades do Centro de Saúde de Benfica (USF's) e melhorar a articulação do NACJR de Benfica com outros parceiros da comunidade (Escolas, Santa Casa da Misericórdia e CPCJ), através do agendamento de reuniões.

No programa aqui apresentado mobilizei os conceitos e instrumentos desenvolvidos por Meleis no cuidar das crianças, jovens e suas famílias, nomeadamente na “transição saudável” e baseei-me no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Torna-se necessário caracterizar o método de organização e distribuição de trabalho na UCSP de Benfica, e seleccionar o método mais adequado para avaliar as necessidades da criança, do jovem e família de risco. Este processo de selecção do método de trabalho na UCSP de Benfica será efectuado em conjunto com a equipa de enfermagem. Neste período pretendo debater e esclarecer as dúvidas com a equipa de enfermagem.

No início da elaboração do programa senti que seria pertinente a construção e validação de uma escala de avaliação de papéis familiares a implementar na colheita de dados à criança, ao jovem e família de risco. Deste modo, procurei instrumentos para responder à minha inquietação. Após análise de alguns instrumentos de avaliação sugiro, na colheita de dados inicial, a utilização dos seguintes: Genograma; Ecomapa; Apgar Familiar e Ciclo de vida de Duvall (ANEXO

VIII). Estes Instrumentos de avaliação familiar são importantes pois permitem uma correcta e mais ampla avaliação familiar. Compreender a estrutura, a função e os processos da unidade familiar é de extrema importância para perceber os recursos de saúde da família, bem como os contributos para a saúde individual e do grupo. Para se identificar a estrutura, é necessário reconhecer os indivíduos que constituem essa família, as relações que se desenvolvem entre eles e outros sistemas sociais. Os padrões organizacionais de uma família são mais ou menos estáveis, podendo ser previsíveis algumas das suas alterações ao longo do ciclo vital da mesma. Deste modo, pretendo nesta segunda fase, apresentar estes instrumentos e analisar em conjunto com a equipa de enfermagem da UCSP de Benfica, a sua aplicação na Unidade.

QUADRO II - ACTIVIDADES DA SEGUNDA FASE

Objectivos	Actividades
Aplicar as orientações técnicas sobre maus tratos em crianças e jovens	Elaboração de protocolos de actuação na UCSP de Benfica
Difundir informação sobre o NACJR aos profissionais de saúde e outros parceiros	Acções de Formação à equipa multidisciplinar do CS e nas escolas da área de influência do CS de Benfica.
Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação com os diversos serviços hospitalares	Elaboração de protocolos de actuação entre o CS e o Hospital que permitam a uniformização dos procedimentos e melhorem a continuidade de cuidados.
Melhorar a articulação com outros parceiros da comunidade	Promoção de reuniões para discussão de casos com a CPCJ, Santa casa da Misericórdia para debate de casos conjuntos

2.3 – Fase da Continuidade

Esta fase será desenvolvida no período compreendido entre Janeiro de 2014 a Dezembro de 2014, e nela será implementada a visita domiciliária.

A família pode ser perspectivada, actualmente, como um grupo e seres humanos encarados como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são importantes para o indivíduo (CIPE, 2002). É, então, um sistema social composto por pessoas que coexistem dentro de um contexto com algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. Esta definição de família como grupo de indivíduos vinculados por uma ligação sanguínea, emotiva e por sentimentos de pertença ao grupo permite incluir as diferentes configurações e composições de famílias presentes na sociedade actual. Assumindo formas variadas ao longo das diferentes épocas e contextos sociais, a família, enquanto grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco ou outros, assume diferentes responsabilidades ao longo do seu desenvolvimento. Por exemplo, aos adultos encubem-lhes cuidar das crianças.

O seguimento e continuidade de cuidados de enfermagem prestados a estas crianças, jovens e suas famílias são dinâmicos alterando-se consoante as necessidades actuais da família,

“Intervention is more effective if the staff can restrain their expertise, using their skills to encourage family members to see each other as a resource and to mobilize help from within their own network. That may involve a new role for workers, requiring a less central position than is customary, and a less active effort to solve the families’ problems for them”(MINUCHIN, MINUCHIN & COLAPINTO, 1998, p. 65).

As famílias em contextos de risco encontram desafios particularmente complexos pelos reduzidos recursos de que dispõem para o desempenho da sua função parental. Nos contextos de risco inserem-se as situações de pobreza, violência doméstica, maus-tratos ou negligência de crianças, abuso de substâncias, entre outros. Os enfermeiros devem reconhecer as necessidades destas famílias e promover uma adequação de papel. Devem ser trabalhadas as competências parentais e antecipadas necessidades futuras. A comunicação e a interacção estabelecida entre os enfermeiros e a família durante este processo são de primordial importância promovendo a transição saudável. Situações complexas,

como os maus tratos infantis requerem uma compreensão abrangente, pois só desta forma podemos contribuir para a promoção de respostas saudáveis à transição. Deste modo a visitação domiciliária reveste-se de grande importância pois permite observar a família no seu contexto.

A visitação domiciliária surge na terceira fase do programa, porque ao analisar a realidade actual da UCSP de Benfica, considero ser esta a perspectiva mais realista. Poder-se-á, no entanto, reunir mais cedo as condições para a implementação da Visitação Domiciliária a crianças, jovens e famílias de risco.

QUADRO III - ACTIVIDADES DA TERCEIRA FASE

Objectivos	Actividades
Implementar a visitação domiciliária de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco	Pesquisa bibliográfica; Reuniões com a equipa para delinear protocolos de actuação; Definição, em conjunto com a equipa de enfermagem, de dia para VD em situações de risco.
Sistematizar a visita domiciliária à criança, ao jovem e família de risco	Elaboração de folha de registo visitação domiciliária (esta folha deve conter o planeamento, a execução e os registos) com vista à continuidade e avaliação dos cuidados de enfermagem.

3 - PERSPECTIVAS DE FUTURO

Na sociedade actual somos constantemente informados de situações extremas de crianças e jovens em risco, divulgados pela comunicação social ou encontradas em qualquer página de um jornal ou revista. Assim sendo, esta temática constitui-se num fenómeno de grande complexidade e é necessária uma avaliação rigorosa de cada situação que deve atender ao contexto global – aspectos culturais, sociais, económicos e legais – em que a criança e família estão inseridas. Por parte dos profissionais de saúde deve existir uma ponderação criteriosa e o bom senso para conduzir todo o processo que implica uma criança em risco. DGS (2007).

O enfermeiro especialista de saúde infantil está habilitado para prestar cuidados de maior complexidade na sua área, em parceria com a criança, o jovem e família em situação de crise ou risco, pois incrementará a qualidade dos cuidados de enfermagem e ao mesmo tempo o desenvolvimento de uma enfermagem com ganhos para a saúde, através do exercício de boas práticas.

A construção deste programa exigiu tempo, disponibilidade, procura, identificação de documentos de referência e reuniões com os diferentes profissionais, mas a formação é sempre um processo de mudança, muito gratificante e enriquecedor. Todo este processo foi de extrema importância e com bastantes ganhos. O rigor, a parceria, a revisão da literatura, a negociação e a partilha multiprofissional estiveram sempre presentes. A reflexão sobre esta temática foi constante. Esta actividade permitiu-me desenvolver competências na comunicação à equipa de enfermagem de saberes de âmbito académico e profissionais, baseados não só na literatura mas também em experiências profissionais. Este foi um enorme desafio, mas a melhoria da assistência à criança, ao jovem e família em risco só poderá trazer num futuro próximo ganhos em saúde.

Pretendo criar um sistema de monitorização do programa e avaliação, ao longo do tempo, traçando as seguintes actividades (a médio prazo):

- Selecção de Indicadores Objectivamente Verificáveis adequados ao grupo-alvo em questão (crianças, jovens e famílias de risco);
- Avaliação dos resultados, durante a implementação do programa;
- Avaliação dos resultados ao fim de 1 ano e de 3 anos.

Este programa pretende reforçar o sistema de suporte da equipa de saúde, através da Supervisão Clínica e da articulação com equipas especializadas de cuidados à criança, ao jovem e família de risco. Para isso serão desenvolvidas as seguintes actividades (a médio prazo):

- Integrar na prática profissional a Supervisão Clínica, criando espaços específicos para os profissionais de enfermagem poderem expor e explorar situações decorrentes da prática;
- Criação de momentos de partilha de experiências e conhecimentos e discussão dos casos mais complexos entre equipa multidisciplinar;

Perspectivo ainda desenvolver um trabalho a partir dos resultados da implementação deste programa.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 AMARO, F - **Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade**. Cadernos do Centro de Estudos Judiciários. Lisboa. (1986).
- 📖 CANHAS, – **A criança maltratada**. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospetivo de 5 anos. (1ª e 2ª Edição). Coimbra: Editora Quarteto, 2003.
- 📖 CANSADO, T. – **Institucionalização de Crianças e Jovens em Portugal Continental: o caso das Instituições Particulares de solidariedade Social** [em linha]. [consultado em 20 de Novembro de 2011]. Disponível em: URL: <http://www.ces.uc.pt/ecadernos/media/documentos/ecadernos2/Teresa%20Cansado.pdf>
- 📖 CARVALHO, M. – **A enfermagem e o Humanismo**. Lusodidacta, 1996.
- 📖 COLLIÈRE, M.F. – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.
- 📖 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão Beta (2002). Lisboa: IGIF/APE.
- 📖 DIAS, J. R. (1993). Filosofia da Educação Pressupostos, funções, métodos, estatuto. In **Revista Portuguesa de Filosofia**, (Tomo XLIX, pp.3-28). Braga: Universidade Católica.
- 📖 DICIONÁRIO (2011) – **Porto Editora Online**. Disponível em: <http://www.portoeditora.pt/alp/dol/dicionarios-online/> consultado em 25 de Março de 2012
- 📖 DECRETO-LEI Nº 437/91. Diário da República. I Série. 257 (1991-11-08) 5723-5741
- 📖 DINIS, S. - **A Criança Maltratada**. Um ponto de vista. Nascer e Crescer. Vol. II, nº3 (1993)
- 📖 DECRETO-LEI Nº 161/96 - Diário da República. I Série – A. 205 (1996-09-04) 2959-2962
- 📖 FERREIRA, P. T. (2007) - **Guia do Animador na formação de adultos**. Barcarena: Editorial Presença.
- 📖 LEI Nº 147/99 - Diário da República. I Série A. 204 (1999-09-01) 6115-6132.

- 📖 LIMA, L. – **Os Maus Tratos Infantis**. [em linha]. [consultado em 24 de Junho de 2011]. Disponível em: URL: http://www.multiculturas.com/textos/maus-tratos_infantis_Licinia-Lima.pdf.
- 📖 MAGALHÃES, T.– **Maus tratos em crianças e jovens**. 3ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2004.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual** Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros: a protecção das crianças. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – Individualização das especialidades em Enfermagem. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- 📖 PORTUGAL. Ministério da Saúde (2005) - **Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em Risco**. Lisboa, Inspeção-geral de Saúde, 2005
- 📖 PORTUGAL. Ministério da Saúde (2007) – **Maus tratos em crianças e jovens**. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.
- 📖 PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos: orientações estratégicas**. Vol. II. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.
- 📖 PORTUGAL. Ministério da Saúde (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002.
- 📖 QUEIRÓS, A. A. (1999) - **Empatia e Respeito**. Coimbra: Quarteto.

- 📖 RODRIGUES, A., ESTEVES, M. (1993). **A análise de necessidades na formação de professores**. Porto: Porto Editora.
- 📖 SILVA, A. M. C. (2003) - **Formação, Percursos e Identidades**. Coimbra: Quarteto.
- 📖 SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. 55, 11-20
- 📖 TAVARES, J., ALARCÃO, I. (1985) - **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem**. Coimbra: Livraria Almedina.
- 📖 WONG, D.– **Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica**: Elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118. ISBN 85-277-0506-0

ANEXOS

ANEXO I

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Quadro IV - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR FASES (até ao final do ano de 2012)

Actividades	Set. 2011 a Jan. 2012	Fev.	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Set.	Out.	Nov	Dez.
Organização do processo da criança, jovem e família de risco, em processo único.												
Classificação os processos do NAC-JR (nº e ano de sinalização)												
Criação uma base de dados Excel com os processos do NAC-JR de Benfica												
Transferência dos dados para a "base de dados oficial" dos NAC-JR												
Ações de Formação aos Ent.º da UCSP de Benfica com apresentação de ficha de referência e divulgação da lista dos NAC-JR e dos NHAC-JR	1				2	3			4		5	
Elaboração de ficha de referência a ser utilizada entre as diversas valências												
Colocação de alertas em SAPE com o nº de processo e ano de sinalização,												
Criação e divulgação dos contactos dos enfermeiros de referência nos diferentes serviços hospitalares.												
Elaboração de protocolos de actuação na UCSP de Benfica.												
Ações de Formação à equipa multidisciplinar do CS e escolas da área de influência												
Elaboração de protocolos de actuação entre o CS e o Hospital que permitam a uniformização dos procedimentos e melhorem a continuidade de cuidados												
Promoção de reuniões para discussão de casos com a CPCJ, Santa casa da Misericórdia para debate de casos conjuntos												
Implementação visita domiciliar de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco												
Elaboração de folha de registo visita domiciliar (esta folha deve conter o planeamento, a execução e os registos) com vista à continuidade e avaliação dos cuidados de enfermagem.												

1 – UCSP de Benfica; 2 – USF Rodrigues Migueis; 3 – USF Camidelo Quer; 4 – USF Luz; 5 – USF – Gerações

- Fase 1 – Preparatória
- Fase 2 – Expansão
- Fase 3 - Continuidade

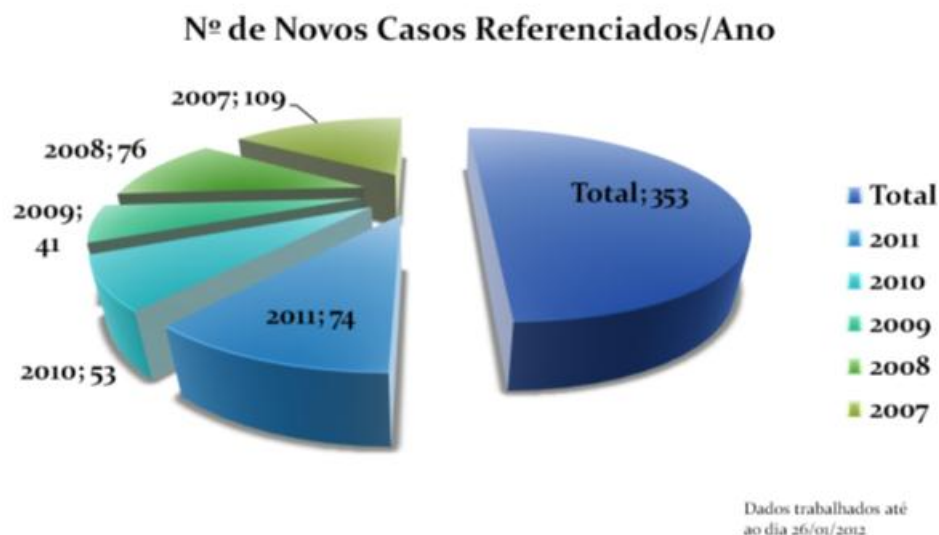
ANEXO II

ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DA CRIANÇA E JOVEM EM RISCO (UCSP DE BENFICA)

- **Organização do processo da criança, jovem e família de risco, em processo único.**

No período compreendido entre **Setembro de 2012 e Janeiro de 2012**, procedi à organização dos processos das crianças, dos jovens e famílias de risco em processo único, neste momento possuímos uma casuística actual, do número de processos, referenciados ao NACJR de Benfica, desde o ano de 2007.

Gráfico I – Nº de novos casos por ano no NACJR de Benfica



- **Classificação os processos do NACJR por nº e ano de sinalização (Setembro de 2011 a Janeiro de 2012).**

A classificação dos processos do NACJR decorreu a par com a organização dos mesmos. A todos os processos foi atribuído um número, por ano de sinalização, conforme o preconizado na base de dados oficial da DGS

EX: 001/2007 (primeira referência do ano de 2007)

- **Criação uma base de dados Excel com os processos do NACJR de Benfica (Setembro de 2011 a Janeiro de 2012).**

Todos os processos foram introduzidos numa base de dados em Excel, permitindo uma rápida consulta. Neste momento encontro-me a efectuar a transferência para a Base de dados oficial dos NACJR.

Considero que as actividades traçadas foram executadas e as metas propostas foram atingidas, uma vez que em Fevereiro de 2012 encontram-se informatizados 100% dos processos do NACJR de Benfica; actualmente encontro-me a transferir os dados para a base oficial dos NACJR. Os alertas colocados em sistema SAPE correspondem a 100% dos processos de 2011 e 100% do ano de 2010.

ANEXO III

FICHA DE REFERENCIAÇÃO ENTRE AS DIVERSAS VALÊNCIAS DA UCSP DE BENFICA

Quadro V - Ficha de referenciação da criança jovem e família em risco entre as diversas valências da UCSP de Benfica (Janeiro e Fevereiro de 2012)

(Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, Saúde Escolar).

		<u>Ficha de articulação interna de Saúde Materna/ Infantil e Planeamento Familiar</u>									
Identificação do Local e da Pessoa		Saúde Materna		Saúde Infantil		Planeamento Familiar					
Centro de saúde	NOP	I.O. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">P.Termo</td> <td style="width: 25%;">P.Pre Termo</td> <td style="width: 25%;">Abon/Ectop</td> <td style="width: 25%;">F.Vivos</td> </tr> </table>		P.Termo	P.Pre Termo	Abon/Ectop	F.Vivos	R.N.	Sexo	Consulta Puerpério / /	
P.Termo	P.Pre Termo	Abon/Ectop	F.Vivos								
Cartão de utente	_____	PNV actualizado: Sim Não Td / / VASPR / /		Filho de: _____		Médico _____					
Sub.Saúde				e de							
Nome		Número de consultas durante a gravidez: _____		Local de parto		Método Contraceptivo					
				Tipo de parto _____		Amamentação:					
D.N / /	Hab. Literárias	Grupo Sanguíneo _____ Rh _____		D.N. / / Peso à nascença		Fissuras					
Profissão	Contacto	Profilaxia da isoimunização Rh: Sim _____ Não _____ Data / /		Índice de Apgar: 5min _____ 10min _____		Mastite _____					
Morada		Preparação para o parto? _____		O R.N. foi reanimado à nascença?		Bloqueio dos ductos _____					
		Local _____		Data primeira consulta / /		Ingurgitamento Mamário _____					
	C.P -	Intercorrências durante a gravidez: Sim _____ Não _____		Diagnóstico Precoce / /		Reinício da actividade sexual / /					
		Quais? _____		Local _____		Dismenorreia					
Méd.Família	_____	Enfermeiro/a _____		Vacinação: Vhb / / / BCG / / /		Depressão pós-parto					
				Aleitamento: Materno Artificial Misto		Alteração emocional					
				Enfermeiro/a _____		Observações					

ANEXO IV

DIVULGAÇÃO DAS SESSÕES

SESSÕES DE FORMAÇÃO

Tema: O papel do enfermeiro na continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco

1, 8 e 15 De Fevereiro de 2012 às 14 horas

Local: Unidade de Cuidados Personalizados de Benfica

Objectivos da 1ª Sessão (1 de Fevereiro de 2012)

- Sensibilizar os prestadores de Cuidados para a necessidade de conhecer a organização e o funcionamento do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR);
- Sensibilizar os prestadores de cuidados da importância da identificação e referenciação de crianças vítimas de maus tratos ao NACJR.

Objectivos da 2ª Sessão (8 de Fevereiro de 2012)

- Aprofundar conhecimentos sobre a problemática dos maus tratos;
- Identificar os diferentes tipos de maus tratos;

Objectivos da 3ª Sessão (15 de Fevereiro de 2012)

- Compreender a intervenção do enfermeiro no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- Conhecer os recursos existentes para apoiar estas crianças.

Duração: 40m

Enf.^a Cláudia Martins

Aluna 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem em SIP - ESEL

ANEXO V

PLANEAMENTO DAS SESSÕES

Seguindo a sequência lógica da organização de uma formação, o texto que se segue, reporta-se à descrição da organização dos conteúdos, métodos e técnicas utilizadas e aspectos que tive em conta para a organização, planeamento e implementação das sessões de formação. Apresento no quadro seguinte o plano das sessões.

Quadro X - Plano das Sessões

Tema das Sessões	O papel do enfermeiro na continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco
População Alvo	Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Benfica
Formadores	Enf. ^a Cláudia Martins
Objectivos	1ª Sessão • Dar a conhecer a organização e do funcionamento do NACJR de Benfica • Dar a conhecer o trabalho efectuado até ao momento • Apresentar proposta de folha de articulação entre as diferentes valências da UCSP de Benfica 2ª Sessão • Aprofundar conhecimentos sobre a problemática dos maus tratos; • Identificar os diferentes tipos de maus tratos; 3ª Sessão • Compreender a intervenção do enfermeiro no encaminhamento da criança e da família em situação de maus tratos; • Conhecer os recursos existentes para apoiar estas crianças.
Indicador de Avaliação	Percentagem de participantes que avaliem a sessão quanto à pertinência, conteúdo e metodologia – ao nível de Bom
Duração	40 Minutos cada Sessão
Data e Local	1ª Sessão – 1 de Fevereiro de 2012 na UCSP de Benfica 2ª Sessão - 8 de Fevereiro de 2012 na UCSP de Benfica 2ª Sessão - 15 de Fevereiro de 2012 na UCSP de Benfica.

Uma vez que a temática dos Maus Tratos infantis é muito vasta senti necessidade de em cada sessão abordar um aspecto em particular desta área

mais vasta. Deste modo na primeira sessão apresento aos colegas da UCSP de Benfica o NACJR de Benfica, os elementos que o constituem, modo de funcionamento, o papel do enfermeiro no NACJR, e a casuística do NACJR de Benfica. Numa segunda sessão abordo os diferentes tipos de maus tratos e aspectos a observar no contacto com a criança, o jovem e a família que permitam identificar sinais de risco. Debateram-se nesta sessão modos de sinalização (a quem sinalizar e como) e foram apresentados os contactos dos enfermeiros de referência identificados em cada local de estágio. Uma vez que a actuação do enfermeiro, na área dos maus tratos deve ancorar-se na legislação actual e em guidelines da DGS. Na terceira sessão apresento a legislação actual sobre maus tratos e os princípios orientadores da DGS nesta matéria.

• MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS UTILIZADAS

Método pedagógico é o modo como se realiza uma tarefa específica ou se atinge determinado objectivo numa situação particular; a técnica pedagógica é o meio utilizado para pôr em prática o método escolhido (Ferreira, 2007). Nas sessões de formação recorri à exposição pedagógica, apresentação de audiovisuais, exposição de casos, análise e debate de casos.

Com a exposição pedagógica organizei e expus alguns temas cuja finalidade era informar ou partilhar conhecimentos para discussão e reflexão. Recorri à demonstração para evidenciar a utilização de determinado instrumento ou adoptar procedimentos na prática em avaliação e intervenção crianças, jovens e famílias de risco.

No desenvolvimento das exposições e demonstrações socorri-me, ainda, de estudos casos – histórias clínicas. Apresentei alguns casos reais ou simulados para os quais solicitava uma tomada de decisão por parte dos enfermeiros. As soluções que eram propostas tinham de ser justificadas, fundamentadas, discutidas, até se encontrar a solução que resultava do consenso do grupo. Os estudos de casos têm sido descritos como uma técnica

privilegiada para se encontrar soluções para problemas relacionados com comportamentos humanos. Os casos foram trabalhados para despertar nos enfermeiros uma melhor compreensão da realidade e ajudá-los a identificar o essencial das situações. Foi a forma que encontrei para desenvolver atitudes adequadas para a tomada de decisão. Com a análise de problemas procurava-se as respostas para algumas questões, através da identificação de um conjunto de informações relativas a diferentes temáticas.

Por último, mas não menos estimulante ou promotor de aprendizagem foi o recurso à apresentação de PowerPoint e debates com material audiovisual. Nestas sessões, abordei os princípios orientadores da prática de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco, e apresentei documentos de referência. O debate proporcionou análise e partilha de opiniões.

• ORGANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

Para um eficaz desenvolvimento de uma actividade formativa, qualquer que seja a sua dimensão, torna-se indispensável o apoio técnico e organizativo. Ficou disponível para os enfermeiros, uma dossier com suporte teórico usado na formação, no sentido de lhes dar oportunidade de, posteriormente e com maior tranquilidade, consolidarem as temáticas abordadas. A formação decorreu na sala de reuniões da UCSP de Benfica, nos dias 1, 8 e 15 de Fevereiro de 2012. O espaço foi apropriado e a disposição das mesas e das cadeiras foi orientada no sentido de facilitar a interacção e comunicação durante todos os momentos de formação.

Apresento em seguida os quadros de cada uma das sessões, onde de forma mais pormenorizada, descrevo as fases, os métodos e os recursos utilizados.

Quadro XI - 1ª Sessão

(Apresentação do conceito e da estrutura do NACJR na UCSP de Benfica)

(Esta Acção de Formação teve a colaboração de um aluno de enfermagem do 3º ano da ESEL, em estágio na UCSP de Benfica)

	PLANO DE SESSÃO		
TÍTULO DA SESSÃO: Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR)			
TEMPO ATRIBUÍDO: 30 min		LOCAL: UCSP de Benfica.	
DATA: 01/02/2012			
INTRODUÇÃO			
TEMPO 5min.	A – ESTABELECE O CONTACTO: Apresentação. B – IDEIA GERAL: Nos próximos 30 minutos vamos falar sobre: Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) Dúvidas? C – PREPARAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE Objectivos de Formação: Objectivos gerais: - Sensibilizar os prestadores de Cuidados para a necessidade de conhecer a organização e o funcionamento do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR); - Sensibilizar os prestadores de cuidados da importância da identificação e referenciação de crianças vítimas de maus tratos ao NACJR.		
	MATERIAIS DIDÁCTICOS		
1. REFERÊNCIAS		2. AJUDAS DIDÁCTICAS	
Despacho n.º 31292/2008 . Diário da República, 2.ª série ,N.º 236. de Dezembro de 2008. p.49208-49229. Direcção-Geral da Saúde. (2007) - CRIANÇAS e		- Computador; - Projector multimédia; - Apresentação em Power Point;	

DESENVOLVIMENTO

TEMPO			
15 min.	FASE I • Contextualização Histórica; • Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR); • Deveres do NACJR; • Níveis de Intervenção; • Intervenção nos Centros de Saúde; Dúvidas?	MÉTODOS E TÉCNICAS Expositivo e Interrogativo e Activo.	ACTIVIDADE DOS PROFISSIONAIS
15 min	FASE II • NACJR- UCSP de Benfica; • NACJR- UCSP de Benfica - Projectos em curso; Dúvidas?		Responder.
10 min.	CONCLUSÃO FASE III • Discussão de um caso; DÚVIDAS SOBRE TODA A SESSÃO: AValiação/CONFIRMAÇÃO:	Expositivo, Interrogativo e Activo.	Activo

Quadro XII - 2ª Sessão

- Aprofundar conhecimentos sobre a problemática dos maus tratos;
- Identificar os diferentes tipos de maus tratos

Fases da 2ª Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da temática	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
	Objectivos	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
Desenvolvimento	A promoção dos direitos e a protecção das crianças	Método Expositivo	Computador Data show	7 min
	Maus tratos em crianças e jovens Tipologia	Método Expositivo	Computador Data show	10 min
Conclusão	Discussão de casos	Método Activo		20 min
	Avaliação	Método Activo	Questionário	5 min

Quadro XIII - 3ª Sessão

- Compreender a intervenção do enfermeiro no encaminhamento da criança e da família em situação de maus tratos;
- Conhecer os recursos existentes para apoiar estas crianças

Fases da 3ª Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da temática	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
	Objectivos	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
Desenvolvimento	Procedimentos e Protocolos de Intervenção	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
	Envolvimento dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
	Intervenção nos centros de saúde	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
Conclusão	Discussão de casos	Método Activo		15 min
	Avaliação	Método Activo	Questionário	5 min

ANEXO VI

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

- **AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO**

A avaliação foi um processo sistemático e contínuo que resultou da recolha de dados concretos. Metodologicamente, utilizei um questionário, aplicado no final de cada sessão aos enfermeiros. Procurei, com a aplicação do questionário, saber se a formação tinha respondido às expectativas e necessidades dos enfermeiros, aquisição de conhecimentos, se os objectivos tinham sido atingidos, os métodos, técnicas, conteúdos e o ambiente pedagógico tinham sido adequados. Os dados foram registados numa base de Excel e foi efectuada uma análise de frequências. O preenchimento, deste questionário, demorou aproximadamente cinco minutos. As questões abertas foram analisadas com recurso à análise de conteúdo. De destacar que a recolha desta informação serviu para avaliar se os objectivos tinham sido atingidos, avaliar conteúdo e aspectos pedagógicos do programa.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO



Unidade de Cuidados de Saúde personalizados de Benfica

Questionário de Avaliação das Sessões

A abordagem dos maus tratos têm vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos diversos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Este questionário tem como objectivo avaliar a sessão sobre a temática supracitada. Assinale com uma cruz (X), o quadro correspondente à sua apreciação. O 1 corresponde ao nível mais baixo e o 5 ao mais alto.

Conteúdos de Formação					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados eram do seu conhecimento					
Os conteúdos focados foram importantes para as funções que desempenha					
Como avalia a necessidade desta formação					
Durante a formação, os conteúdos despertaram-lhe o interesse					
Os objectivos da formação foram atingidos					
As suas expectativas foram satisfeitas					

Aspectos Pedagógicos					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Considerou os métodos pedagógicos utilizados pelo formador adequados					
Como classifica a dinâmica do formador					
Os assuntos foram abordados de forma clara					
Como avalia a interacção entre o formador e os formandos					
Como classifica a organização da formação					
Como classifica A formação em termos de trocas de experiencias					
O tempo destinado à formação foi suficiente					
O espaço físico foi satisfatório					
Interesse pela documentação fornecida					

Sugestões _____

Obrigado pela colaboração

Fevereiro de 2012

Das avaliações das sessões pude verificar que foi de grande importância para a equipa, não só pela contextualização feita sobre os fenómenos de maus tratos, mas pela informação prestada sobre o papel do enfermeiro nesta área e as suas áreas de actuação aos três níveis de prevenção. Muitos colegas desconheciam os procedimentos de actuação.

De um total de 14 enfermeiros que constituem a UCSP de Benfica estiveram presentes, na primeira sessão, 8 enfermeiros, na segunda sessão 10 enfermeiros e na terceira sessão 8 enfermeiros.

- **Avaliação da Primeira Sessão**

Conteúdos de Formação					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados eram do seu conhecimento	8				
Os conteúdos focados foram importantes para as funções que desempenha					8
Como avalia a necessidade desta formação					8
Durante a formação, os conteúdos despertaram-lhe o interesse					8
Os objectivos da formação foram atingidos					8
As suas expectativas foram satisfeitas					8

Aspectos Pedagógicos					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Considerou os métodos pedagógicos utilizados pelo formador adequados					8
Como classifica a dinâmica do formador					8
Os assuntos foram abordados de forma clara					8
Como avalia a interação entre o formador e os formandos					8
Como classifica a organização da formação					8
Como classifica a formação em termos de trocas de experiências					8
O tempo destinado à formação foi suficiente					8
O espaço físico foi satisfatório					8
Interesse pela documentação fornecida					8

Salienta-se que o que mais agradou os enfermeiros foi a pertinência dos conteúdos e a partilha de informação. A formação contribui para um melhor desempenho da actividade profissional, uma vez que todos os enfermeiros presentes desconheciam o conteúdo abordado. Outros pareceres favoráveis foram as dinâmicas pedagógicas disposição e aproximação do formador e o debate de casos práticos apresentados. Da avaliação do questionário pude verificar que 100% dos enfermeiros avaliaram a sessão com Muito Bom, foram dadas as seguintes sugestões: Divulgação destas acções de formação a todas as UCF's do ACES. Manutenção destas acções de formação, porque elas estimulam os profissionais para a temática.

- Avaliação da Segunda Sessão**

Conteúdos de Formação					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados eram do seu conhecimento	9		1		
Os conteúdos focados foram importantes para as funções que desempenha					10
Como avalia a necessidade desta formação				1	9
Durante a formação, os conteúdos despertaram-lhe o interesse				1	9
Os objectivos da formação foram atingidos					10
As suas expectativas foram satisfeitas					10

Aspectos Pedagógicos					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Considerou os métodos pedagógicos utilizados pelo formador adequados					10
Como classifica a dinâmica do formador					10
Os assuntos foram abordados de forma clara					10
Como avalia a interacção entre o formador e os formandos					10
Como classifica a organização da formação					10
Como classifica a formação em termos de trocas de experiencias					10
O tempo destinado à formação foi suficiente				2	8
O espaço físico foi satisfatório					10
Interesse pela documentação fornecida					10

Na segunda sessão de formação de referir a questão do tempo destinado à formação, dois enfermeiros consideravam que a formação deveria ser mais alargada. Relativamente às sugestões solicitadas na terceira questão, os enfermeiros foram da opinião que deveria haver a continuidade de formações periódicas sobre a temática com abordagens pertinentes para o desempenho da actividade profissional e dinâmicas interactivas como as efectuadas nesta formação, o que vem ao encontro das conclusões tiradas na avaliação das necessidades da formação. Nesta Acção de Formação todos dos enfermeiros presentes consideraram a formação muito boa, considerando os conteúdos programáticos importantes para o desempenho das suas actividades. Referiram como sugestões a realização de protocolos internos de procedimentos, e a manutenção destas sessões

- **Avaliação da Terceira Sessão**

Conteúdos de Formação					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados eram do seu conhecimento	8				
Os conteúdos focados foram importantes para as funções que desempenha					8
Como avalia a necessidade desta formação					8
Durante a formação, os conteúdos despertaram-lhe o interesse					8
Os objectivos da formação foram atingidos					8
As suas expectativas foram satisfeitas					8

Aspectos Pedagógicos					
	Frequências/percentagens				
	1	2	3	4	5
Considerou os métodos pedagógicos utilizados pelo formador adequados					8
Como classifica a dinâmica do formador					8
Os assuntos foram abordados de forma clara					8
Como avalia a interacção entre o formador e os formandos					8
Como classifica a organização da formação					8
Como classifica a formação em termos de trocas de experiencias					8
O tempo destinado à formação foi suficiente				1	7
O espaço físico foi satisfatório					8
Interesse pela documentação fornecida					8

Na terceira sessão de formação todos os enfermeiros continuaram a referir não ter conhecimento sobre a temática e consideraram-na muito Boa quanto à pertinência do tema e muito importante para as funções que desempenham. Estas acções de formação permitiam-lhes conhecer melhor os modos de actuação e articulação com as diversas instâncias e intervenientes nos processos de maus tratos, auxiliando a prática, ajudando no saber-fazer.

Pelo que temos vindo a referir, constatamos que o programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica, foi ao encontro das suas expectativas e respondeu a uma lacuna da formação de base na área dos maus tratos, pelos resultados da avaliação, pude aferir que os enfermeiros da unidade ficaram sensibilizados para as temáticas abordadas e tomaram consciência de que, actualmente, é necessária a actualização contínua dos conhecimentos para acompanhar a criança, o jovem e a família de risco. As modificações que surgem no seio das instituições de saúde implicam investimentos por parte de todos os intervenientes, de forma a encontrarem

caminhos conducentes a uma adequada adaptação e acompanhamento da criança, do jovem e família de risco.

ANEXO VII

LISTA DE CONTACTOS

QUADRO VI – CONTACTOS DOS ENFERMEIROS DE REFERÊNCIA

	Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE		Maternidade Alfredo da Costa
	Urgência	UPA	
Morada	Av. Prof. Egas Moniz 1649-035 Lisboa		Rua Viriato 1069-089 LISBOA
Área de Influência	Unidade de Saúde Setentrional A, é constituída pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente) e pelos Centros de Saúde de: Alvalade; Benfica; Loures; Lumiar; Odivelas; Pontinha.		Distrito Lisboa, Concelho Lisboa Freguesia, Alto do Pina , Anjos , Beato, Campolide , Castelo , Coração de Jesus, Encarnação , Graça , Lapa , Madalena, Mártires , Marvila , Mercês , Nossa Senhora de Fátima , Pena , Penha de França , Prazeres , Sacramento , Santa Catarina, Santa Engrácia , Santa Isabel , Santa Justa , Santa Maria dos Olivais , Santiago , Santo Estevão , Santos-o-Velho , São Cristóvão, São Domingos de Benfica , São João , São João de Deus , São Jorge de Arroios , São José , São Mamede , São Miguel , São Nicolau , São Paulo , São Sebastião da Pedreira , São Vicente de Fora , Sé , Socorro Concelho Loures, Freguesia - Todos Concelho Odivelas, Freguesia - Todos Centros de Saúde Abrangidos Centro de Saúde Marvila Centro de Saúde São João - Lisboa Centro de Saúde Sacavém
Telefone Geral	21 780 5000 Fax. - 21 780 5610		213184000 Fax - 213184029
Unidades/ Enf.º de Referência	Telefone directo da Urgência – 217805148 NHACJR Enf. Isabel Dias Mail – Isabel.dias@hsm.min-saude.pt Mail:	Telefone directo da UPA – 217805352 Ext – 51611 51612 Enf. ^a Eduarda Gonçalves – 98034 eduarda.goncalves@hsm.	Telefone directo da Neonatologia – 213184125 (UC Intensivos Neonatais) 213184141 (UC Intermédios Neonatais) Telefone da Consulta de Pediatria: 213184072 Enf. ^a Vanda e Enf. ^a Olinda NHACJR Enf. ^a Esmeralda Pereira Mail – nhacjr@mac.min-

	nacf@hsm.min-saude.pt Assistente Social: 99279/51806 Dr. ^a Miroslava Gonçalves - 99477	min-saude.pt	saude.pt Telefone – 213184241
--	---	---------------------	---

QUADRO VII – E-MAIL DOS NACJR

ACES / C.SAÚDE	MAILS NACJR
LOURES	nacjr@csloures.pt
SACAVEM	ncjr@cssacavem.min-saude.pt
OEIRAS OCIDENTAL	nac.junior@csoeiras.min-saude.pt
OEIRAS ORIENTAL	nacjroo@cscarnaxide.min-saude.pt
SEIXAL/SESIMBRA (ACES)	nacjr@csamora.min-saude.pt
LUMIAR	nacjr@cslumiar.min-saude.pt
SETE RIOS	nacjr.seterios@csseterios.min-saude.pt
ALVALADE	nacjr@csalvalade.min-saude.pt
BENFICA	nacjr.benfica@csbenfica.min-saude.pt
ODIVELAS (ACES)	nacjr@csodivelas.min-saude.pt
QUELUZ	nacjrqueluz@csqueluz.min-saude.pt
CACÉM	nacjrcacem@cscacem.min-saude.pt
SINTRA	sónia.neves@csppinheiro.min-saude.pt
MAFRA	carla.amaral@csmafra.min-saude.pt
LISBOA OCIDENTAL	nacjr.ocidental@cslapa.min-saude.pt
ALCANENA	enfsp@csalcanena.srssantarem.min-saude.pt
ENTRONCAMENTO	nacjr.uccentroncamento@gmail.com
FÁTIMA	gabenf6.csfatima@srssantarem.min-saude.pt
OURÉM	coorduccourem@csourem.srssantarem.min-saude.pt
TORRES NOVAS	nacjr@cstnovas.srssantarem.min-saude.pt
ALMADA (ACES)	nacjr@csalmada.min-saude.pt
CORAÇÃO DE JESUS	nacjr.oriental@csjesus.min-saude.pt
LISBOA ORIENTAL (ACES)	nacjr@csolivais.min-saude.pt
LOURES	nacjr@csloures.min-saude.pt
ZÊZERE (ACES)	nacjrzezere@gmail.com

QUADRO VIII – E-MAIL DOS NHACJR

HOSPITAIS	MAILS NHACJR
HSFX	nhacjr@chlo.min-saude.pt
HDE	nhacjr@chlc.min-saude.pt
MAC	nhacjr@mac.min-saude.pt
H BARREIRO/MONTIJO	nucleohacjr@chbm.min-saude.pt
HFF	nucleohff@gmail.com
CHTVEDRAS	nhacjr@chtvedras.min-saude.pt
CHMTEJO	nhacjr@chmt.min-saude.pt
HSM	nacf@hsm.min-saude.pt

QUADRO VIX - CONTACTOS ÚTEIS

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL	218852386 218850140 Perito de chamada (após 17 h) – 917288312/919692235
TRIBUNAL DE MENORES	213870039
POLICIA JUDICIÁRIA	213466141 213535380
PSP - 3ª DIVISÃO POLICIAL / 20ª ESQUADRA (BENFICA) / ESQUADRA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL DE LISBOA	217108200
LINHA DE EMERGÊNCIA SOCIAL	144

ANEXO VIII

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Os Instrumentos de avaliação familiar são de extrema importância pois permitem uma correcta e mais ampla avaliação familiar, e devem ser utilizados na colheita de dados inicial.

• GENOGRAMA

O genograma é uma árvore genealógica da família que se encontra em avaliação e onde são colocados os principais acontecimentos da vida familiar (HANSON, 2005). Para a sua realização é importante, de acordo com Hanson (2005) e WRIGHT, LEAHEY (2002), que se considere pelo menos três gerações da família.

Desta forma, através deste instrumento de avaliação familiar consegue-se perceber vários aspectos da dinâmica família, aspectos importantes para se compreender os problemas ou não no desenvolvimento da criança. Segundo HANSON (2005), permite também inferir o que irá ocorrer na geração seguinte, já que os problemas se repercutem no futuro.

De acordo com NASCIMENTO (2009, p.8), existem alguns aspectos que são importantes considerar na realização do genograma. São eles:

- “Descrição dos elementos da família e a sua estrutura familiar.”
- “História clínica”
- “Padrões de relações familiares”
- “Outra informação familiar importante.”
- Data da realização do genograma”

Por outro lado, a construção do genograma requer a utilização de determinada simbologia que a seguir se apresenta (adaptado de HANSON, 2005)

Homem ☐ Mulher ☐

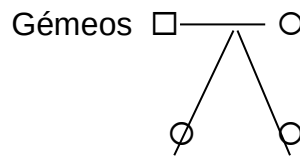
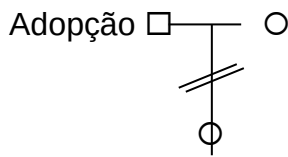
Cliente Identificado ☐ ☒

1998

Casamento ☐—☐ (Marido à esquerda, Esposa à direita)

Filhos ☐ ☐

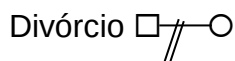
☐ ☐ (Ordem de nascimento, mais velho à esquerda)



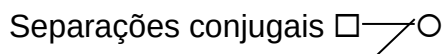
2002



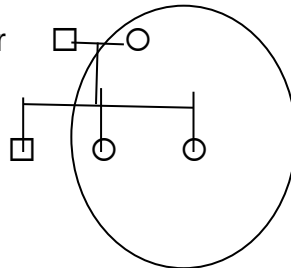
D2004



S2001



No circuito do agregado familiar



• ECOMAPA

O Ecomapa visa perceber as relações dentro da família e entre esta e o ambiente que a rodeia (Hanson, 2005).

O Ecomapa é um conjunto de círculos, em que o central integra o interior do genograma da família nuclear. Em redor deste círculo, colocam-se outros círculos que representam cada elemento do ambiente que estabelece relações com a família retratada no centro (IDEM).

Posteriormente, realiza-se a ligação entre os círculos de cada um dos elementos do ambiente e o círculo familiar, de acordo com o tipo de relação.

Mostra-se de seguida a simbologia utilizada para demonstrar as relações entre cada elemento (ADAPTADO DE HANSON, 2005)

===== Relação forte

----- Relação Ténue

=====
// Relação Tensa

↔ Fluxo de energia e de recursos

- **APGAR FAMILIAR**

O apgar familiar é um instrumento de avaliação familiar, criado por Smilkestein em 1978, que tem como objectivo avaliar a a satisfação de cada membro dentro da família (ROCHA, NASCIMENTO, LIMA, 2002).

A sigla APGAR significa Adaptação (Adaptation), Participação (Partnership), Crescimento (Growth), Afeição (Affection) e Dedicção (Resolve).

De acordo com o referido no trabalho de NASCIMENTO (2009), esta escala aparece da seguinte forma:

Quadro XVIII – APGAR da Família

APGAR	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa			
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como a irritação, pesar e amor.			
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Pontuação

Quase sempre – 2 pontos

Algumas vezes – 1 ponto

Quase nunca – 0 pontos

Resultado:

Família altamente funcional – 7 a 10 pontos

Família com moderada disfunção – 4 a 6 pontos

Família com disfunção acentuada – 0 a 3 pontos

• CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL

De acordo com NASCIMENTO (2009), Duvall apresentou nos anos 50 a primeira classificação de estádios familiares de acordo com o ciclo de vida, introduzindo também a noção de que em cada estágio, a família terá uma determinada tarefa. Os estádios considerados no Ciclo de Vida de Duvall e as respectivas tarefas a estes associados são oito:

Quadro XIX – Ciclo de Vida de Duvall

Estádio	Tarefa
1- Casais sem filhos	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória, preparação para a gravidez e para a parentalidade.
2- Famílias com recém-nascido (filho mais velho até 30 meses)	Ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente
3- Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho 2 -5/6 anos)	Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção de desenvolvimento.
4- Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho 6 – 13 anos)	Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase.
5- Famílias com filhos adolescentes (filho mais velho 13-20 anos)	Facilitar o equilíbrio entre a liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais.
6- Famílias com jovens adultos (saída do primeiro filho – saída do último filho)	Permitir a separação e o “lançamento” dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar.
7- Casal com meia-idade (“ninho vazio” – reforma)	Reconstrução da relação do casal; redifinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas
8- Envelhecimento (reforma – morte de um ou ambos os conjugues)	Ajustamento à reforma, aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho, adaptação ao envelhecimento

Retirado do trabalho de Nascimento 2009, p.12