



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

**O Cuidado à Criança Vítima de Maus-Tratos: O Contributo
do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Ana Margarida Vilares Gancho da Silva

**LISBOA
2022**



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

**O Cuidado à Criança Vítima de Maus-Tratos: O Contributo
do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Ana Margarida Vilares Gancho da Silva

Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Sousa

**LISBOA
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia"

Robert Collier

AGRADECIMENTOS

À professora Filomena Sousa pela partilha do seu conhecimento, pela compreensiva orientação, competência, confiança e disponibilidade constante.

Aos enfermeiros orientadores dos diferentes campos de estágio e aos profissionais de saúde que fizeram parte deste percurso pela partilha de conhecimento.

Aos colegas de turma deste Mestrado por todas as partilhas e conquistas que alcançamos, em especial à Margarida, à Monica e ao Miguel.

Aos colegas do serviço por toda a ajuda, colaboração e pelos preciosos ensinamentos.

Aos amigos que são família, pela vossa amizade e pela tolerância para com as minhas ausências.

Aos meus pais pelo amor, encorajamento, compreensão, apoio incondicional e orgulho que nutrem em mim.

Ao Diogo por nunca desistir de mim, pela paciência, apoio e motivação. Por estar presente e ser fonte de inspiração.

A todos muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Ex. – exemplo

p. – página

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ARS – Administração Regional de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Convenção sobre os Direitos da Criança

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CPCJ – Comissão de Proteção à Criança e Jovem

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

MSBN – Modelo de Sistemas de Betty Neuman

NACJR – Núcleo de Apoio à criança e Jovem em Risco

NHACJR – Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde ou World Health Organization (WHO)

PIAF – Plano de Intervenção e Apoio à Família

RN – Recém-nascido

RNNACJR – Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUPed – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

RESUMO

Os maus-tratos são considerados grandes problemáticas para o desenvolvimento das crianças com repercussões ao longo da vida. Têm profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança. A duração destes e a intensidade dos efeitos provocados pelos mesmos, obrigam a um forte investimento, por parte dos serviços de saúde. É uma área de atuação particular do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), transversal a todos os contextos da prestação de cuidados em que este tem um papel crucial de primeira linha.

Durante o estágio os cuidados de enfermagem foram orientados pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman e alicerçados nos quadros de referência da profissão e da área de especialidade, tiveram por base os padrões de qualidade de os conceitos orientadores da enfermagem na pediatria, sendo eles os cuidados centrados na família, os cuidados não traumáticos, a parceria de cuidados e o empowerment.

Na elaboração do relatório, foi utilizada uma metodologia prática, crítica e reflexiva sobre e na ação, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada baseada na evidência.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Criança; Enfermagem Pediátrica; Maus-tratos.

ABSTRACT

Abuse is considered a major problem for the development of children with repercussions throughout their lives. They have a profound impact on the physical, cognitive, emotional, behavioral and social development of the child with repercussions throughout life. The duration of these and the intensity of the effects caused by it, require a strong investment on the part of the health services. It is a particular area of expertise of the Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics (EEESIP), transversal to all contexts of care provision in which it has a crucial first-line role.

During the internship, nursing care was guided by Betty Neuman's Systems Model and based on the references of the profession and area of activity, based on the quality standards of the guiding concepts of nursing in pediatrics, which are care centered on family, non-traumatic care, partnership in care and empowerment.

In preparing the report, a practical, critical and reflective methodology was used on and in action, contributing to the development of a specialized practice based on evidence.

The activities developed during the internship allowed the acquisition of skills of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing.

Keywords: Child; Pediatric Nursing; Mistreatment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	10
1.1. Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica	12
1.2. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman	14
1.3. Maus-tratos na criança e os três níveis de intervenção	15
2. METODOLOGIA	23
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	24
3.1. Serviço de Internamento de Pediatria	25
3.2. Serviço de Neonatologia	28
3.3. Serviço de Urgência de Pediatria	34
3.4. Unidade de Saúde Familiar	37
3.5. Centro de Desenvolvimento e Reabilitação	40
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICES

- Apêndice I – Modelo de sistemas de *Betty Neuman* adaptado à problemática dos maus-tratos à criança, jovem e família
- Apêndice II – Mapa conceitual
- Apêndice III – Protocolo de revisão *scoping*
- Apêndice IV – Cronograma
- Apêndice V – Objetivos e atividades desenvolvidas em cada local de estágio
- Apêndice VI – Guiões de entrevistas exploratórias
- Apêndice VII – Jornal de aprendizagem
- Apêndice VIII – Diploma e Cartões de celebração
- Apêndice IX – Poster: Método Canguru
- Apêndice X – Folheto: Método Canguru
- Apêndice XI – Plano da sessão e Diapositivos da Sessão de Formação
- Apêndice XII – Cartaz de divulgação da sessão de formação
- Apêndice XIII – Grelha de Avaliação da sessão de formação
- Apêndice XIV – Diário da Esperança

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no percurso de formação individual desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, incluído do plano de estudos no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ministrado na Escola Superior de Lisboa (ESEL).

Tem como finalidade relatar o percurso formativo desenvolvido ao longo dos cinco contextos de estágio, onde foram prestados cuidados de saúde infantil e pediátricos e que permitiu o desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). A sua apresentação e discussão públicas permitirá adquirir o grau de Mestre.

O estágio com relatório desenvolveu-se a partir do projeto de estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular Opção II. Este, foi elaborado a partir da identificação das minhas necessidades de conhecimentos e competências através do autodiagnóstico. Como área de especial interesse elegemos os cuidados à criança maltratada. A conjugação entre o interesse pessoal desencadeado a partir da prática profissional, despertou em nós o desejo de desenvolver competências para abordar o tema maus-tratos na criança. Trata-se de uma temática sobre a qual sentimos necessidade de reflexão e intervenção, nomeadamente, sobre as práticas em uso e as práticas que preconizam a excelência dos cuidados; o que somos, o que fazemos e o que podemos melhorar.

Assim, o trabalho assumiu o título “O cuidado à criança vítima de maus-tratos: o contributo do Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria”.

Trata-se de uma problemática transversal a todos os contextos da prática de cuidados de enfermagem à criança e, desde cedo, foi para mim uma preocupação e um desafio. Desde que iniciei a minha atividade profissional, em meio hospitalar, que trabalho num serviço de urgência de pediatria, e prontamente identifiquei lacunas na equipa de enfermagem nesta área, tais como, a falta de conhecimentos sobre a temática e a ausência de abordagem, diagnóstico e intervenção, uma vez que somos atribuídos a diferentes postos de trabalho o que implica que a criança vítima/suspeita de maus-tratos não consegue estabelecer uma relação de confiança com o profissional de saúde.

Os profissionais de saúde, no exercício das suas funções contactam diretamente e de forma regular com crianças e jovens e devem, por isso, ser entendidos como entidades privilegiadas na deteção, sinalização e prevenção dos maus-tratos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011). Saber distinguir o que é normal, aceitável e/ou legal, para os profissionais de saúde, é crucial para a identificação, intervenção e sinalização, de casos de maus-tratos infantis, às autoridades. A compreensão do que se considera ou não um abuso, é uma tarefa complexa e exige uma intervenção a nível multidisciplinar por forma a incidir de forma correta no diagnóstico efetuado (Magalhães, 2010).

Na elaboração deste relatório de estágio é utilizada a metodologia que consiste na reflexão sobre a prática, tendo presente o que Kolb (1984) citado por Alarcão (2001) defende. Este autor refere que o conhecimento é construído através da transformação da experiência e é continuamente criado e recriado.

O uso de teorias e modelos possibilita responder às necessidades e contribuir para o incremento do conhecimento, o que permitirá contribuir para a promoção da saúde e prevenção das doenças (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

A mobilização dos conceitos teóricos irá suportar a análise e reflexão sobre a problemática em estudo. Ao desenvolver esta temática, pretendo adquirir competências a nível da gestão da participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar; ao nível do cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, promovendo cuidados de enfermagem adequados a estas situações e o *empowerment*.

De forma a sustentar conceptualmente este trabalho, foi necessário mobilizar e aprofundar conhecimentos e conceitos. As filosofias de cuidados utilizadas foram Cuidados Centrados na Família (CCF) os Cuidados Não Traumáticos (CNT) e a parceria de cuidados. Como referencial teórico optei pelo MSBN, por ser o que se adequa melhor à problemática em estudo. Este modelo define a prevenção como intervenção e ocorre em três níveis: prevenção primária (redução dos *stressores* ambientais para prevenir uma possível reação), secundária (prevenção e tratamento da sintomatologia relacionada com a reação aos *stressores*) e terciária (intervenções de suporte e auxílio na reabilitação do sistema da pessoa) (Newman, 2011).

Quanto à estrutura, este relatório encontra-se dividido em cinco partes: o primeiro capítulo o enquadramento conceptual, no qual é feita uma articulação da problemática com o modelo teórico, a filosofia de cuidados e os conceitos centrais para a compreensão da problemática; o segundo, dedicado à problemática e metodologia; o terceiro capítulo onde é feita uma descrição e análise do percurso formativo e a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE). Este é composto por subcapítulos referentes aos cinco contextos de estágio ordenados por ordem de realização de estágio. E por fim um quinto capítulo de considerações finais, no qual será realizado um balanço deste percurso formativo. Finalizado o trabalho, podem consultar-se as referências bibliográficas, assim como os anexos e os apêndices, que compreendem todos os documentos produzidos ao longo do estágio, numerados à medida que são referidos no relatório.

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

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se explicar a temática elegida, mediante a definição de conceitos orientadores na realização do projeto. Os conceitos que inspiraram o método de aprendizagem e que contribuíram para o desenvolvimento de competências foram: maus-tratos, criança, família e fatores de risco, proteção e agravamento.

A problemática dos maus-tratos é, para mim uma preocupação, transversal a todos os contextos de cuidados de saúde. O enfermeiro deve agir tendo em mente a proteção máxima da criança e a promoção da sua saúde, deve intervir na fase de risco, de forma a prevenir a existência de perigo e evitar a recorrência. É fundamental ter em consideração que qualquer criança que apresente sinais ou sintomas poderá ser uma possível vítima.

Uma vez que se trata de um tema sensível, muitas vezes restrito ao seio familiar, torna-se difícil ao enfermeiro analisar e detetar atempadamente situações de maus-tratos infantis. Associado a isto, o desconforto em lidar com estas situações, carência de informação e de conhecimentos são alguns obstáculos para uma atuação por parte do enfermeiro.

Pela minha experiência e após observar a equipa, com quem trabalho, no método de atuação em situações de maus-tratos, identifiquei lacunas como a falta de conhecimentos teóricos na identificação da tipologia, na abordagem e intervenção perante estas situações. Assim, é fundamental haver formação desta temática para proporcionar qualidade no atendimento a estas crianças. Torna-se importante compreender que ações pode o enfermeiro ter perante estas famílias, delimitando-se assim a problemática deste projeto ao seu objeto de estudo: défice de conhecimentos por parte dos enfermeiros sobre os maus-tratos infantis num serviço de urgência.

Ao longo dos tempos o conceito de criança foi-se alterando de acordo com as mentalidades. Nas sociedades medievais a criança não tinha um tratamento diferenciado, nem um mundo próprio, não existia neste período, o chamado sentimento de infância (Ibid). Só no século XVIII é que a conceção de infância se efetivou e a partir daí ela passa a ser tratada com particularidades, a ser percebida na sua singularidade por possuir sentimentos próprios (Niehues & Costa (2012). No século XIX a criança passa a estar no centro da família e é vista como um ser frágil com necessidade de cuidados específicos, proteção e amor. Na segunda metade XIX aparecem as Sociedades Protetoras da Infância. A Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, de 1924, reconhece a necessidade de proteção especial da criança. Em 1946, a Assembleia das Nações Unidas criou o *International Children's Emergency Fund* (ICEF) com a finalidade de proteger as crianças e adolescentes órfãos da guerra. Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos atribuiu à criança uma plena dignidade humana. A Convenção Dos Direitos da Criança (CDC) foi adotada pela Assembleia das Nações Unida a 29 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal a 21 de setembro de 1990. A Declaração dos Direitos das Crianças de 1989 reconhece que as

crianças são sujeitas de direitos e liberdades fundamentais, nomeadamente o direito de participação e informação acerca de decisões que lhe dizem diretamente respeito.

Foi no século XIX que apareceram as primeiras referências a maus-tratos em revistas científicas. Em 1860, Ambroise Tardieu, em França, denuncia os primeiros casos de maus-tratos infantis, sendo a primeira pessoa a estabelecer as bases do conceito de maus-tratos infantis. Contudo, os maus-tratos infantis confundem-se com a história da humanidade, existem desde a antiguidade e em todo o mundo. Abusar e maltratar uma criança é uma realidade desde que existe a raça humana. Os maus-tratos em muitas épocas foram social e culturalmente legitimados tendo, por vezes, sustentação legal (Magalhães, 2010).

O conceito de *Battered Child Syndrom* (síndrome da criança espancada) surge em 1961 por Henry Kempe (Magalhães, 2010). Em 1963, Fontana introduz no conceito de criança maltratada referindo-se não só à vítima de violência física, mas também de violência emocional e negligência.

Em Portugal este tema começou a ser debatido a partir dos anos 80. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), em 1986, reúne para abordar o tema bem como os direitos da criança. As Comissões de Proteção de Menores (CPM) são criadas em 1991 com autonomia própria e em parceria com a comunidade a nível local (Magalhães, 2010).

Os maus-tratos têm profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança com repercussões ao longo da vida. A duração destes e a intensidade dos efeitos provocados pelos mesmos, obrigam a um forte investimento, por parte dos serviços de saúde.

A violência é um problema de saúde pública, por isso foi necessário o surgimento de várias medidas, normas e leis para conseguir combater e diminuir estes acontecimentos. Segundo o governo português existem maneiras de prevenir a violência, sendo que estas passam pela promoção da literacia, com campanhas e intervenções que contribuam para a mudança de comportamentos da sociedade e para a progressiva intolerância social face ao fenómeno (Ministério da Saúde [MS], 2019).

Em fevereiro de 2011 a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco criou um Guia de orientações técnicas, "Maus Tratos em Crianças e Jovens-Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção", para uniformizar as intervenções para todos os profissionais de saúde que lidem com casos de maus-tratos. Serve como um instrumento de trabalho para a promoção da saúde das crianças. Atualmente, dispomos de uma série de documentos que nos orientam e regem para uma melhor prestação perante estes casos.

1.1. Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica

A palavra “cuidar” pode ter diversos significados, dependendo do referencial utilizado. Cuidar é um conceito central na enfermagem. Segundo McCance (2005), a prática de enfermagem está relacionada com o conceito de cuidar. A enfermagem assenta na arte de cuidar da Pessoa, em qualquer fase da sua vida, desde a concepção até à morte. Sousa, Sartor, Padilha & Prado (2005) defendem que o cuidado de enfermagem é a essência da profissão.

A enfermagem pediátrica aglomera quatro aspetos fundamentais da prática da enfermagem, designadamente: focalização nas experiências humanas e nas respostas à saúde e à doença sem ser uma orientação centrada apenas no problema; incorporação de dados objetivos com o conhecimento alcançado permitindo a compreensão dos conhecimentos da pessoa relativamente à situação; aplicação do conhecimento científico ao processo de diagnóstico e tratamento e por último, relacionamentos harmoniosos que favoreçam a saúde e a cura (Hockenberry & Barrera, 2014).

O CCF é a filosofia conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica, uma vez que reconhece a família como uma constante na vida da criança, e que por isso deve ser apoiada no seu papel natural de cuidadora (Hockenberry & Barrera, 2014). A família é a principal fonte de força e suporte da criança, reconhecendo a extrema importância da valorização das suas perspetivas e informações para tomadas de decisão de alta qualidade (American of Pediatrics, 2012). Este facto é reforçado no guia orientador de boa prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a), reconhece a criança como ser vulnerável, valoriza os pais como os principais prestadores de cuidados, preservação da segurança e bem-estar da criança e família e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança.

Os CCF assentam em quatro pilares baseados no empoderamento e capacitação. Os elementos centrais desta filosofia de cuidados são: o respeito e dignidade (através da escuta da família e honrando as suas perspetivas e o respeito pelas suas escolhas, integrando o conhecimento, as crenças, os valores e a sua cultura na prestação de cuidados), a informação (pela partilha de informação completa e sem distorções, útil, atempada e precisa para que a família possa participar no que desejar), a participação (encorajando os clientes e as famílias a cuidar e tomarem decisões de acordo com o seu desejo) e a colaboração (em que os clientes, família, profissionais e líderes do sistema de saúde colaboram em várias áreas, nomeadamente nas decisões da prestação de cuidados) (Johnson Abraham, 2012 e Hockenberry & Barrera, 2014).

Em suma, as necessidades da família, e não somente as da criança, devem ser consideradas, pois esta é detentora dos conhecimentos e da experiência face ao cuidar da criança.

O *empowerment* é um conceito multidimensional dependendo do contexto, do indivíduo, dos antecedentes e do ambiente, assumindo dinâmicas diferentes de acordo com a população, sejam eles os indivíduos, as famílias, comunidades, grupos sociais ou grupos profissionais. É necessário que a pessoa aceite voluntariamente a responsabilidade e tome uma decisão de forma informada, pois não é possível forçar alguém a tomar decisões (Cabete, 2011). Na prática, o *empowerment* leva-nos a um cuidado centrado no doente e a uma relação de colaboração entre o profissional e o doente, respeitando as decisões do doente.

Define-se como o processo através do qual se procura promover a capacitação e se espera que resulte numa aquisição de poder (Rosa, 2009; Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011). O *empowerment*, permite que as famílias “mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidade e ações” (Hockenberry e Barrera, 2014, p.11).

Para haver CCF tem de haver parceria de cuidados com a família, tendo em conta a importância que esta assume na vida da criança. Depende dos profissionais incluir ou não, os pais/criança no processo de cuidados no sentido de constituir uma filosofia de cuidados desta natureza (Mano, 2002). A parceria de cuidados pressupõe que a criança e a família adquiram conhecimentos no cuidar e que desenvolvam competências e segurança nas suas habilidades. De acordo com o modelo de parceria de cuidados, os enfermeiros devem partilhar crenças e valores que reconheçam os pais como os melhores prestadores de cuidados, desenvolver competências de comunicação, de relação de ajuda, ensino e de trabalho em grupo. A confiança, a partilha de informação, a responsabilidade e a tomada de decisão são fundamentais para estabelecer uma verdadeira parceria com os pais (McElfresh e Merck, 2014).

Outro pilar da enfermagem pediátrica são os CNT. Estes cuidados estão relacionados com a prestação de cuidados terapêuticos centrando-se na utilização de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família (Hockenberry & Barrera, 2014). Os CNT têm como objetivo não causar dano e baseiam-se em três princípios que são prevenir ou minimizar a separação da criança da família, a lesão corporal e a dor e promover a sensação de controlo (Hockenberry & Barrera, 2014).

A mobilização dos conceitos teóricos irá suportar a análise e reflexão sobre a problemática em estudo. Ao desenvolver esta temática, pretendo adquirir competências a nível da gestão da participação da criança e família em todo o processo de cuidar; ao nível do cuidar da criança e família nas situações de especial complexidade, promovendo cuidados de enfermagem adequados a estas situações e o *empowerment*.

1.2. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Os modelos conceituais são estruturas ou paradigmas que dão consistência ao agir profissional, facultando um quadro de referência para a abordagem sistemática dos fenômenos com os quais a disciplina está relacionada (Neuman, 2011). O objetivo da enfermagem pediátrica, baseada neste modelo, é ajudar as crianças e suas famílias a alcançar e manter a ótima estabilidade do sistema.

O MSBN (Apêndice I) proporciona estrutura, organização e direção para os enfermeiros atuarem. É orientado para a saúde, defendendo uma visão holística do bem-estar e é descrito como um modelo de sistemas, baseado em teorias de adaptação do *stress*, em que o indivíduo é visto como um ser multidimensional em interação dinâmica com o ambiente que o rodeia.

Os *stressores* são estímulos que produzem tensão e têm potencial para provocar instabilidade no sistema e podem ser divididos em: Intrapessoais (forças ambientais internas que ocorrem dentro dos limites do sistema); Interpessoais (forças externas de interação ambiental que ocorrem fora dos limites do sistema) e Extrapessoais (forças externas de interação ambiental que surgem fora dos limites do sistema) (Neuman, 2011; Freese & Lawson, 2011).

Atendendo ao supracitado, é essencial definir conceitos, como: o Indivíduo, o Ambiente, a Saúde e Enfermagem, que em conjunto formam o metaparadigma (serão definidos segundo o MSBN).

O conceito de Indivíduo (criança e família) é definido como: aqueles que são submetidos a *stressores*, podendo ver o seu estado de saúde comprometido e carecer de intervenções de enfermagem para a recuperação do estado anterior e fortalecimento da manutenção do equilíbrio. É um sistema aberto, que integra o relacionamento de cinco variáveis de ordem fisiológica (estrutura corporal e funções internas), psicológica (processos mentais em interação com o ambiente), sociocultural (efeito de condições e influências socioculturais), de desenvolvimento (processos e atividades de desenvolvimento relacionados com a idade) e espiritual (crenças e influências espirituais) em permanente mudança e interação com o meio ambiente (Neuman, 2011). A estrutura básica rodeia-se por círculos concêntricos que operam como mecanismos de proteção e preservação da integridade do sistema. Cada linha de defesa e de resistência abrange elementos protetores semelhantes, relacionados às cinco variáveis, que se distinguem pelas suas funções de proteção específicas. A linha de defesa flexível, é o círculo descontínuo que protege a linha de defesa normal, correspondendo a um sistema de proteção que evita a invasão dos *stressores*, e representa o nível habitual do bem-estar. A linha de defesa normal, representada por uma linha sólida que circunda as linhas descontínuas de resistência interna, representa o que o cliente se tornou, o estado para o qual evoluiu ao longo do tempo ou o seu nível de bem-estar

habitual. Inclui fatores que influenciam as variáveis do sistema, padrões de *coping*, fatores relacionados com o estilo de vida, de desenvolvimento, influências espirituais e aspectos culturais. As linhas de resistência, são ativadas para auxiliar a reconstituição do sistema quando os *stressores* o invadem. Se estas forem ineficazes, a energia do sistema é consumida e pode ocorrer morte do sistema (Neuman, 2011).

O Ambiente é definido como conjunto de forças internas e externas que envolvem o indivíduo, subdivide-se em: ambiente interpessoal, todas as forças ou influências internas, contidas dentro dos limites do sistema, que se correlacionam com os *stressores* intrapessoais; ambiente extrapessoal, que abrange as forças ou as influências externas, existentes fora dos limites do cliente, correlacionados com os *stressores* inter e extrapessoais; ambiental criado (intra, inter e extrapessoal), é um sistema dito aberto que troca energia com o ambiente interno e externo (Neuman, 2011).

O conceito de Saúde é definido como um processo dinâmico, sujeito a mudança constante, e é considerado ótimo e total, quando as necessidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, são satisfeitas, atingindo-se assim a estabilidade (Neuman, 2011).

A Enfermagem é a disciplina que desenvolve intervenções junto do indivíduo por forma a promover a estabilidade e equilíbrio do sistema. Os cuidados de enfermagem consistem em intervenções de prevenção primária (dirigidos a obter o bem-estar da criança e família), prevenção secundária (atingir o bem-estar da criança e a família) e prevenção terciária (promover a manutenção do bem-estar contínuo da criança e família). O enfermeiro deve averiguar os comportamentos e estímulos que possam gerar *stress* na criança, com origem nas diferentes variáveis, a partir disso planeia estratégias de intervenção para preservar a linha flexível de defesa da criança e averiguar os resultados dessas mesmas intervenções (Freese, 2004; Neuman, 2011).

1.3. Maus-tratos na criança e os três níveis de intervenção

Os maus-tratos estiveram sempre presentes na sociedade, mas isso não serve de argumento para continuarem a existir, uma vez que constituem um problema de saúde de grande magnitude.

Durante a pesquisa de bibliografia identifiquei conceitos como jovem e adolescente, após uma análise da mesma, decidi utilizar o conceito criança, uma vez que, se considera todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos (The United Nations Children's Fund [UNICEF], 1989) e "toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, dependente dos cuidados da família" (OE, 2011a).

Neste seguimento, é pertinente definir o conceito de família como, conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança exercendo influência no seu crescimento e desenvolvimento (OE, 2011a). Estes devem assumir um papel de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o pilar face ao impacto que as transformações sociais provocam (World Health Organization [OMS], 2006).

Segundo o artigo 19.º da CDC, é obrigatório protegerem-se todas as crianças contra qualquer forma de maus-tratos e, simultaneamente, de se instituírem programas de prevenção e tratamento das vítimas (UNICEF, 1989).

Os maus-tratos são considerados grandes problemáticas para o desenvolvimento das crianças com repercussões ao longo da vida. Evidencia-se a depressão, agressividade, abuso de drogas, problemas de saúde e infelicidade, como situações problemáticas de saúde anos depois de terem cessado os maus-tratos (OE, 2019a).

Os maus-tratos podem ser definidos como, qualquer ação ou omissão não acidental perpetuada pelos pais, cuidadores ou outros indivíduos que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. É possível destacar cinco formas de maus-tratos infantis mais predominantes: negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen por procuração (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Por negligência, pode-se entender a incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades básicas indispensáveis para o seu crescimento e desenvolvimento adequado. Pode ser ativa (com intenção de dano) ou passiva (resultado da incapacidade ou incompetência) e regra geral é contínua no tempo. São considerados sinais, sintomas ou indicadores de negligência a carência de higiene, vestuário desadequado à estação e lesões consequentes de exposições climáticas adversas, inexistência de rotinas, hematomas ou lesões inexplicadas ou acidentes frequentes por falta de supervisão, perturbações do desenvolvimento e aquisições sociais que não são devidamente acompanhadas, incumprimento do programa (tipo de atuação em saúde infantil e juvenil e/ou do programa nacional de vacinação), doença crónica sem cuidados adequados, intoxicações e acidentes de repetição (DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Os maus-tratos físicos, dizem respeito a uma ação não acidental, isolada ou repetida, infligidas pelos pais, cuidadores ou outros com responsabilidade sobre a criança que provoca, ou pode vir a provocar dano físico. Entre estas ações, são de destacar equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras, traumatismos de tipo acidental, síndrome de criança abanada, alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio, lesões provocadas deixando marca (fivela, corda, mãos, chicote,

régua), fraturas de costelas e corpos vertebrais, demora ou ausência na procura de cuidados médicos, historia inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou cuidadores, perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, etc.) e alterações graves do estado nutricional (DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Os maus-tratos psicológicos e emocionais, são o resultado da privação de um ambiente de segurança e bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados. Engloba variadas situações que vão desde a precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança e frequente repercussão negativa a nível comportamental. Dentro de sinais, sintomas e indicadores deste tipo de maus-tratos, salienta-se os episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente, comportamentos agressivos e/ou automutilação, excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais, perturbações do comportamento alimentar, alterações do controlo de esfíncteres, choro incontável no primeiro ano de vida e comportamento/ideação suicida (DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

O abuso sexual, corresponde ao envolvimento de criança em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou pessoa mais velha. Pode basear-se numa relação de poder ou autoridade e consiste em práticas que a criança não tem capacidade para compreender o que é e não tem capacidade de perceber que é vítima, percebendo o que é, não tem capacidade de nomear o abuso sexual. Não se encontra estruturalmente preparada, não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido. Enquanto sinais/sintomas identificados, pode-se destacar as lesões externas nos órgãos genitais, presença de esperma no corpo do indivíduo, lassidão anormal do esfíncter anal, hímen ou fissuras anais, leucorreia persistente/recorrente, prurido, dor ou edema na região vaginal e/ou anal, lesões no pénis ou região escrotal, equimoses e/ou petéquias na mucosa oral ou laceração do freio dos lábios, laceração do hímen, infeções de transmissão sexual e gravidez (DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

O Síndrome de Munchausen por procuração, é a situação em que o cuidador ou atribui à criança sinais e sintomas, para convencer a equipa clínica que a criança se encontra doente, submetendo-a a procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. É uma forma rara de maus-tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico dado que os sintomas e sinais são inaparentes ou foram provocados de forma propositada. São indicadores desta forma de maus-tratos situações como administrar à criança um fármaco para provocar certa sintomatologia, adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina, provocar semi-sufocação de forma repetida (DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

De acordo com a literatura existem fatores de risco, proteção e agravamento. Estes interagem entre si e dos quais resultam os maus-tratos. Considera-se fatores de risco, influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou manutenção de situações de maus-tratos; fatores de proteção, as variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social que podem remover ou diminuir o impacto dos fatores de risco; fatores de agravamento, os eventos ou circunstâncias da vida da criança e família que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção, podendo precipitar a ocorrência de maus-tratos. A deteção destes fatores pelo profissional de saúde permite uma observação ativa e continuada da evolução dos mesmos e respetivas consequências (DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Os sinais de alerta são, os indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus-tratos e implicam a necessidade de uma investigação detalhada e consequente intervenção protetora. Surgem como sintomas e sinais de outras entidades clínicas e apontam para uma necessidade de intervir conforme algoritmos definidos pela DGS. Os sinais e sintomas podem surgir de forma isolada ou em simultâneo, subitamente ou de forma progressiva e dependem do tipo e grau de abuso (Magalhães, 2010).

O grau de severidade das situações de maus-tratos tem em conta uma análise de um conjunto de fatores, nomeadamente, as circunstâncias do incidente, os efeitos na criança, o facto de ser um ato isolado, repetido ou continuado, fatores de aumento de vulnerabilidade ou inexistência de fatores de proteção (DGS, 2011). São classificados como ligeiros (sinais ou sintomas não significativos para justificar tratamento ou intervenção especializada), moderados (requerem intervenção ou tratamento especializado e plano de intervenção interdisciplinar e personalizado) e graves (colocam em causa a integridade física, emocional ou perturbações no desenvolvimento da criança, risco elevado de recorrência e casos de criança com menos de 5 anos e/ou com incapacidade física e psíquica) (Prazeres, 2008; DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011).

Como situações de perigo considera-se a situação que antes era de risco, mas dado a insuficiência ou falência de fatores protetores se tornou perigosa em determinada crise de vida. A situação de urgência reveste um perigo atual ou iminente para a vida ou integridade física da criança, sendo que qualquer entidade ou profissional de saúde deve tomar medidas adequadas para assegurar proteção imediata (Prazeres, 2008; DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011).

Para que os serviços de saúde se tornem mais efetivos nesta matéria, é essencial a prevenção da ocorrência dos maus-tratos, a deteção precoce das situações de risco e de perigo, o acompanhamento e prestação de cuidados e a sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços (OE, 2019b). Segundo a DGS (2011), o enfermeiro deve agir tendo em mente a proteção máxima da criança e a promoção da sua saúde, assim deve intervir na fase de risco, de forma a prevenir a existência de perigo e evitar a recorrência. É

fundamental ter em consideração que qualquer criança que apresente sinais ou sintomas poderá ser uma possível vítima.

Os profissionais de saúde, no exercício das suas funções, contactam diretamente e de forma regular com crianças e devem ser entendidos como entidades privilegiadas na deteção, sinalização e prevenção dos maus-tratos (APAV, 2011), são considerados as entidades de primeira linha, com legitimidade legal e deontológica para agir no sentido de garantir a proteção e a promoção dos direitos da criança. O silêncio dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde contribui para a incidência de novos casos, como tal, é emergente intervir na formação dos profissionais sobre esta temática (Saraiva, Rosas, Valente & Viana, 2012).

Segundo o Regulamento das Competências do EE, nomeadamente a nível das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, prevê que o EE desenvolva práticas que visem a melhoria continua (OE, 2019a). No que se refere às competências do EEESIP, sobre a temática dos maus-tratos na criança, surge a unidade de competência major E1.2. “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, mais especificamente a competência E1.2.4. “Identifica as situações de risco para a criança/jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)”, E1.2.5. “Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção” e por último a competência E1.2.6. “Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos” (OE, 2018). Posto isto, o EEESIP tem competências que lhe permitem agir na promoção do crescimento e desenvolvimento, bem como, prevenir, detetar e sinalizar situações de maus-tratos nas crianças.

Existem três níveis de prevenção dos maus-tratos, sendo eles: a prevenção primária (destina-se à população em geral), a prevenção secundária (destina-se a grupos de risco para a ocorrência de maus-tratos) e a terciária (prestação de cuidados a crianças/jovens e famílias vítimas de maus-tratos para diminuir os efeitos existentes e promover a reabilitação e reinserção social) (DGS, 2008). Os níveis de prevenção devem ser trabalhados de forma sistemática e integrada através de uma rede multidisciplinar, num esforço conjunto entre o governo e as entidades de saúde competentes (Carvalho, 2018).

O primeiro passo é detetar a situação e se realmente existe uma situação de risco/perigo para esta criança. Quando esta for detetada o profissional, seja enfermeiro ou outro, tem o dever de atuar, de modo calmo, sereno, ponderado e responsável, tentando prestar algum suporte emocional e tendo sempre por base o interesse da criança (DGS, 2008). Contudo, os enfermeiros defrontam-se com entraves no processo de identificação destas situações, tais como: apreensão com a habilidade de resolução do problema detetado, desconforto por suspeitar e/ou culpabilizar os pais/cuidadores, incerteza sobre a abertura de

um processo de proteção da criança, violação do direito de confidencialidade e receio sobre a segurança pessoal.

Durante a intervenção, o enfermeiro deve utilizar uma linguagem perceptível e adequada à idade da criança e deve proporcionar toda a informação necessária sobre a sua atuação e a razão da mesma. Todas estas intervenções e atuações devem ter em atenção o direito à privacidade e confidencialidade, pelo que é importante incluir na prestação de cuidados apenas os profissionais estritamente necessários.

Ao longo de todo o processo, o enfermeiro deve observar a expressão comportamental da criança e as interações que estabelece com os pais/acompanhantes; realizar uma avaliação do estado físico e emocional da criança e o contexto social em que está inserida. Em suma, os profissionais devem documentar toda a informação obtida, as dificuldades e preocupações do mesmo e todos os procedimentos efetuados; estabelecer um plano de segurança (se houver perigo para o profissional de saúde e/ou para a criança contatar as autoridades) e referenciar a criança para outros colegas ou entidades de 1º nível (DGS, 2011).

A “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” (ASCJR) tem como principal objetivo a criação de uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao fenómeno dos maus-tratos, através do desenvolvimento da Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (RNNACJR), quer ao nível de Centro de Saúde como de Hospital (MS, 2008).

Os núcleos são formados por equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, entre outros) que têm conhecimentos, motivações comuns e que servem como interface na articulação entre os serviços de saúde e as instituições, como é o caso da Comissão de Proteção à Criança e Jovem (CPCJ) e Tribunais de Família e Menores. A nível hospitalar são designados de Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) e nos centros de saúde são os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) (DGS, 2008).

Quando o enfermeiro, no Centro de Saúde, se depara com uma situação de maus-tratos, devem ser avaliados e deve ser tomada uma atitude de intervenção e se necessário, encaminhamento. Assim que confirmada a existência de maus-tratos e de perigo para a criança, deve ser realizado um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF), que assenta nas necessidades identificadas com as famílias e estabelecem as linhas orientadoras no apoio ao papel parental, quer pelo desenvolvimento de competências parentais, quer pela mobilização de recursos de suporte para a família. Após a aceitação do plano, este é acompanhado e monitorizado pelo profissional, equipa de saúde ou NACJR. Se o PIAF não for aceite ou que não esteja a ser cumprido, a situação deve ser reportada para a CPCJ.

No que se refere ao ambiente hospitalar, podemos subdividir em duas categorias, sendo que qualquer situação deve ser reportada aos NHACJR. Na consulta externa ou internamento, atua-se essencialmente da mesma forma como em centro de saúde, ou seja, o

profissional elabora um PIAF, com consentimento da família e da criança, quando detetada uma situação de risco e se este não for cumprido é realizado o encaminhamento para a CPCJ.

Quando detetados num serviço de urgência, deve realizar a sua intervenção da melhor forma possível, com o apoio do NHACJR. Quando a criança afetada apresenta lesões físicas deve-se proceder ao internamento da mesma. Neste sentido é contactada a assistente social (membro do NHACJR), de forma a agir no sentido da proteção desta criança. Seguidamente é feita a articulação com a CPCJ que entra em contato com os pais para obter consentimento de atuação. No caso de não ser obtido o consentimento, ou os pais não concordarem com as medidas tomadas, a situação é reportada para o Tribunal de Família e Menores. Numa situação em que não seja necessário o internamento da criança, pode-se atuar de três formas:

1. Os pais percecionam a situação e responsabilizam-se por cuidados de qualidade e segurança e a criança tem alta hospitalar, sendo que o NHACJR, vai continuar a monitorizar a situação;

2. A criança não apresenta necessidade de internamento, mas existe um perigo iminente para a mesma, assim o responsável pelo serviço de urgência toma as medidas para que a criança seja acolhida num Centro de Acolhimento Temporário (CAT);

3. Apesar de existir perigo para a criança, os pais aceitam a ação do hospital, pelo que deve ser feito o contato com a assistente social, que por sua vez fará o contato com a CPCJ.

Em todas as situações em que sejam detetadas situações de perigo iminente à vida ou integridade da criança deve ser acionado o chamado “procedimento de urgência”, em que são contactadas as autoridades policiais e/ou Tribunal de Família e Menores. Para poder acionar este procedimento, segundo a lei, é necessário estarem presentes duas situações em simultâneo: a existência de perigo iminente para a criança e a existência de oposição, por parte dos pais ou tutores legais. Após ativar as instâncias legais, o tribunal deve manifestar-se acerca das medidas de proteção à criança, bem como o destino mais conveniente para a criança num prazo de 48h.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), todas as crianças têm direito à saúde e a uma vida livre de violência. Contudo, todos os anos, milhões de crianças são vítimas e testemunhas de violência, física, emocional e sexual. De acordo com o Relatório de 2020 da CPCJ, foram recebidas 43 796 comunicações, um aumento de 4 743 em relação a 2018. Fazendo uma breve análise de outros anos: 2015- 38 897; 2016- 39194; 2017- 39293 e por sua vez 2018- 39053. Este aumento tem maior incidência na categoria violência doméstica. Do total de comunicações feitas em 2019, 23 542 (54%) corresponde aos rapazes e 20 254 (46%) às raparigas. Relativamente ao grupo etário 0-2 anos- 5164 (12%); 3-5 anos - 5012 (17%); 6-10 anos- 9580 (22%); 11-14 anos- 11 041 (25%) e 15-17 anos- 10 664 (24%) (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CPCJ],

2020). Os números não revelam a real dimensão da problemática e provem dos hospitais, dos serviços médico-legais, da polícia criminal e da CPCJ (Magalhães, 2010).

A meta é uma prevenção primária eficaz, para tal acontecer, não chega conhecer as diferentes tipologias de maus-tratos, é necessário procurar as origens e motivos. Os objetivos dos enfermeiros ao intervir nestas situações são: proteger a criança/jovem; intervir no risco para prevenir a evolução do perigo; evitar a recorrência (DGS, 2008; DGS, 2011).

O enquadramento teórico deu origem a um mapa conceptual (Apêndice II), onde é demonstrada a relação entre todos os conceitos, e tem por base um protocolo de revisão *scoping* (Apêndice III).

2. METODOLOGIA

As atividades planejadas e desenvolvidas durante o Estágio tiveram como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à criança em todas as fases de desenvolvimento, de qualquer cultura e família. Este relatório segue uma lógica descritiva das práticas de cuidados, das atividades desempenhadas nos diferentes contextos e das competências adquiridas do EEESIP e resulta de um trabalho reflexivo sobre a prática.

O exercício reflexivo e a aprendizagem experiencial estiveram na base da metodologia orientadora deste processo de transformação do conhecimento. Como tal, durante a realização dos estágios, foi utilizada uma metodologia prática, crítica e reflexiva, baseada na reflexão na ação. Este processo tem por base três elementos, conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação, permitindo assim preparar a etapa seguinte de forma sustentada e contribuir para o desenvolvimento de uma prática especializada baseada na reflexão e na evidência (Schön, 2000; Freitas, 2010). A reflexão é uma resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia (Peixoto & Peixoto, 2016). A reflexão, sobre as observações e as vivências em contexto de estágio, consiste num processo que permite a construção ativa do conhecimento na ação, na medida em que o estudante aprende a fazer, fazendo (Alarcão & Rua 2005). A aprendizagem experiencial ou reflexão sobre e na ação reflete a atitude de que a compreensão da realidade é um produto do sujeito como observador e de que a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, refletida (Alarcão, 2001). A prática reflexiva é um processo mental básico fundamental em contexto clínico, uma vez que é na prática clínica que os enfermeiros fazem a articulação com os conhecimentos teóricos e uma reflexão para a tomada de decisão. Esta prática permite que os profissionais tenham uma compreensão da experiência e prestem melhores cuidados. Este exercício permite desenvolver profissionais críticos e independentes. O pensamento crítico é a aptidão que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio para a tomada de decisão (Peixoto, & Peixoto, 2016). Uma das competências do enfermeiro é “aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas” (OE, 2012).

É nos contextos de estágio que é mobilizado o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação). A experiência é necessária para alcançar a perícia e esta desenvolve-se a partir de situações da prática (Benner, 2001).

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo pretende apresentar o trajeto formativo, partindo dos objetivos propostos, atividades planejadas e as competências do EEESIP desenvolvidas em cada contexto. Para o Estágio foram estabelecidos dois objetivos gerais:

- a) Desenvolver competências para a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, em processo de saúde e doença, em todas as etapas de desenvolvimento.
- b) Desenvolver competências do EEESIP para o cuidado à criança e família vítima de maus-tratos.

Os locais de estágio foram escolhidos numa ordem de menor para maior complexidade das atividades desenvolvidas de forma a culminar no serviço de urgência de pediatria. Porém, devido à crise pandémica e de modo a ser possível a realização de estágio em todos os contextos, a ordem sofreu alterações. O estágio foi realizado em cinco contextos diferentes, de acordo com o cronograma (Apêndice IV). Os primeiros três contextos de estágio são da mesma instituição hospitalar, constituído por diversas valências de referência na área da pediatria, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados. Ter a possibilidade de estagiar em diferentes serviços na mesma instituição, permitiu conhecer a filosofia subjacente à prestação de cuidados, compreender as práticas e como é realizada a articulação entre os diferentes serviços e instituições externas. Os dois últimos contextos foram desenvolvidos na comunidade. No centro de saúde e num centro de reabilitação de paralisia cerebral.

Um projeto corresponde a um trabalho escrito onde é realizada a descrição de várias atividades, dentro dos objetivos estabelecidos (Apêndice V), de limites de tempo e de orçamento (Estrela, Soares & Leitão, 2013). A elaboração do projeto de estágio teve como intuito descrever o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE, através da concretização de atividades, bem como, das estratégias e intervenções na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família orientados para situações de especial complexidade, compreender as diferentes práticas de cuidados sob diferentes perspetivas do cuidar, com enfoque nas intervenções preventivas dos maus-tratos, à luz do MSBN.

O primeiro objetivo específico, de todos os locais de estágio, está relacionado com o cuidado em conhecer a instituição e a sua dinâmica institucional e funcional, bem como o quadro teórico subjacente à prestação de cuidados. Como tal, no início de cada estágio realizei uma entrevista exploratória à enfermeira orientadora (Apêndice VI), de modo a perceber a organização do serviço, método de trabalho e o quadro de referência subjacente à prestação de cuidados de enfermagem. No decorrer do estágio, revimos documentos

normativos da profissão de enfermagem (regulamento do exercício profissional do enfermeiro, guias orientadores de boas práticas, código deontológico do enfermeiro) e de normas estatais sobre promoção e proteção dos direitos da criança.

3.1. Serviço de Internamento

O Serviço de Pediatria Médica Geral (SPMG) está integrado num hospital central de Lisboa. Nesta instituição surgiu o primeiro Núcleo de Apoio a Criança e Família (NACF), criado em 1985 que tem como missão a proteção e a promoção dos direitos das crianças e família, preservar a segurança e promover um desenvolvimento adequado.

Este serviço acolhe clientes pediátricos com necessidade de internamento e integra os departamentos de Doenças Metabólicas, Hematologia e Neuropediatria. Durante o estágio, uma vez que o piso, onde decorrem as consultas do hospital de dia, se encontrava em obras, o mesmo transitou para este serviço temporariamente. No hospital de dia, é feito o acompanhamento em ambulatório das crianças com doença crónica.

O SPMG tem um total de 15 camas. São internadas neste serviço crianças até aos 21 anos e com diferentes diagnósticos. A equipa de enfermagem é composta por 13 enfermeiros, dos quais 3 são EEESIP. Neste serviço trabalha-se em equipa multidisciplinar com enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, educadoras de infância, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e terapeuta da fala.

O método de trabalho, da equipa de enfermagem, é o individual, que consiste na atribuição de um número de crianças e os registos clínicos são realizados em suporte papel e arquivados no processo clínico de cada criança. Sempre que possível os enfermeiros cuidam das mesmas crianças de modo que lhes seja possível dar continuidade dos cuidados e o estabelecimento da relação de proximidade com a família. Os cuidados de enfermagem assentam na filosofia dos cuidados centrados na família (CCF) e na parceria de cuidados (PC).

As crianças internadas neste serviço vêm do serviço de urgência, do hospital de dia e de outras instituições de saúde. A gestão de vagas é feita em articulação com as equipas médicas de acordo com os diagnósticos e em função da idade da criança como sugere a Carta da Criança Hospitalizada.

Ao longo dos tempos, tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde evitar a hospitalização das crianças, contudo, é estritamente necessário em diversas situações de doença. O internamento de uma criança é considerado uma situação crítica e causadora de *stress* para a criança e família (Hockenberry & Barrera, 2014).

O confronto com a doença e com internamento é um momento de fragilidade para a criança e para a sua família. As crianças são mais sensíveis às mudanças de rotinas, uma vez que passam a estar num espaço que não é a sua casa, sofrem isolamento social e são

submetidas a procedimentos dolorosos. Tendo em conta o cuidar holístico, o enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica, de proximidade e confiança para facilitar a transição de saúde-doença.

De modo a facilitar o processo de internamento, o enfermeiro tem que mobilizar ações como o cumprimentar e acolher, pôr em prática o trabalho emocional, transmitir calma e tranquilidade com o objetivo de alterar comportamentos, atitudes e emoções do cliente, para que a experiência da hospitalização seja o mais positiva possível (Vilelas & Diogo, 2014; Diogo, 2015).

A reação das crianças face à doença e à hospitalização é influenciada pelo seu estágio de desenvolvimento, pelas experiências anteriores e pelos mecanismos de *coping* adquiridos (Hockenberry & Barrera, 2014). É crucial fazer a gestão das emoções no sentido de desenvolver mecanismos de *coping* face a episódios de doença; contudo, esta gestão não é um processo simples, tendo os enfermeiros especial importância na sua capacitação (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

Nas crianças com doença crónica, em que os internamentos são extensos e repetidos e os procedimentos dolorosos são mais frequentes, a relação emocional é mais mordaz. Quando uma criança é hospitalizada é submetida a procedimentos que lhe causam dor e de equipamentos que podem ser desconfortáveis para a criança e família. À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a avaliação da dor, mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção.

A ocorrência de reinternamentos, neste serviço, é frequente e durante o estágio deparamo-nos com crianças com doença crónica que durante este período tiveram dois internamentos. Destaco a situação da Joana (nome fictício), 9 anos internada por crise vasclusiva associado à drepanocitose, também conhecida por anemia de células falciformes. Nesta patologia o motivo mais frequente para recorrer aos serviços de urgência é a dor e quando a terapêutica analgésica se revela ineficaz.

A dor, por definição, é uma experiência subjetiva, uma vez que a forma como se sente e classifica a dor de cada um é única, sendo assim necessária uma intervenção individualizada que vai além da administração de analgésicos.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (2020), a dor pode ser definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a dano real ou potencial ao tecido”. Em 2003, a dor foi considerada 5º sinal vital, através da criação de uma Circular Normativa, que considera como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2003). Para uma melhor interpretação da dor na criança são utilizadas escalas como ferramentas de medição da dor, que devem ser

utilizadas consoante a idade e o estágio de desenvolvimento, bem como adequadas ao contexto.

Partindo da premissa que os cuidados de enfermagem têm como desígnio a promoção da saúde e do bem-estar, o enfermeiro tem que considerar a dor como prioridade (DGS, 2010). É fundamental o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, incluindo a família, na avaliação da dor, uma vez que, para identificar se existe dor e qual a sua intensidade é necessário conhecimentos e treino. Incluir os pais na prestação de cuidados para o controlo da dor é uma estratégia não farmacológica, dado que podem revelar-se parceiros na prestação de cuidados de forma a tranquilizar a criança.

Os enfermeiros devem possuir conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. Algumas das estratégias utilizadas durante os estágios são: preparação-preparar a criança antes de qualquer procedimento, explicando todo o processo; distração-se as crianças estiverem distraídas com um tema do seu interesse conseguem-se distrair da situação que estão a passar e assim diminuir o *stress* envolvido; o brincar terapêutico associado à música/meios audiovisuais; controlar a dor, estimular a relação entre a família e a criança e ainda avaliar o que a criança sente.

Neste serviço o planeamento de cuidados é realizado entre a equipa, a criança e os pais, desde a admissão até ao momento da alta. De modo a tranquilizar as crianças, os pais são incentivados a estarem presentes e a colaborarem nos cuidados. Esta participação transmite, aos pais, segurança, autonomia e responsabilidade, diminuindo assim a ansiedade e o *stress*.

Retomando o caso da Joana, quando me deparei com esta criança estabeleci uma relação terapêutica. Ao longo de todo o percurso foram utilizadas diferentes escalas de dor, nesta situação em particular, foi utilizada a escala numérica da dor e quando a mesma identificava dor era fornecido um saco de água quente, uma vez que, a técnica de calor se trata de um procedimento não farmacológico com bastante efeito nestas situações.

Devido a ter múltiplos internamentos, a relação que a Joana e a mãe tinham com a equipa era de confiança, inclusive a Joana confessou que tinha uma segunda família e uma segunda casa.

Por norma, sempre que possível, os procedimentos dolorosos são realizados num espaço próprio, de modo a preservar o quarto e a sala de atividades como locais seguros, locais que não sejam associados à dor. De modo a criar empatia foram utilizadas fardas coloridas e ornamentos como pins e bonecos.

Outra situação é a da Beatriz, uma menina de 7 anos de idade, submetida a uma cirurgia do fémur com necessidade de colocação de fixadores externos, que estava acompanhada pela mãe. Sempre que foram prestados cuidados a esta criança preocupamo-nos em envolver a família. No primeiro dia de realizar o penso, por ser um procedimento

doloroso, negociamos com a criança e com a mãe sobre o facto primeiramente serem prestados cuidados de higiene, uma vez que o banho é um momento de relaxamento. A criança e a mãe concordaram. Durante o banho foi feita a preparação para o procedimento doloroso. A preparação para os procedimentos dolorosos na criança em idade escolar deve ser feita com antecedência para que esta interiorize e fique pronta, recomenda a OE (2013). Após o término do banho deslocamo-nos para a sala de tratamentos onde estava todo o material preparado e um ambiente acolhedor, com música que a Beatriz gostava e a sua boneca. No final do procedimento a criança esboçou um sorriso e confidenciou que naquele dia o procedimento foi menos doloroso.

Sendo um serviço de pediatria geral, os recém-nascidos (RN) em situação de risco social permanecem aqui internados até ser encontrada uma solução que permita uma maior estabilidade familiar, recorrendo ao apoio da assistente social e aos recursos da comunidade. Durante o período de estágio acompanhamos uma criança de internamento social, esta situação serviu de base para a realização do jornal de aprendizagem (Apêndice VII). Perante esta situação o meu papel foi de promover o papel parental e capacitar a mãe para os cuidados à filha, dado que se trata um dos focos dos cuidados de enfermagem. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o papel parental é definido como “papel de membro da família (...) sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente” (OE, 2016, p.70).

3.2. Serviço de Neonatologia

O segundo contexto de estágio realizou-se, durante quatro semanas, na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) de um hospital central de Lisboa, onde exerço funções. É um serviço diferenciado e com uma tecnologia complexa que permite que sejam assegurados e prestados cuidados diferenciados e de excelência. As Unidades Neonatais “são um exemplo de serviço hospitalar altamente complexo, que valoriza tanto a sofisticação científica e tecnológica que permite salvar cada vez mais bebês, como os cuidados holísticos e humanistas” (Barros, 2001).

Esta unidade é constituída pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCEN), ambas em *open space* e cada uma com oito vagas. Existe ainda a Sala Polivalente (SP), com uma vaga, que é utilizada como sala de isolamento ou de pré saída (caso social). Estas três formam um serviço único que partilha a mesma equipa multidisciplinar e a mesma chefia. Tem ainda uma sala para os pais e uma sala de amamentação.

Aqui, são internados RN em situação de risco, quer devido à prematuridade e aos fatores a ela associados quer a outras complicações de que surjam durante a gravidez e/ou

períodos perinatal. Este serviço recebe prematuros a partir de 23 semanas de vida e podem permanecer até aos 28 dias de idade corrigida.

Neste serviço existem 80 enfermeiros, dois deles são gestores e cinco enfermeiros especialistas cumprindo as diretrizes da OE que indica “a unidade de neonatologia tem de ter presente em todos os turnos EEESIP” (OE, 2008) de modo a ser assegurada a qualidade dos cuidados face à elevada exigência neste contexto. A distribuição dos enfermeiros é feita com base na situação clínica e exigência de cuidados a prestar a cada RN. Esta distribuição tem em consideração as diretrizes da OE que refere que o cálculo de dotação de enfermeiros deve ser ajustado à realidade de cada organização de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas (OE, 2019b). Sempre que possível os enfermeiros cuidam das mesmas crianças de modo a dar continuidade dos cuidados e o estabelecimento da relação de parceria com a família. O método de trabalho praticado é o método individual e os registos são realizados em suporte papel e arquivados no processo clínico de cada RN.

Este serviço tem uma equipa multidisciplinar variada, uma vez que engloba: enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e terapeuta da fala.

De modo a dar resposta às necessidades dos RN's internados neste serviço foi necessário aprofundar conhecimentos sobre técnicas específicas, tais como: ventilação mecânica invasiva e não invasiva, tratamento de *Cooling* ou hipotermia terapêutica, administração de óxido nítrico, entre outras.

Os cuidados de enfermagem prestados estão assentes na filosofia dos cuidados centrados na família (CCF) e na parceria de cuidados (PC). Na UCERN, a parceria de cuidados é crucial de modo a garantir o estabelecimento e manutenção da vinculação o mais precoce possível. Esta, permite o desenvolvimento de papéis e laços familiares. Estes aspetos são tidos em conta na prestação de cuidados de enfermagem através da abordagem NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program/ Programa de Cuidados Individualizados e de Avaliação do Desenvolvimento Neonatal*), que tem por finalidade reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN e atua como guia na implementação de cuidados individualizados de suporte ao desenvolvimento do RN (Santos, 2011).

Em consequência da situação pandémica que o mundo vive atualmente, as regras do serviço alteraram. O acesso ao serviço de pessoas externas foi alterado, passando a ser muito restrito. Previamente eram permitidas visitas e a permanência de ambos os pais 24h/dia, atualmente não são permitidas visitas, e só é permitida a presença de um dos pais, ou durante a manhã ou a tarde.

Para a maioria dos pais, a UCERN é um ambiente intimidante, hostil, com muitos equipamentos e pessoas desconhecidas, podendo tornar-se uma fase muito traumática. Segundo Mercer (2010), citado por Barros (2015), é uma situação nova e desconhecida,

ameaçadora, frequentemente de prognóstico incerto, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não têm nenhum controlo. O internamento na UCERN pode provocar nos pais várias emoções como: medo, ansiedade, raiva, tristeza.

Na UCERN no primeiro contacto com os pais é feito o acolhimento, no qual o enfermeiro responsável pelo RN, através de uma comunicação eficaz, incita uma relação de confiança, e promove a partilha de informação, colaboração e participação da família no processo de cuidado. Conforme o estabelecido no OE (2015b) os cuidados de enfermagem incluem o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação de cuidados. Durante o internamento, incentivamos os pais a prestar cuidados ao RN, tais como: higiene, vestuário e alimentação/amamentação. O envolvimento, a participação e a colaboração dos pais nos cuidados depende da sua disponibilidade e motivação, bem como da situação clínica do RN. Neste processo os pais estão sempre acompanhados pelo enfermeiro que supervisiona os cuidados e esclarece dúvidas de modo a estabelecer gradualmente uma parceria de cuidados e uma alta segura.

A parentalidade define-se como o assumir das responsabilidades de ser pai/mãe; comportamentos destinados a simplificar a incorporação de um RN na família e a otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (OE, 2015a). Torna-se assim a variável mais importante nas doenças e acidentes na infância, quando analisada de forma isolada (OE, 2015b). A parentalidade inclui quatro dimensões: assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel parental; otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; integrar a criança no núcleo familiar; atuar segundo padrões desejáveis ao nível social (International Council of Nurses, 2011 citado por OE, 2015b).

Associado ao conceito de parentalidade está o conceito de vinculação. Para clarificar este conceito é fundamental conhecer a teoria da vinculação de Bowlby. Para Bowlby (1984) a vinculação é todo o comportamento que o RN tem como consequência e como função, criar e manter a proximidade ou o contacto com a mãe ou a pessoa que a substitua. Acrescenta ainda que, a satisfação da necessidade do bebé se vincular a uma figura materna é tão fundamental como a necessidade de se alimentar ou de preferir o calor ao frio (Bowlby, 2002).

O processo de vinculação pode ser afetado por fatores como: o ambiente tecnológico e físico da UCERN, a existência de uma incubadora que separa fisicamente o RN da família e a incerteza do prognóstico do RN. De referir que no caso do RN é a prematuridade, temperamento irritável ou patologias físicas, no caso da mãe, a sua forma de estabelecer ligação, o seu sistema de suporte, doença física, depressão pós-parto ou outros distúrbios psiquiátricos (Johnson, 2012). Estes fatores podem afetar o papel parental uma vez que, por não poderem realizar os primeiros cuidados ao RN, sentem o seu papel diminuído, o que é causador de *stress* (Pollara, 2010).

Ter um filho prematuro implica uma separação logo após o nascimento, esta separação pode interromper o processo de vinculação entre o RN e os pais. Os pais de RN prematuros tendem a experimentar um maior *stress* emocional, depressão, incerteza sobre o seu futuro, *stress* financeiro e perturbação de *stress* Pós-Traumático (PTSD), como tal, os enfermeiros pediátricos desempenham um papel importante na prevenção, através do trauma-*informed care*, minimizando os aspetos traumáticos dos cuidados e fornecendo informação e apoio (Altimier & Phillips, 2016). Hornor, Davis, Sherfield e Wilkinson (2019) definem trauma *informed care*, como uma estrutura que se baseia na compreensão do impacto do trauma, enfatizando a segurança, física, psicológica e emocional quer para quem presta o cuidado, quer para quem o recebe.

Para minimizar todos os sentimentos negativos, tive a ideia de concebermos diplomas do “Dia do Pai” (Apêndice VIII) para proporcionar um momento de felicidade nestes pais e promover a parentalidade.

Trabalhamos com os pais de forma a torná-los mais próximos do RN, para criar uma relação próxima e profunda, e promover comportamentos facilitadores da formação de vínculos. É importante o contributo que o enfermeiro tem no *empowerment* dos pais, promovendo a sua adaptação e o desenvolvimento de novas competências no desempenho do papel parental.

Os ruídos, as luzes intensas e contínuas, as rotinas diárias bem como os procedimentos invasivos, são fatores que interferem em todo o processo familiar. Para amenizar o ambiente, personalizamos o espaço de cada RN, colocando o nome da criança na incubadora e um brinquedo ou objeto pessoal. Para melhorar este ambiente adverso realizamos cartazes comemorativos das conquistas do RN em relação ao peso e à idade (Apêndice VIII)

Desde início foi possível constatar que as famílias, com RN internados nesta UCERN, vivenciam aqui os primeiros meses de parentalidade, conciliando práticas especializadas e uma equipa de profissionais de excelência, sendo os principais pilares no processo de adaptação. Assim sendo o destaque deste estágio foi a promoção da parentalidade, da vinculação e da parceria de cuidados.

Considerando as características da UCERN, verificamos em várias famílias sentimentos de ansiedade, receio e insegurança, que dificultavam o contacto físico com o RN. Durante o estágio estimulamos os pais a sorrir e a falar com RN, a posicionarem-se face a face, a tocar ou aninhá-lo perto do corpo e a prestar cuidados de higiene.

O método de contacto pele a pele, designado como Método Canguru (MC) é um método simples e económico com diversos benefícios, promove promoção do vínculo afetivo, contribui para a redução do risco de infeção hospitalar como consequência de um menor tempo de internamento; reduz o *stress* e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurológico, comportamental

e psicoafectivo do recém-nascido; proporciona um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar (Organização Mundial de Saúde, 2006). Este método tem a capacidade de proteger o RN da estimulação nociva da UCIEN auxiliando precocemente na regulação do sono, de melhorar aspetos cardiorrespiratórios, no controlo térmico e de permitir o aumento de peso em RN prematuros (Santos, 2011).

Posto isto, e em concordância com a enfermeira orientadora, realizei um poster (Apêndice IX) sobre o Método do Canguru para ser colocado no serviço e ainda um folheto (Apêndice X) para ser entregue aos pais na admissão.

Neste contexto foi promovido o crescimento e desenvolvimento do RN na promoção da vinculação e do papel parental através de uma perspectiva de prevenção primária dos maus-tratos. Uma vez que não foi possível realizar uma sessão de formação sobre a temática dos maus-tratos, procuramos desmitificar o tema e abordando a equipa sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção. O enfermeiro, durante a sua atividade diária, deve ter especial cuidado aos casos menos habituais.

O estágio na UCERN contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao RN e à família. Tendo em conta as expectativas existentes e que não tinha experiência nesta área, o estágio decorreu de forma enriquecedora e foi um grande desafio pelas possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento de técnicas.

Uma vez que as regras de permanência na unidade, devido a situação pandémica, foram alteradas o contacto com os pais foi escasso, apesar disso, constatei que estes eram autónomos nos cuidados, demonstrando uma parentalidade efetiva.

Os RN prematuros são mais passíveis de serem vítimas de maus-tratos infantis, uma vez que o risco de alterações neurológicas, o choro inconsolável, a irritabilidade e a não correspondência ao filho idealizado agravam a ansiedade e o *stress* dos pais (Saltmarsh & Wilson, 2017). Na opinião de Barros (2003), todos os prematuros têm maior probabilidade de virem a ser maltratados e negligenciados pelos pais devido a serem percebidos como mais difíceis. Nos últimos 20 a 25 anos, estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus-tratos e abandono por parte dos pais (Marques & Sá, 2004).

A prevenção de maus-tratos é feita, pelo enfermeiro, desde o momento em que o RN é admitido e após a alta. Desde a admissão que o enfermeiro promove a comunicação, o envolvimento da família no cuidado ao RN, a compreensão dos pais acerca da situação clínica e do desenvolvimento do seu filho, estes fatores diminuem o *stress* parental e facilitam a transição segura para casa (Jefferies, 2014). Neste contexto de estágio existe esta prática através de sessões de preparação para a alta. Nestas reuniões, os pais, são orientados conforme as suas necessidades e incluem temas como: cuidados de higiene e vestuário, prevenção de acidentes rodoviários e no domicílio, o aleitamento materno e/ou artificial,

primeiros socorros, posicionamentos, doenças da criança e o plano nacional de vacinação. Estes temas estão compilados em folhetos informativos, existentes no serviço, que são entregues aos pais ao longo das sessões.

A preparação para a alta é perspectivada de forma ponderada e cabe ao enfermeiro assegurar-se que este encontrará um ambiente seguro. Assim, devem ser averiguados fatores, tais como: os relacionamentos parentais instáveis, a ausência de suporte familiar, a escolaridade reduzida, a moradia desapropriada ou as condições socioeconómicas precárias que potenciam o risco de ocorrência dos maus-tratos. Torna-se basilar conhecer a família de forma mais aprofundada de forma a assegurar que esta reúna condições para apoiar o crescimento e desenvolvimento da criança, assumindo o seu papel parental fora do hospital (Forsythe, Maher, Kirchick, & Bieda, 2007). Rodrigues (2010, p.82) definiu a competência parental nos cuidados ao RN de risco como “o conjunto de capacidades, comportamentos, conhecimentos, atitudes e intenções que permitem um desempenho adequado ou não a cada situação específica de prestação de cuidados ao RN de risco”.

O enfermeiro tem um papel fundamental nos diferentes tipos de prevenção de maus-tratos. No caso da prevenção primária deve realizar atividade que promovam as competências parentais e a vinculação, bem como, promover a parceria no cuidar da criança. Nas situações em que são conhecidos os fatores de risco, o enfermeiro tem um papel crucial a nível da prevenção secundária, este deve detetar, intervir e encaminhar.

Neste contexto assisti a uma situação que se adequa na prevenção secundária de maus-tratos. Um RN internado na UCERN por prematuridade, em consequência de violência doméstica do pai com a mãe e falta de competências parentais de ambos. Após avaliação da situação, articulamos com a CPCJ, que determinou que o RN estava em situação de risco. Uma vez que os pais não consentiram a intervenção da CPCJ, o caso foi remetido para o Ministério Público que determinou que o RN permanecesse internado, enquanto era avaliada a situação. Neste cenário asseguramos a proteção do RN garantindo as suas necessidades e o seu bem-estar, trabalhando paralelamente com a família de modo a capacitar para o desempenho da parentalidade e promover a interação com o RN.

Segundo Generalitat Valenciana (2010), as intervenções ao nível da prevenção secundária centram-se nas crianças e respetivas famílias em que se identificam fatores de risco que põem em perigo o desenvolvimento adequado da criança e o seu bem-estar. De acordo com o MSBN, a prevenção secundária tem início após o aparecimento de sintomas de *stress*, tendo em vista o fortalecimento das linhas de defesa, procurando estipular finalidades e intervenções oportunas para restringir a reação (Neuman, 2011).

3.3. Serviço de Urgência

O terceiro contexto de estágio realizou-se, durante quatro semanas, no Serviço de Urgência de Pediatria (SUPed), local onde exerço funções, de um hospital central de Lisboa. Aqui é admitida qualquer criança em situação de urgência/emergência médica sem distinção de qualquer natureza ética, religiosa, política, económica ou social, a qualquer hora do dia, e em todos os dias do ano.

Este serviço admite crianças desde o nascimento até aos 17 anos e 365 dias, contudo os portadores de doença crónica são admitidos até aos 21 anos. Trata-se de um serviço bem organizado, com protocolos estabelecidos e articula-se com diferentes especialidades, tais como: doenças metabólicas, neurologia, neurocirurgia, cirurgia plástica, ortopedia e trauma pediátrico, desenvolvendo assim cuidados especializados. Além destes, articula-se com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) e Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP) que outrora estavam inseridos no SUPed.

Devido à pandemia sofreu alterações a diferentes níveis, tanto físicos como humanos. Assim sendo, fisicamente é constituído por: uma Sala de Reanimação, uma Sala de Triagem, duas Salas de Tratamentos, uma Sala de Pequena Cirurgia, cinco Salas de Observação Médica e um Serviço de observação.

A equipa de enfermagem é constituída por 1 enfermeira chefe, 23 elementos, que se distribuem por 5 equipas, em regime de *roulement* e 5 elementos com horário fixo. Cada equipa tem 5 enfermeiros que são distribuídos (um na sala de triagem, dois no serviço de observação, uma na sala de tratamentos do circuito respiratório e um de apoio as diferentes salas), sendo que um deles é o responsável de turno. Dentro dos elementos da equipa, 10 são EEESIP e 2 elementos estão a terminar a especialidade.

O método de trabalho difere consoante o posto de trabalho atribuído, nomeadamente nos postos de triagem e sala de tratamentos, é utilizado o método à tarefa. No serviço de observação o método é o de enfermeiro de referência sendo que este é responsável pela prestação de todos os cuidados a uma determinada criança, sendo o rácio de 3 crianças por enfermeiro.

Estão implementados projetos como a utilização da técnica ISBAR, a segurança na medicação e a articulação com o gabinete de risco nos maus-tratos (abuso sexual).

As principais patologias que afetam as crianças que ocorrem a este serviço são: dificuldade respiratória, crises convulsivas, sépsis, intoxicações (alcoólicas e medicamentosa (in)voluntária), descompensação de doenças metabólicas, ideação suicida, paragem cardiorrespiratória, entre outras. Se se tratarem de situações traumatológicas, com exceção de traumatismos cranianos ou monotraumas, dão entrada pelo Serviço de Urgência Central, onde têm o apoio da equipa de Ortopedia e Cirurgia e Exames Complementares de Diagnóstico.

O programa informático utilizado neste serviço é o *ALERT*® associado ao Protocolo de Triagem de Manchester em que a prioridade é baseada na queixa e na observação da criança e inclui um algoritmo, para que haja uma uniformização das práticas de enfermagem. É determinando o grau de gravidade e, por sua vez, estabelecidas prioridades e ainda desenvolvidas intervenções direcionadas ao alívio dos sintomas (Andrade et al., 2016). Os principais sintomas são: hipertermia, vômitos e diarreia, odinofagia, otalgia, deglutição/introdução de corpo estranho, convulsões, erupções cutâneas, dificuldade respiratória, cefaleias, dor abdominal, e traumatismo craniano. A triagem deve ser efetuada por enfermeiros com competências para perceberem a queixa do sistema e deve assentar num julgamento clínico criterioso que promova o atendimento apropriado a cada situação (Magalhães et al., 2016)

A ida à urgência constitui um enorme fator de *stress* e ansiedade para pais e criança, como tal, compete ao enfermeiro diminuir os efeitos negativos dessa vivência, demonstrando sensibilidade e disponibilidade. Torna-se essencial esclarecer dúvidas sobre o processo de atendimento, bem como, a vigilância de sinais enquanto aguardam pela observação médica.

No SUPed, é comum, acontecerem momentos de conflito entre os utentes e os profissionais, como tal, o enfermeiro deve desenvolver competências na área da gestão de conflitos, na capacidade de comunicação, observação, escuta ativa, senso crítico e empatia. Segundo Souza, Silva, Espindola, Moreira & Draganov (2018) é fundamental analisar as situações, respeitar as diferenças, ter um bom diálogo, ser bom ouvinte e posicionar-se perante a equipa criando um vínculo.

Na Sala de Reanimação dão entrada crianças que estão em risco de vida, obrigando a uma atuação imediata da equipa de saúde. Aqui é realizada a reanimação e estabilização da criança, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para o serviço de observação.

O Serviço de Observação (SOPed) é composto por 6 vagas (5 camas e 1 berço), e nele são internadas crianças que necessitam de um internamento de curta duração ou que necessitam de vigilância por se encontrarem mais instáveis. As crianças que permanecem nesta sala provêm da Sala de Reanimação, da Sala de tratamentos, ou diretamente de outros serviços ou instituições. Caso o quadro clínico se agudize, a criança/adolescente é transferida para a UCIPed. No SOPed promovemos e valorizamos a participação da família nos cuidados através da escuta ativa e do contacto acolhedor, esclarecendo dúvidas, de modo a tranquilizar a família e criar confiança. Ao longo do estágio desempenhei um papel promotor da parentalidade positiva, uma vez que, incentivei os pais mostrando-lhes que possuem competências e capacitei-os através da educação para a saúde. A promoção do *Empowerment* e o desenvolvimento de competências parentais para que se atinja a independência, confiança nas suas capacidades e o reconhecimento do seu poder, permite aos pais terem um papel mais ativo na tomada de decisão (Pereira et al., 2011).

Na Sala de Pequena Cirurgia são realizados procedimentos como suturas, pensos e redução de fraturas, sendo utilizada por vezes sedação com midazolam, fentanil e/ou cetamina, ou em casos indicados protóxido de azoto medicinal gasoso (Lipovan®).

Na Sala de Tratamentos é preparada e administrada terapêutica prescrita, são realizadas punções venosas e colheita de produtos biológicos para análise, aspiradas secreções, preparado o internamento, entre outros. Durante a permanência nesta sala realizamos e reforçamos ensinamentos aos pais, capacitando os pais para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Desta forma, neste serviço são realizados inúmeros procedimentos dolorosos tanto na sala de tratamentos como na sala de pequena cirurgia sendo que a gestão do medo das crianças é um desafio para os enfermeiros neste contexto. Na realização de procedimentos dolorosos foi priorizada a presença dos pais, de modo a que as crianças se sintam seguras, preparou-se a criança e família para o evento, através do esclarecimento de dúvidas, foi realizada uma avaliação e registo da dor e utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da mesma.

Neste SUPed existe um protocolo de controlo da dor, que inclui medidas não farmacológicas e farmacológicas. O primeiro passo é realizar uma avaliação da intensidade da dor, esta avaliação é feita através das escalas da dor adaptadas ao estadio de desenvolvimento, tais como: NIPS (*neonatal infant pain scale*), FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), Faces e Numérica.

As medidas não farmacológicas devem ser escolhidas de acordo com o desenvolvimento e preferência da criança e são de “carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança” (OE, 2013, p.13). A promoção de um ambiente seguro e lúdico permite que as crianças e as famílias diminuam a ansiedade e o medo do desconhecido, o que, por si só, são estratégias de promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010). Como tal, durante estes procedimentos, adequiei a postura ao estadio da criança e utilizei técnicas como a distração, o brinquedo terapêutico, a musicoterapia/ vídeos, conversei com a criança, contei uma história, permiti que a mesma me falasse sobre si, entre outros.

A nível hospitalar, o SUPed é o primeiro contacto para crianças em risco ou vítimas de maus-tratos, o que torna este serviço num local privilegiado, à luz do MSBN, para a prevenção primária e secundária do fenómeno. De acordo com Teeuw et al. (2012), o SUPed representa o principal recurso aos cuidados de saúde, sendo assim uma oportunidade de reconhecer estas situações.

Segundo Peralva et al. (2016), é importante agir com profissionalismo e ética, tendo presente que não temos o direito a julgar e a emitir juízos de valor antes de serem esclarecidos os fatos que as envolvem. O enfermeiro deve demonstrar empatia, assegurar privacidade e

promover a sua segurança e estar capacitado para perceber o problema, dando o devido encaminhamento para os órgãos da rede de proteção, realizar notificações e orientações.

Assim, após discussão com a enfermeira orientadora, considerámos importante realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem (Apêndice XI), que permitiu sensibilizar a equipa para a problemática e capacitá-la na prevenção, deteção e sinalização de maus-tratos. De modo a todos os profissionais de saúde terem conhecimento da sessão de formação, foi realizado um cartaz de divulgação (Apêndice XII) e realizada durante a passagem de turno da manhã para a tarde, para abranger o maior número de enfermeiros. Os enfermeiros demonstraram a sua opinião, sobre a ação formativa, através do preenchimento de uma grelha de avaliação (Apêndice XIII). Com os resultados obtidos e com o *feedback* fornecido nos momentos de discussão e reflexão bem como o interesse demonstrado, a atividade, pode ser considerada bem-sucedida na concretização dos objetivos.

As situações de maus-tratos detetadas no SUPed são notificadas ao NHACJR, que assume a supervisão posterior do processo. Os NHACJR têm um papel de suporte aos profissionais de saúde e permitem a mobilização e articulação dos recursos, neste primeiro nível de intervenção, bem como, agilizar a comunicação com outras entidades do segundo e do terceiro níveis de intervenção, respetivamente a CPCJ e os tribunais (Prazeres, 2008).

3.4. Unidade Saúde Familiar

Durante a realização de estágio neste contexto foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o funcionamento e organização dos cuidados de saúde primários CSP, bem como, consultar os documentos da própria instituição.

A Unidade de Saúde Familiar (USF), em questão, pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) incluída na Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa. Os ACES são constituídos por unidades que prestam cuidados de saúde primários à população e estão divididos nas seguintes unidades funcionais: Unidade de cuidados na comunidade (UCC), Unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e USF (MS, 2008b).

A USF tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos. Orienta a sua atividade pelos seguintes valores: Conciliação, Cooperação, Solidariedade, Autonomia, Articulação, Avaliação, Ética. A USF dispõe de 3 tipos de consultas: Consultas Programadas (consultas médicas e de enfermagem previamente marcadas), Consultas do Dia (consultas marcadas no próprio dia, por iniciativa do utente, e destinam-se a resolver problemas de saúde imprevistos) e Cuidados Domiciliários (destinam-se a utentes dependentes e incapacitados de se deslocarem à USF por motivos de saúde).

O edifício no qual se situa a USF é também composto por uma UCSP. A nível estrutural, possui uma sala de vacinação, sala de tratamentos, gabinete da consulta de diabetes e hipertensão arterial, gabinete da saúde infantil e pediatria, gabinete de planeamento familiar e vários gabinetes de consulta médica.

A metodologia de trabalho utilizada é o método de enfermeiro de referência, pois permite uma qualidade na relação enfermeiro–criança/família baseada na confiança, partilha e respeito. A possibilidade de acompanhar a família, mantendo contacto no percurso de desenvolvimento da criança e da família, torna os CSP mais eficazes nas intervenções desenvolvidas e nos ganhos em saúde (Figueiredo, 2009).

Os registos informáticos são realizados no programa de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) que utiliza a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Com as alterações ao PNSIJ surgiu um novo sistema de informação de apoio à prática dos profissionais de saúde nos CSP, o *S-Clinic*. Este fornece aos profissionais de saúde um instrumento de suporte na abordagem, diagnóstico e intervenção em situações de maus-tratos em crianças, uma vez que integra um módulo de registo informático denominado “Avaliação do Risco Familiar” (DGS, 2016).

A população da área de abrangência desta Unidade de saúde familiar é constituída por pessoas de diferentes culturas e conseqüentemente com diferentes valores, hábitos e estilos de vida. É também uma área onde se assiste à constante chegada de novos moradores.

Na USF as consultas de saúde infantil são preparadas na véspera, uma vez que as consultas são agendadas para determinadas datas que correspondem às idades-chave preconizadas no PNSIJ e de acordo com o PNV. A minha intervenção na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil revelou ser um momento de particular interesse no meu percurso formativo, para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE.

Os serviços de saúde e o acesso a cuidados de qualidade tem sido determinante para a saúde da criança e da família. Segundo Gaíva et al. (2017) é indicador da qualidade de vida e da saúde infantil o crescimento e desenvolvimento. Posto isto, o cuidado à saúde da criança representa um campo prioritário no âmbito dos cuidados à saúde das populações tendo em conta a vulnerabilidade nesta fase da vida.

A consulta de enfermagem e vigilância de saúde infantil é realizada, principalmente, pela enfermeira de referência, enfermeira EESIP. Esta consulta visa identificar problemas, planear medidas de prevenção e promoção da saúde e avaliar as ações realizadas (Monteiro et al., 2017).

A vigilância de Saúde Infantil e Juvenil tem como objetivos gerais: avaliação do crescimento e desenvolvimento; promoção de comportamentos potenciadores de saúde; deteção e encaminhamento precoce de situações que possam afetar a qualidade de vida das

crianças e jovens; prevenção, identificação e abordagem das doenças comuns de cada faixa etária; sinalização e apoio continuado às crianças com doenças crónicas e portadoras de deficiência e respetivas famílias; promoção do desenvolvimento pessoal e autodeterminação e do apoio e estimulação do exercício parental adequado (DGS, 2013). Por outro lado, prevê que sejam detetadas e encaminhadas situações de risco de uma forma precoce por forma a evitar situações que afetem negativamente a qualidade de vida da criança e jovem.

Durante estas consultas tive a oportunidade de transmitir as orientações sobre a promoção da saúde (o Programa Nacional de Vacinação (PNV), a saúde oral e o aleitamento materno) e a prevenção da doença (de acidentes e intoxicações, dos maus-tratos, dos riscos da exposição solar inadequada e de perturbações emocionais e do comportamento). Tal como preconiza a DGS (2013), foram avaliadas as preocupações dos pais, as intercorrências desde a consulta anterior, se a criança frequenta infantário ou não, hábitos alimentares, evolução das curvas de crescimento, cumprimento do calendário vacinal e avaliada a dinâmica familiar e a rede de suporte familiar.

O enfermeiro de família deve dominar os cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado ao longo do ciclo de vida (Neves, 2012). Ao nível dos cuidados antecipatórios, promovemos o conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, de modo a que seja mais facilitador, para os pais, a compreensão e gestão do comportamento das crianças nas várias etapas de desenvolvimento, informando sobre atividades e brinquedos que possibilitam um ambiente estimulante. A avaliação do crescimento e desenvolvimento é feita segundo a escala de desenvolvimento psicomotor de Mary Sheridan através do registo de dados antropométricos e deve ser registada no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ).

No que diz respeito à vacinação, verifiquei que seguir a calendarização proposta pela DGS não é tão linear. A existência de crianças provenientes de diferentes países torna a tarefa complicada quando, havendo necessidade de adequar o esquema vacinal português com o do país de proveniência. Durante o estágio tive a oportunidade de vacinar crianças, fazer registos utilizando o Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS) no apuramento o estado vacinal de vários agregados familiares e introdução novos dados. Durante a vacinação, verifiquei que não é realizada a avaliação da dor à criança, contudo há uma preocupação em utilizar medidas não farmacológicas para o seu controlo. Sendo a vacinação um procedimento idêntico à punção venosa, mobilizei conhecimentos da prática clínica para o controlo da dor. Avaliei a dor segundo as diferentes escalas adaptadas à idade da criança, realizei o registo e apliquei medidas não farmacológicas, distração, aconchego, brinquedos, chucha. Quando necessário farmacológicas como administração de sacarose, anestésico tópico da pele (DGS, 2003; DGS, 2012).

A educação para a saúde engloba oportunidades de aprendizagem, sendo uma intervenção ao nível da prevenção primária, secundária e terciária dos maus-tratos, uma vez

que, tem a capacidade de potenciar e fortalecer determinadas características positivas do sistema, promovendo a sua capacitação, diminuindo a propensão e evitando a recorrência dos maus-tratos (Soriano, 2006; Neuman, 2011). A prevenção primária tende a capacitar os pais de conhecimentos e habilidades que solidifiquem as linhas flexíveis de defesa e reduzam a possibilidade das crianças se depararem com os agentes *stressores* e reduzir os fatores de risco (Neuman, 2011). A prevenção secundária visa a deteção precoce e o tratamento das situações de risco, é especialmente relevante na etapa pré-natal, neonatal, em períodos críticos dos ciclos da vida familiar e/ou das etapas evolutivas da criança (DGS, 2011).

A assistência dada aos pais e o ensino de competências parentais são estratégias eficazes aos três níveis de prevenção dos maus tratos. É essencial que o enfermeiro tenha uma conduta positiva no apoio que disponibiliza aos pais, baseada no potencial para cuidar e nos pontos fortes, promovendo o desenvolvimento e a saúde da criança. A parentalidade tem o duplo efeito de aumento e diminuição dos maus-tratos na criança, na perspetiva em que uma inadequada parentalidade engloba a maioria dos fatores de risco e uma parentalidade adequada, engloba fatores protetores (Lopes, 2012).

Durante o estágio na USF tive oportunidade de fazer algumas consultas de enfermagem. Avaliei o desenvolvimento, as medidas antropométricas e fiz educação para a saúde sobre vários temas de acordo com as necessidades da criança e família. A educação para a saúde constitui-se como uma oportunidade de aprendizagem. Desta forma, o estágio neste serviço foi um grande contributo para a consolidação das unidades de competências propostas.

3.5. Centro de Desenvolvimento e Reabilitação

Segundo Oliveira *et al.* (2012, p.1), “as perturbações do neuro desenvolvimento são das patologias crónicas mais frequentes da infância e com tendência a aumentar nas sociedades modernas”. Estas patologias têm por base anomalias neurológicas ou sensoriais de carácter permanente, a maioria é de origem genética e manifesta-se desde os primeiros anos de vida por atraso ou desvio nas aquisições do desenvolvimento e por alterações do comportamento (*ibid.*). Devido à sua complexidade, são vistas como situações de particular exigência, exigindo abordagens e terapias, que se configurem como respostas de enfermagem apropriadas às necessidades da criança e da família.

O Centro de Medicina e Reabilitação abrange diversas valências, incluindo o serviço de internamento de pediatria, este é composto por 16 camas e recebe crianças até aos 21 anos com deficiências motoras múltiplas. O período de internamento tem uma duração entre 45 e 70 dias, dependendo da patologia. Existe um ambiente físico humanizado, com espaços adaptados à criança e acolhedores. Nas paredes coloridas e preenchidas com figuras de crianças, todas diferentes, e frases aludindo à diferença, à diversidade.

A equipa de enfermagem é composta por 15 elementos, sendo 4 enfermeiros generalistas, 8 enfermeiros especialistas em reabilitação e 3 especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria. A equipa de enfermagem, articula-se com os profissionais de Educação Especial e Reabilitação, Terapia da Fala, Psicologia Educacional e Pediatria do Desenvolvimento. Por forma a orientar a sua prática clínica, é utilizado o modelo teórico de parceria de cuidados de Anne Casey e o modelo das atividades de vida diária de Roper, Logan e Tierney, bem como a filosofia de reabilitação.

Os cuidados de enfermagem baseiam-se na capacitação e reabilitação da criança e da família face às suas atividades diárias. Os treinos são delineados e executados de acordo com as limitações e necessidades de cada criança, incluindo três grupos de atividades: o autocuidado (higiene, alimentação e vestir-se), a mobilidade (as transferências e as mobilizações no leito, o deambular através dos diversos recursos,) e o controlo do ambiente (utilização de ferramentas que facilitem o dia-a-dia).

Segundo a OE (2010), devido às especificidades intrínsecas de uma criança com deficiência, é imposto aos enfermeiros um conjunto de cuidados holísticos de forma a poderem ajudar estas crianças e famílias a viverem da forma mais positiva possível com essa condição. O enfermeiro assume um papel importante de apoio às famílias para que adquiram uma postura proactiva perante a situação de doença/deficiência. Os enfermeiros trabalham em parceria com a família, compreendendo as suas limitações, esclarecendo dúvidas e dando oportunidade de participação em todas as etapas do processo do cuidado, logo desde o início (Inácio & Peixoto, 2017).

O objetivo dos enfermeiros é a reabilitação da criança e a preparação para o regresso a casa. Sendo um processo demorado, é essencial que a equipa seja capaz de promover o envolvimento e a participação da criança e da família durante o processo de reabilitação. O processo de preparação para a alta deve começar aquando da admissão (Marques, 2004). Assim sendo, as necessidades levantadas na admissão permitem uma intervenção e ensinamentos individualizados. Enquanto enfermeiros é nossa responsabilidade facilitar o regresso a casa e promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida do cliente de cuidados e respetiva família (OE, 2011b).

Os CCF são constantes na vida da criança e família e estão associados a melhoria da saúde e bem-estar, maior satisfação, melhor eficiência, acesso melhorado, melhor comunicação, melhor transição entre os serviços e resultados positivos (Kuhlthau, et al., 2011), pelo que deverá ser a abordagem adotada por todos os profissionais que cuidam destas crianças. As famílias são apoiadas para cuidarem e tomarem decisões na reconstrução das suas potencialidades únicas.

O diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento, na vida da criança e da sua família, influencia a dinâmica familiar, na forma de verem o seu filho e de se relacionarem com ele (Dias, Pimentel, & Baptista, 2008). Como tal, é fundamental o reforço positivo, uma vez

que, o foco dos pais é as limitações que a doença provoca à criança. O enfermeiro especialista deve promover o *empowerment* e a capacitação no desenvolvimento de mecanismos de *coping* e na aquisição de uma postura mais proactiva no que se refere a ultrapassar as barreiras da própria deficiência (Marques & Sá, 2004).

Podendo as perturbações do neurodesenvolvimento ser um fator de risco para os maus-tratos é importante, ao nível da intervenção primária, a intervenção precoce e o acompanhamento profissional destas crianças e família (DGS, 2011). Segundo o MSN a prevenção primária passa por fortalecer as linhas de defesa através da redução de fatores de risco e da prevenção do stress (Neuman, 2011).

Num contexto como este, onde os internamentos são longos e que normalmente se sucedem a eventos traumáticos, trabalhar a esperança é essencial. A esperança, é um “(...) fenómeno amplo e multidimensional, entendido como uma força de vida dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação da vida, emergindo das experiências partilhadas” (Charepe, 2014). A esperança enquanto sentimento está associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia (OE, 2011b) e por isso deve ser valorizada como essencial numa situação de *stress*, em que a incerteza de um diagnóstico ou do futuro predomina. Assim, é da responsabilidade do EEESIP tomar como foco a esperança e utilizar estratégias que a promovam (OE, 2010), como tal, foi elaborado o “Diário da Esperança” (Apêndice XIV). Este documento pretende ajudar a família, na gestão de emoções e capacitar os pais para adquirir competências que os ajudem a ultrapassar as vivências menos positivas.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica preconiza a realização de estágios, permitindo consolidar conhecimentos e desenvolver novos conhecimentos e competências, estabelecendo assim uma relação entre a matéria teórica com a prática na prestação de cuidados.

A base da formação em enfermagem é munir os profissionais de conhecimentos para desenvolverem competências, tais como, liderança, comunicação e tomada de decisão. Para Phaneuf (2005), competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas que permitem exercer um papel, função, tarefa ou atividade.

A garantia do cumprimento das competências, assegura que o enfermeiro seja dotado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que emprega na sua prática clínica e lhe permite identificar as necessidades de uma determinada população e atuar em todos os contextos e níveis de prevenção (OE, 2012).

A competência profissional ramifica-se em três subcategorias: a competência cognitiva (identificação das carências do cliente, análise e interpretação da informação obtida, planeamento das atividades e a sua respetiva fundamentação de acordo com as necessidades e apreciação dos resultados obtidos); a competência técnica (realizar os procedimentos segundo as normas vigentes, utilizando o material adequado e possuir destreza manual); a competência comunicacional (saber ouvir, comunicar eficazmente, efetuar ensinamentos de forma adequada e oportuna, registar a informação e o estabelecimento de uma relação de ajuda) (Alarcão & Rua, 2005).

O percurso de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências de EE e para uma prática de enfermagem avançada baseada na evidência, no sentido da excelência dos cuidados e do desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina. De acordo com isto, o processo de tomada de decisão e as minhas intervenções, tiveram por base os instrumentos reguladores da profissão, tais como: os Guias Orientados de Boas Práticas (relativos aos cuidados de enfermagem à criança), o Código Deontológico, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade. Desta forma, desenvolvi competências a diferentes níveis:

- Competências comuns de EE (Regulamento nº 122/2011);
- Competências específicas de EEESIP (Regulamento nº123/2011);
- Competências atribuídas àquele que possui o grau de mestre, deter conhecimentos e compreensão; aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções; comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios

subjacentes; desenvolver competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida (Decreto Lei n.º 115/2013).

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

As competências comuns do EE são iguais para todos independentemente da sua especialidade e estão relacionadas com a supervisão e gestão de cuidados, capacidade de conceção, formação e contributos na área da investigação e assessoria (OE, 2019a). Desenvolver competências comuns do EE depreende um conjunto de competências especializadas que resulta do aperfeiçoamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, que são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2015a).

A nível das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a) propus-me desenvolver as seguintes unidades de competência:

A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;

A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos;

A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente;

B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;

C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.

Com base no Código Deontológico, prestei cuidados em conformidade com a vontade e escolhas do cliente e com respeito pelos direitos humanos. É importante realçar, que foram cumpridos os direitos da criança dispostos na CDC e os Direitos da Criança Hospitalizada, manifestados na Carta da Criança Hospitalizada. De destacar, que durante os estágios, algumas crianças internadas não tinham acompanhante, neste sentido garanti a proteção das mesmas, através de uma conduta profissional guiada pelas normas, deveres e valores.

Ao longo dos estágios curriculares, foram explicados todos os cuidados de enfermagem prestados, esclarecidas as dúvidas que surgiram acerca dos mesmos e que foi respeitada a privacidade da criança e família durante o exercício das funções.

No domínio da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” considero que a tomada de decisão ética e deontológica foi alcançada. Esta competência assenta em: cuidar da criança independentemente da sua etnia, honrando as suas crenças e valores; promover o envolvimento dos pais durante a prestação de cuidados e nas decisões a tomar; garantir a

privacidade em todos os momentos que assim o exijam; refletir acerca da tomada de decisão e partilhar os resultados deste processo; adequar as respostas a cada situação apresentada; advertir as crianças e as famílias facultando-lhes toda a informação e preservar as suas preferências. Foi assegurada a proteção dos direitos humanos, através da confidencialidade, respeito pelo direito, dignidade, valores, costumes e crenças privilegiando os cuidados de qualidade.

Através da análise detalhada das competências incluídas no “Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade”, é imprescindível que o enfermeiro especialista adote uma atitude proativa e autocrítica da prática, de modo a rever as práticas da equipa e atualizá-las no sentido da procura da melhoria contínua. Neste sentido, o enfermeiro especialista promove a criação de projetos a nível institucional, participando na sua conceção e operacionalização no sentido da progressão da qualidade em saúde e da melhoria contínua. Neste domínio, destaco a temática dos maus-tratos, uma vez que, foram reconhecidas oportunidades e estratégias de melhoria, definidas prioridades em que a elaboração de documentos estimulou a melhoria dos cuidados prestados.

A competência relacionada com a “Gestão de cuidados”, foi alcançada através da capacidade de gestão e liderança adequadas a cada contexto almejando a qualidade de cuidados. A passagem por diferentes contextos de estágios, e por sua vez, por diferentes enfermeiros de referência, permitiu observar distintas formas de gestão de cuidados, adequadas a cada contexto e equipa, permitindo qualidade e segurança nos cuidados. A minha ação neste domínio prendeu-se com a liderança da equipa de enfermagem, respeitando os princípios da delegação; a procura pela atualização relativamente às políticas de saúde e normas da organização e a articulação com equipa médica e com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança.

A Pediatria é uma área vasta e o conhecimento está em constante atualização. Com a realização dos estágios foi possível por em prática os conhecimentos da formação teórica adquiridos em sala de aula; por outro lado, identifiquei lacunas de conhecimento existentes, específicas para cada área de prestação de cuidados, como tal foi necessário desenvolver pesquisa de evidência científica. O enfermeiro tem o dever de manter os seus conhecimentos e práticas atualizados, de modo a prestar cuidados especializados. A elaboração do projeto de estágio e a realização dos estágios em diferentes contextos permitiu adquirir competências relativas ao “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”.

Segundo Benner (2001), durante o processo de aquisição de competências é imprescindível refletir nas aprendizagens provenientes da prática clínica com os conhecimentos teóricos e o comportamento ético. As competências específicas resultam das respostas humanas aos problemas de saúde e processos de vida no âmbito de cada área de especialidade (OE, 2019a).

Competência E1 – “Assiste a criança/jovem e a família na maximização da sua

saúde” (OE, 2018). Este estágio revelou-se de grande importância, dado que, permitiu trabalhar com a família e perceber a sua importância, tanto na parceria do cuidado, bem como alvo de cuidados. Neste seguimento, foi estabelecida uma relação de ajuda com a família, incentivando a sua participação no processo de cuidar da criança. Constatamos que atitudes simples, tais como, revelar interesse pelas suas necessidades, pelos recursos familiares e emocionais e escutar as angústias dos pais, são vitais neste processo de parceria de cuidados. Com este estágio foi possível pôr em prática a parceria de cuidados, através da realização de ensinamentos aos pais, de modo a promover a autonomia dos cuidados e incentivo a manter as rotinas. Capacitamos os pais para os cuidados necessários à patologia da criança, de modo que no momento da alta estes se sintam com confiança para os cuidados prestados no domicílio. Deste modo, foi criado um ambiente terapêutico, permitindo à família e criança a manifestação dos seus medos e preocupações, foram incentivados a prestar os cuidados de higiene, alimentação, terapêutica e a brincar com o filho.

Competência E2 – “Cuida da criança/jovem e da família em situações de especial complexidade” (OE, 2018). Ao longo dos estágios houve momentos de grande complexidade. Na Neonatologia, a prestação de cuidados ao RN, permitiu desenvolver competências específicas (posicionamento, higiene, alimentação, contenção, punção venosa, administração de medicação, dor, toque, proteção da pele, sono), bem como reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e atuar de forma adequada. Desenvolvi a capacidade de planear os cuidados prestados ao RN com base nos cuidados centrados no desenvolvimento do RN e no programa NIDCAP. Deste modo agrupei e coordenei os cuidados com a restante equipa multidisciplinar de modo a evitar múltiplas manipulações, proporcionei um ambiente tranquilo através do controlo de luminosidade e do ruído, promovi medidas não farmacológicas no controlo da dor e fomentei os cuidados posturais através da contenção dos ninhos. Devido a exigência e sofisticação deste serviço foi necessário aprofundar conhecimentos sobre termos e técnicas específicas, tais como: ventilação mecânica invasiva e não invasiva, tratamento de *Cooling* ou hipotermia terapêutica, administração de terapêutica de óxido nítrico, entre outras.

No SUPed tive oportunidade de observar e de realizar triagens com a supervisão da enfermeira orientadora, reconhecendo a importância do enfermeiro neste primeiro contacto com a criança e a família e respondendo prontamente à necessidade de cuidados. Isto permitiu-me desenvolver a competência, prestar cuidados de enfermagem apropriados através da mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta em cada situação de triagem.

O controlo da dor, revelou-se transversal a todos os contextos, pude aplicar e aprender sobre métodos de alívio e distração, adequados à idade

Competência E3 – “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018). Desenvolver esta

competência foi fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que, é necessário adequá-los à etapa de desenvolvimento. A comunicação foi adaptada à família e à criança de acordo com a idade, respeitando o conceito de doença e gravidade percebido pela família e os stressores associados. Para estabelecer relações com os adolescentes, foi necessário estimular a expressão das emoções, garantir a sua privacidade e incluí-los na tomada de decisão, responsabilizando-os pelo seu processo de saúde/doença.

Considero ter desenvolvido e adquirido competências do EEESIP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ingressar neste curso, emergiu da necessidade de aprofundar conhecimentos já existentes e adquirir competências específicas na área da pediatria, e assim obter o título de EEESIP e o grau de mestre.

A elaboração do presente relatório de estágio pretendeu demonstrar o percurso de formação realizado e os desafios ultrapassados, bem como, o empenho, entusiasmo e criatividade para a realização do mesmo. Foi um caminho muito engrandecedor, através das experiências vividas, que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional. O percurso formativo, contribuiu para o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão baseada numa prática de enfermagem avançada. Constatei que, apesar de os contextos de estágio serem distintos, os enfermeiros têm a mesma filosofia de cuidados, com a premissa da promoção do desenvolvimento infantil.

Dado tratar-se de uma problemática marcante e vulnerável, optar pelo MSBN para orientar a prática, permitiu encarar a criança e a família como um sistema, cujo processo saúde-doença está em interação com o meio ambiente e é afetado por múltiplos stressores. Este modelo é coerente com a filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica e apresenta uma visão holística, através da interação com o meio ambiente, orientado para o equilíbrio do sistema e tendo por base a prevenção como intervenção de enfermagem. Como tal, foi necessário recorrer a técnicas como o brincar terapêutico, a comunicação, a promoção de ambientes saudáveis e o estabelecimento de relações terapêuticas.

O fato de realizar estágio em diferentes contextos clínicos, permitiu conciliar a experiência profissional, enquanto enfermeira generalista, com os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste percurso; e permitiu conhecer novas dinâmicas, diferentes formas de trabalho, de organização e gestão de cuidados. Posto isto, considero que os objetivos definidos, adaptados a cada contexto, foram alcançados.

O tema escolhido foi transversal a todos os contextos de estágio, e é de extrema importância, tratando-se de um problema de saúde pública. Assim sendo, as entidades de saúde, principalmente os enfermeiros, assumem um lugar de destaque na deteção precoce (sinais de alerta), na prevenção primária (através da promoção das competências parentais, prevenção de acidentes, ensinamentos sobre as etapas de desenvolvimento e crescimento, entre outros) e na intervenção de situações de maus-tratos, com o propósito de diminuir o risco de ocorrência de maus-tratos e assim obter ganhos na saúde.

Ao longo deste percurso, foi possível sensibilizar e capacitar os enfermeiros para a deteção precoce de situações de riscos, nos diferentes contextos, seja no âmbito hospitalar ou nos cuidados de saúde primários, bem como a sua correta sinalização. Neste sentido, considero que contribuí para a responsabilidade e definição do papel do enfermeiro, bem como, para consolidação de conhecimentos nesta área.

O presente projeto retrata uma jornada longa e desafiante, onde foi possível melhorar a qualidade dos cuidados e perspetivar mudanças na prática de cuidados. Apesar de ser uma temática conhecida e debatida, ainda há um longo caminho a percorrer na prevenção dos maus-tratos. É necessário continuar a desenvolver e implementar intervenções e estratégias nesta área.

No meu contexto de trabalho, vou continuar a desenvolver a minha atividade, intervindo agora de forma especializada. Enquanto elemento EEESIP e Mestre em Enfermagem, pretendo contribuir para a formação contínua em serviço e ser um elemento dinamizador das boas práticas em enfermagem. Os conhecimentos e competências desenvolvidos serão mobilizados diariamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família.

Em suma, é evidente o crescimento pessoal e profissional, que permitiu desenvolver e consolidar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as Competências de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*, 6, 53-59.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16 (4), 230-244. Acedido a: 14/12/2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336916301118>
- American Academy of pediatrics. (2012). Patient and family centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 129(2), 394-404. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394.long>.
- Andrade, C.S.M., Maracajá, P.B., Melo, W.F., Andrade, E.M., Oliveira, T.L.L., Ribeiro, S.R.S. ..., & Silva, E.M.L. (2016). Atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência em pediatria. *INTESA – Informativo Técnico do Seminário*, 10(1), 18-27. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/4536/3895>.
- Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2018). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: guia para profissionais*. 2ªed. Coimbra: ANIP. Disponível em: <https://www.anip.pt/wp-content/uploads/2019/07/Guia-manual.pdf>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV. Disponível em: https://www.apav.pt/pdf/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf
- Barros, L. (2001). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2.ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, I. (2015). Transição para a Parentalidade em contexto De Neonatologia: apoio educacional e emocional como intervenção terapêutica de enfermagem. Tese de Mestrado e enfermagem de Saúde Infantil. Escola Superior de Lisboa.

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cabete, D. (2011) Autonomy and Empowerment of Hospitalised Older People: A Portuguese Case Study. *Doctoral thesis*, Northumbria University.
- Carvalho, B. (2018). *Papel do Enfermeiro nos Maus Tratos / Negligência das Crianças- Preocupação Contínua (Tese de Mestrado em Enfermagem)*. Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a Esperança em Pais de Crianças com Doença Crónica - Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ). (2020). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ - 2019*. Lisboa: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.
- Dias, S., Pimentel, J.S., Baptista, M. (2008). Impacto e importância do diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento na vida da criança e da sua família. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 73-80.
- Direcção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9. DGS/DGCG 14 de Junho de 2003. Disponível em:
https://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde*. 1-79. DGS. Disponível em:
https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaosaude-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Disponível em:
https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. 1-61. DGS. Disponível em:
https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx

- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa nacional: saúde infantil e juvenil. 1-117. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Saúde infantil e juvenil- portugal*. 1-81. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1007690-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAAAAABAARYSzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida*. 1-84. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-de-acao-para-a-prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude-pdf.aspx>
- Estrela, E., Soares, M.A., & Leitão, M.J. (2013). *Saber escrever uma tese e outros textos* (9.^a ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Lisboa, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Forsythe, P., Maher, R., Kirchick, C., & Bieda, A. (2007). Safe discharge for infants with high-risk home environment. (N. A. Nurses, Ed.) *Advances in Neonatal Care* , 7, pp. 69-75.
- Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A.M. Tomey, & M.R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Freese, B.T., & Lawson, T.G. (2011). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M.R. Alligood, & A.M. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7.^a ed.). Barcelona: Elsevier.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Gaíva, M.A.M., Monteschio, C.A.C., Moreira, M.D.S., & Salge, A.K.M. (2017). *Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00009.pdf>

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

Hockenberry & Barrera (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Ed). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).

Honor, G., Davis, C., Sherfield, J., & Wilkinson, K. (2019) Trauma-informed Care: Essential Elements for Pediatric Health Care. *Journal of Pediatric Healthcare*, 33(2), 214 – 221.

<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.09.009>

International Association for the Study of Pain. Working together for pain relief. [Internet]. USA: International Association for the Study of Pain; 1979 [atualizado em 2020]. Disponível em:

<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

Inácio, A.L.R., & Peixoto, A.P.G.L. (2017). A assistência de enfermagem e o cuidado familiar às crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 15(53), 87-94.

Johnson, B.H., & Abraham, M.R. (2012). *Partnering with patients, residents, and families: A resource for leaders of hospitals, ambulatory care settings, and long-term care communities*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.

Jefferies, A.L. (2014). Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*, 19(1), 31-36. Acedido a 09.02.2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1093/pch/19.1.31>.

Kuhlthau, K. A., Bloom, S., Cleave, V. C., Knapp, A. A., Romm, D., Klatka, K., et al. (March-April de 2011). Evidence for Family-Centered Care for Children with Special Health Care Needs: a Systematic Review. *Academic Pediatrics*, pp. 136-143.

Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232. **ELI**:

<https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>

Lei n.º 147/99 (1999). Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I série A (N.º 204, 1 de Setembro de 1999), 6115-6132.

ELI:

<https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>

Lopes, M. (2012). *Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Disponível no Repositório Instituto de Ciências da saúde: Universidade Católica Portuguesa.

Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais* (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Magalhães, T. (2010). *Abuso de crianças e jovens: Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel.

Magalhães, F.J., Lima, F.E.T., Verganista, I.F., Barbieri, M.C., Oliveira, N., Felipe, G.F. ..., & Ximenes, L.B. (2016). Sistema de triagem numa unidade de urgência pediátrica portuguesa: Experiência em mobilidade-acadêmica internacional Brasil-Portugal, *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais, 5.º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, 534-543. Disponível em:

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/998/974>.

Mano, M.J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de Enfermagem Referência*, 8(5), 53-61.

Marques, S. M. N., & Sá, M. G. S. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência*, 11, 33-41.

McCance, T. (2005). A concept analysis of caring. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.). *The essential concepts of nursing* (33-49). Edinburgh: Elsevier.

McElfresh, P. e Merck, T. (2014) Cuidados Centrados na Família em situações de Doença Crónica ou Incapacidade in Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014).

Menezes, B., & Prazeres, V. (2011). *Maus-tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.

Ministério da Saúde. (2008a). Despacho n.º 31292/2008. Ação de saúde para crianças e jovens em risco. Portugal. *Diário da República*, 2.ª serie (n.º 236 de 5 de dezembro), 49207-49231. Disponível em:

<https://dre.pt/application/conteudo/975648>

Ministério da Saúde. (2008b). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República*. 1ª série (n.º 38 de 22 de fevereiro), 1182-1189. Disponível em:

<https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Ministério da Saúde. (2019). Despacho n.º 9494/2019. Programa nacional de prevenção da violência no ciclo de vida. Portugal. *Diário da República*, 2.ª série (n.º 202 de 21 de outubro de 2019), 142-143. Disponível em:

<https://dre.pt/application/conteudo/125517180>

Monteiro, A.T.A., Ferrari, R.A.P., Tacla, M.T.G.M., Souza, A.L.D.M. (2017). Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 17(1), 7-13.

Neves, M. M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134.

Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed.). (pp. 1-34). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education. Nightingale, F. (2005). Notas sobre Enfermagem. Trad. Carla Ferraz e Germano Couto. Loures : Lusociência.

Niehues, M. R. & Costa, M. O. (2012). *Concepções de Infância ao Longo da História*. *Rev. Técnico Científica (IFSC)*, 3(1).

Oliveira, G., Duque, F., Duarte, C., Melo, F., Teles, L., Brito, M., Vale, M. C., Guimarães, M. J., & Gouveia, R. (2012). Pediatria do neurodesenvolvimento. Levantamento nacional de recursos e necessidades. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (1), 1-7.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: Condições para o funcionamento das maternidades*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Serie I, número 3. *Guia Orientador de Boa Prática*, 1 . Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Guia orientador de boa prática: promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica. Anexo 1 – Guia de Apoio aos Pais – Caminhando na Esperança. Em Ordem dos Enfermeiros, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III (pp. 31 - 52). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo

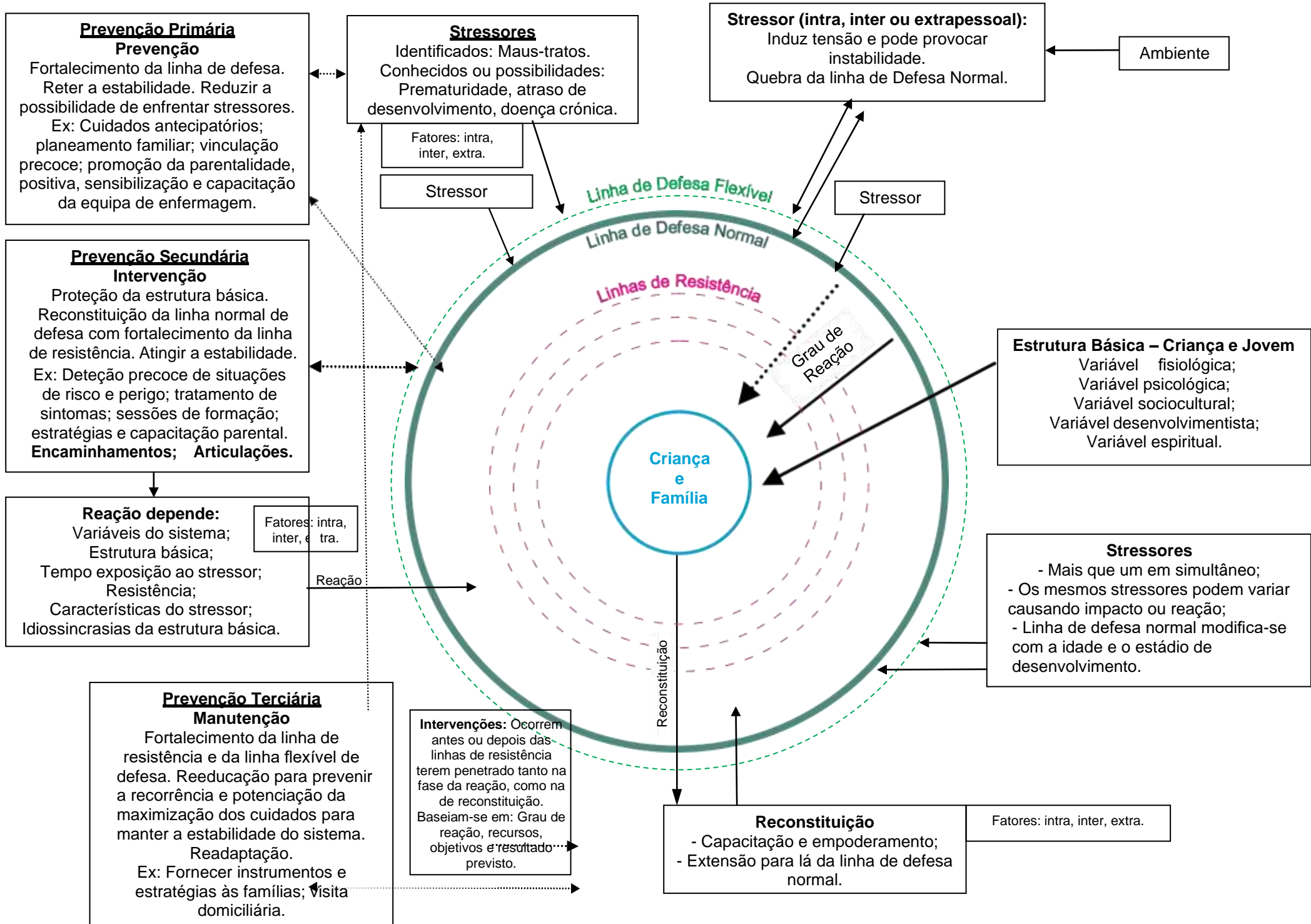
- Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). In *Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (pp. 11-22). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Caderno OE, série I, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2015b). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série I, (8). Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE®- Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA D ENFERMAGEM. Loures: Lusodidacta. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª serie (Nº26 de 6-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Abril- Mês da prevenção dos maus-tratos infantis*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/abril-m%C3%AAs-da-preven%C3%A7%C3%A3o-dos-maus-tratos-infantis/>
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem de Referência*. 5 (11), 121-132.
- Peralva, T.R., Araújo, A.K.C., Bezerra, C.S., Souza, D.O., Rafael, L.C., & Melo, R.A. (2016). Domestic violence in the perception of emergency service nurses. *Portuguese ReonFacema*, 2(3), 221-228.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010) Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento em pediatria. *Pensar Enfermagem*. (14)1, 24-36

- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., Fernandes, O. (2011). *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. *Nursing*. 12(14), 1-7.
- Prazeres, V. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS.
- Pollara, M. H. (2010). Developmental Transitions. In A. I. Meleis (coord). *Transitions Theory – Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Research Practice* (pp. 87-104). New York: Springer Publishing Company
- Rodrigues, S. P. F. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, E., & Lobo-Fernandes, M.J. (2014). Maus-tratos a crianças e jovens. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. (pp. 423-432). Lisboa: Lidel.
- Rosa, E. (2009). *A aprendizagem ao longo da vida e a Educação Parental como fator de Empowerment e estratégia de luta contra a exclusão social*. (Tese de Mestrado). Disponível no Repositório UL.
- Saraiva, R., Rosas, A., Valente, G., & Viana, L. (2012). Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. *Ciência y Enfermería*, XVIII (1): 17-27. Disponível em:
https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_03.pdf
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31.
- Saltmarsh. T., & Wilson, D. (2017). Dancing around families: Neonatal nurses and their role in child protection. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2244-2255. Disponível em:
<https://doi.org/10.1111/jocn.13645>.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Sottomayor, M. C. (2014). *Temas de Direito das Crianças*. Ed. Almedina.
- Sousa, M. L.; Sartor (V. V. B.); Padilha, M. I. C. S.; & Prado, M. L. (2005). O Cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 14(2). 266-270.

- Souza, A.C.D., Silva, F.S., Espindola, J.S., Moreira, N.L., & Draganov, P.B. (2018). Atuação do enfermeiro nas estratégias para resolução de conflitos. *Revista de Administração em Saúde*, 18(73).
- Schön, D. A. (2000) Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed.
- Teeuw, A. H., Derky, B.H.F., Koster, W.A. & Van Rijn, R.R. (2012). Educational paper. Detection of child abuse and neglected at the emergency room. *Eur J Pediatr*, 17, 877-885.
DOI: 10.1007/s00431-011-1551-1
- The United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Nova Iorque: UNICEF
- Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista Enfermagem*. 18(3), 235-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Vilelas, J. & Diogo, P. (2014). O trabalho emocional na praxis de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 35 (3), 145-149.
- World Health Organization. (2006). World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1

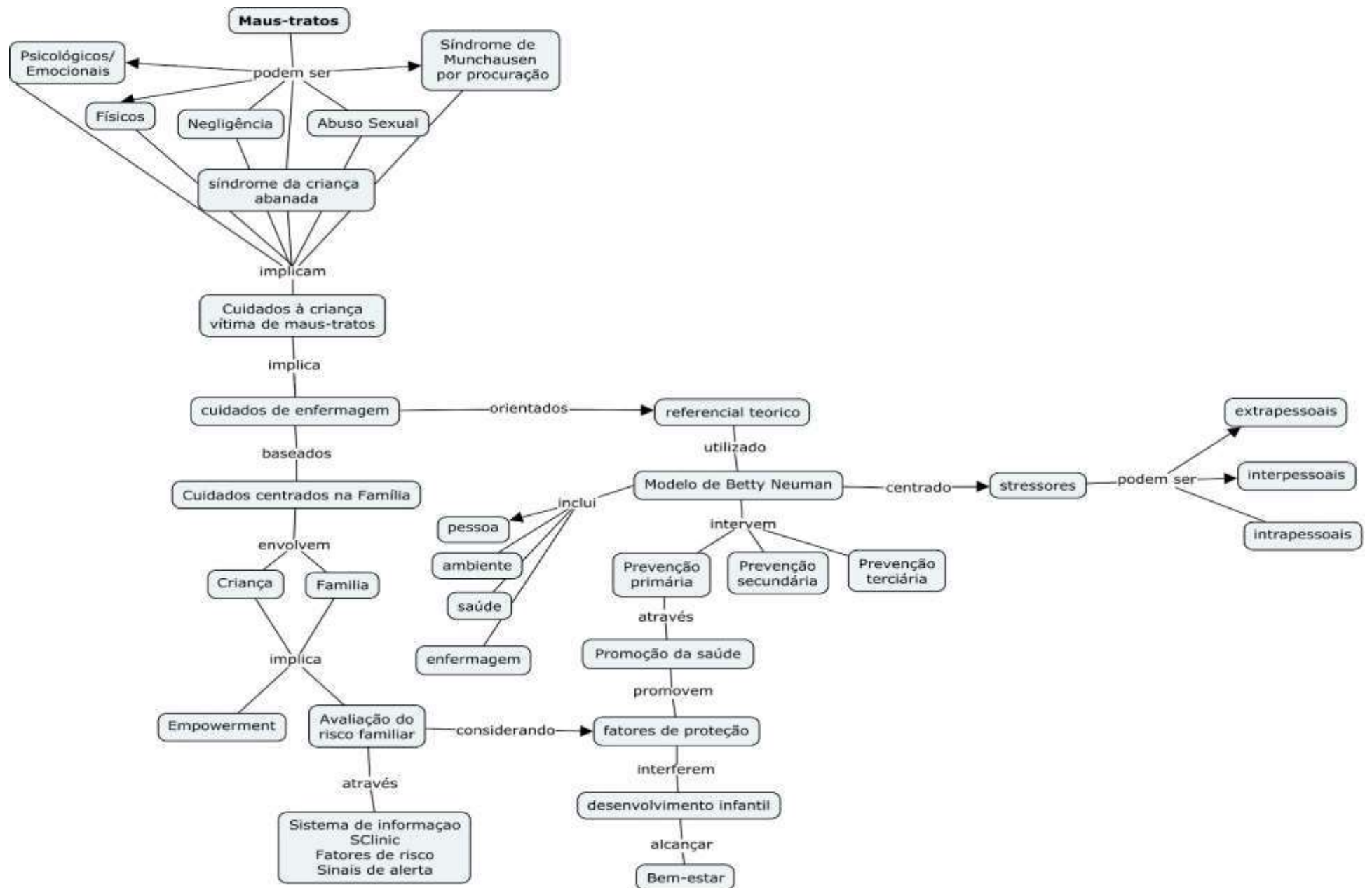
APÊNDICES

Apêndice I – Modelo de sistemas de *Betty Neuman* adaptado à problemática dos maus-tratos à criança, jovem e família com base em Freese (2004)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A.M. Tomey, & M.R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed.). (pp. 335-374). Loures: Lusociência.



Capacitação dos enfermeiros para o cuidado à criança vítima de maus-tratos – Um protocolo de revisão *scoping*

Ana Margarida Silva¹

Objetivo

Mapear e sintetizar a evidência científica existente relacionada com a capacitação dos enfermeiros no cuidado às crianças vítimas de maus-tratos.

Questão

O presente protocolo de revisão *scoping* pretende dar resposta à questão: “Quais as intervenções promotoras de competências na identificação da criança vítima de maus-tratos” incluindo os elementos da mnemónica PCC (População, Contexto e Conceito).

Palavras chave: Enfermeiro; Capacitação; Maus-tratos; Pediatria.

Background

Os maus-tratos são considerados grandes problemáticas para o desenvolvimento das crianças com repercussões ao longo da vida. Têm profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança com repercussões ao longo da vida. A duração destes e a intensidade dos efeitos provocados pelos mesmos, obrigam a um forte investimento, por parte dos serviços de saúde.

Os maus-tratos podem ser definidos como, qualquer ação ou omissão não accidental perpetuada pelos pais, cuidadores ou outros indivíduos que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. É possível destacar cinco formas de maus-tratos infantis mais predominantes: negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen por procuração (Direção Geral Saúde [DGS], 2011, p.7).

A violência é um problema de saúde pública, por isso foi necessário o surgimento de várias medidas, normas e leis para conseguir combater e diminuir estes

¹ Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança; Enfermeira na Urgência de Pediatria do HSM.

acontecimentos. Segundo o governo português existem maneiras de prevenir a violência, sendo que estas passam pela promoção da literacia, com campanhas e intervenções que contribuam para a mudança de comportamentos da sociedade e para a progressiva intolerância social face ao fenómeno (Ministério da Saúde, 2019).

Em 2011, a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco criou um Guia de orientações técnicas, “Maus Tratos em Crianças e Jovens- Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção”, para uniformizar as intervenções para todos os profissionais de saúde que lidem com casos de maus-tratos. Serve como instrumento de trabalho para a promoção da saúde das crianças.

Segundo o artigo 19.º da Convenção dos Direitos da Criança, é obrigatório protegerem-se todas as crianças contra qualquer forma de maus-tratos e, simultaneamente, de se instituírem programas de prevenção e tratamento das vítimas (The United Nations Children’s Fund [UNICEF], 1989

Dada a temática, é relevante definir o conceito criança, uma vez que, se considera todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos (UNICEF, 1989).e “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, dependente dos cuidados da família” (Ordem Enfermeiros [OE], 2011).

Os profissionais de saúde, no exercício das suas funções, contactam diretamente e de forma regular com crianças e devem ser entendidos como entidades privilegiadas na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011); são considerados as entidades de primeira linha, com legitimidade legal e deontológica para agir no sentido de garantir a proteção e a promoção dos direitos da criança.

Segundo DGS (2011), o enfermeiro deve agir tendo em mente a proteção máxima da criança e a promoção da sua saúde, assim deve intervir na fase de risco, de forma a prevenir a existência de perigo e evitar a recorrência. É fundamental ter em consideração que qualquer criança que apresente sinais ou sintomas poderá ser uma possível vítima.

Segundo Magalhães (2005), é a desinformação profissional que impede que se detetem e tratem os casos de maus-tratos de forma atempada e correta, pelo que é necessário potenciar os meios e as estratégias adequadas para intervir precocemente.

Nunca é demais refletir sobre esta temática e perceber qual o papel do enfermeiro e como podemos intervir o mais precoce possível de modo a minimizar as consequências desta situação para a criança e família.

É ainda de referir que após a pesquisa nas diferentes bases de dados foi possível comprovar a inexistência de protocolos de *scoping reviews* acerca do tema abordado.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

População

Esta revisão *scoping* considerará todos os estudos que abordem a capacitação dos enfermeiros no cuidado à criança vítima de maus-tratos.

Conceitos

Todos os estudos que incluam a capacitação do enfermeiro e a criança vítima de maus-tratos.

Contexto

Todos os estudos que incluam estudos inseridos em serviços de pediatria.

Tipos de estudo

Todos os estudos que incluam estudos (primários e secundários) quantitativos e qualitativos e mistos.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Foi utilizada a metodologia preconizada pelo Joanna Briggs Institute, o que inclui 3 etapas. A pesquisa inclui estudos publicados entre 2015 e 2020, em língua portuguesa, espanhola, francesa e inglesa. A primeira etapa prendeu-se pela pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, [JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports](#) e na ferramenta *Google Scholar*, com os termos contidos no título da temática sugerida. Isto permitiu identificar as palavras-chave e os termos de indexação a utilizar na pesquisa. A segunda etapa baseou-se numa nova pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, utilizando os termos indexados (MeSH e CINAHL Headings) e algumas palavras-chave

utilizadas em linguagem natural. A pesquisa foi realizada de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) e consta no Apêndice I – Pesquisa nas bases de dados. A última etapa da pesquisa baseia-se na verificação da bibliografia dos artigos encontrados de modo a poder selecionar artigos/estudos adicionais.

EXTRAÇÃO DE DADOS

Tendo por base o guia de elaboração de uma revisão *scoping* do *Joanna Briggs Institute*. Para a realização da extração de dados, de forma organizada, de fácil acesso e perceção, foi elaborada uma tabela (Tabela 1 – Extração de dados). Esta tabela inclui o título do artigo e respetivos autores; tipos de estudo; objetivos do estudo; a população; o conceito e o contexto. Estará estruturada por ordem alfabética do título do artigo.

Título do Artigo	Autores	Tipos de Estudo	Objetivo do Estudo	População	Conceito	Contexto

Tabela 1: Extração de dados

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados da revisão *scoping* será exposta sob a forma de diagrama e através de uma narrativa descritiva. A classificação dos estudos por ano ou período de publicação, país de origem e o método de investigação, serão apresentadas através de um gráfico para cada um dos resultados, com uma descrição e discussão narrativa (JBI, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV. Disponível em: https://www.apav.pt/pdf/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*.1-61. DGS. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais* (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ministério da Saúde. (2019). Despacho n.º 9494/2019. Programa nacional de prevenção da violência no ciclo de vida. Portugal. *Diário da República*, 2.ª série (nº202 de 21 de outubro de 2019),142-143. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/125517180>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- The United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Nova Iorque: UNICEF

Tabela I – Pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL

Base de Dados	PCC	Palavras-Chave	Termos de Pesquisa	Resultados	Número de Pesquisa	
CINAHL	P Enfermeiros	Nurse	Nurse	116,927	S1	
			Nurs*	189,098	S2	
	C Capacitação	Empowerment	Empowerment	7,493	S4	
			Training	Train*	114,744	S5
		Education		195,826	56	
		Criança vítima de maus-tratos	Child abuse	Child Abuse	7,007	S8
	Violence And Child			5,218	S9	
	Mistreatment			510	S10	
	C Pediátrico	Pediatric	Pediatric	76,584	S13	
			Pediatric Units	510	S14	
		Emergency	Emergency Service	22,127	S15	
				S1 OR S2	189,098	S3
				S4 OR S5 OR S6	277,075	S7
				S8 OR S9 OR S10	11,289	S11
				S7 AND S11	1,900	S12
				S13 OR S14 OR S15	96,092	S16
				S3 AND S7 AND S16	62	S17

Tabela II – Pesquisa nas bases de dados eletrônicas MedLine

Base de Dados	PCC	Palavras-Chave	Termos de Pesquisa	Resultados	Número de Pesquisa	
MedLine	P Enfermeiros	Nurse	Nurse	80,333	S1	
			Nurs*	209,612	S2	
	C Capacitação	Empowerment	Empowerment	6,310	S4	
			Training	Train*	253,471	S5
	Criança vítima de maus-tratos	Child abuse		Education	466,199	S6
			Child Abuse	7,760	S8	
			Violence And Child	5,346	S9	
	C Pediátrico	Pediatric	Mistreatment	793	S10	
			Pediatric	333,519	S13	
			Pediatric Units	1,317	S14	
			Emergency	25,664	S15	
				S1 OR S2	209,612	S3
				S4 OR S5 OR S6	652,637	S7
				S8 OR S9 OR S10	12,273	S11
				S7 AND S11	2,446	S12
				S13 OR S14 OR S15	355,382	S16
				S3 AND S7 AND S16	92	S17

Local de estágio: Serviço de Internamento

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, em processo de saúde e doença, em todas as etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
Identificar a visão, missão e valores do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora para identificar a temática com necessidade de intervenção; • Consultar normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; • Conhecer a constituição da equipa multidisciplinar. 	<p>E1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>
Colaborar no cuidado à criança e família no internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Observar atividades de enfermagem e os métodos de trabalho; • Conhecer características da população-alvo da instituição; • Colaborar na prestação de cuidados em parceria, no acolhimento ao serviço, nos cuidados diários prestados e no momento da alta. 	
Prestar cuidados à criança em situação de doença aguda/crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar estratégias promotoras de esperança e bem-estar, bem como de <i>empowerment</i> dos pais através de estratégias de adaptação e <i>coping</i>; • Utilizar o brincar terapêutico como técnica de comunicação; • Promover o envolvimento dos pais a nível dos cuidados; • Colaborar na prestação de cuidados em parceria à criança e família em situação de internamento protetor; • Realizar uma reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional. 	<p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

Local de estágio: Serviço de Internamento

2. Desenvolver competências do EESIP para o cuidado à criança e família vítima de maus-tratos.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<p>Compreender o papel do enfermeiro perante crianças em risco/vítima/suspeita de maus-tratos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a equipa perante uma situação de maus-tratos; • Identificar situações potenciais de risco de maus-tratos; • Sensibilizar os colegas para a deteção e atuação precoce face aos maus-tratos; • Identificar tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças e famílias em situação de maus-tratos; • Entrevistar os enfermeiros para conhecer a sua sensibilidade em relação aos maus-tratos infantis; • Realizar um levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros na deteção, identificação e encaminhamento de crianças em risco/suspeitas ou vítimas de maus-tratos; • Realizar, se oportuno, uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus-tratos; • Participar, se possível, numa reunião do NACJR. 	<p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;</p> <p>E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

Local de estágio: Serviço de Neonatologia

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, em processo de saúde e doença, em todas as etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
Identificar a visão, missão e valores do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora para identificar a temática com necessidade de intervenção; • Consultar normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; • Conhecer a constituição da equipa multidisciplinar. 	<p>E1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>
Colaborar no cuidado à criança e família no internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Observar atividades de enfermagem e os métodos de trabalho; • Conhecer características da população-alvo da instituição; • Conhecer a articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde. 	
Desenvolver competências para a promoção e avaliação do desenvolvimento da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar estratégias promotoras de esperança e bem-estar, bem como de <i>empowerment</i> dos pais através de estratégias de adaptação e <i>coping</i>; • Planificar cuidados a prestar ao RN e família no âmbito da intervenção especializada de enfermagem; • Aplicar determinados instrumentos de avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil e juvenil; • Pesquisar bibliografia no âmbito das principais patologias e singularidades do crescimento e do desenvolvimento do recém-nascido (RN); • Realizar uma reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional. 	<p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;</p> <p>E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

Local de estágio: Serviço de Neonatologia

2. Desenvolver competências do EESIP para o cuidado à criança e família vítima de maus-tratos.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
Compreender o papel do enfermeiro perante crianças em risco/vítima/suspeita de maus-tratos	<ul style="list-style-type: none">• Estudar a evidência científica sobre os maus-tratos a nível da UCIN;• Observar a equipa perante uma situação de maus-tratos;• Identificar situações potenciais de risco de maus-tratos;• Sensibilizar os colegas para a deteção e atuação precoce face aos maus-tratos;• Identificar tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças e famílias em situação de maus-tratos;• Entrevistar os enfermeiros para conhecer a sua sensibilidade em relação aos maus-tratos infantis;• Realizar, se oportuno, uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus-tratos;• Participar, se possível, numa reunião do NACJR.	E1.2. Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. (OE, 2018)

Local de estágio: Serviço de Urgência

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, em processo de saúde e doença, em todas as etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<p>Cuidar da criança e família em situação de urgência ou emergência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer características da população-alvo da instituição; • Colaborar na prestação de cuidados em parceria, no acolhimento ao serviço, nos cuidados diários prestados e no momento da alta. 	<p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;</p> <p>E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>
<p>Cuidar da criança em situação de doença aguda ou agudização da doença crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar estratégias promotoras de esperança e bem-estar, bem como de <i>empowerment</i> dos pais através de estratégias de adaptação e <i>coping</i>; • Utilizar o brincar terapêutico como técnica de comunicação; • Identificar os principais <i>stressores</i>; • Promover o envolvimento dos pais a nível dos cuidados; • Colaborar na prestação de cuidados em parceria à criança e família em situação de internamento protetor; • Promover a esperança, a parentalidade, a vinculação e o desenvolvimento infantil; • Analisar as práticas da equipa de enfermagem sobre o apoio à criança e família em estado crítico na sala de reanimação. 	<p>E1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;</p> <p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

Local de estágio: Serviço de Urgência

2. Desenvolver competências do EESIP para o cuidado à criança e família vítima de maus-tratos.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<p>Compreender o papel do enfermeiro perante crianças em risco/vítima/suspeita de maus-tratos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar, se possível, numa reunião do NACJR; • Observar a equipa perante uma situação de maus-tratos; • Identificar situações potenciais de risco de maus-tratos; • Sensibilizar os colegas para a deteção e atuação precoce face aos maus-tratos; • Identificar tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças e famílias em situação de maus-tratos; • Entrevistar os enfermeiros para conhecer a sua sensibilidade em relação aos maus-tratos infantis; • Realizar um levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros na deteção, identificação e encaminhamento de crianças em risco/suspeitas ou vítimas de maus-tratos; • Realizar uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus-tratos; • Elaborar uma norma (interna) orientadora de atuação perante a criança em risco/suspeita/vítima de maus-tratos; • Compreender as intervenções desenvolvidas na sinalização e encaminhamento de crianças vítimas de maus-tratos. 	<p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

Local de estágio: Unidade Saúde Familiar

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, em processo de saúde e doença, em todas as etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
Identificar a visão, missão e valores do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora para conhecer a constituição da equipa multidisciplinar, as atividades que desenvolvem e os projetos em curso; • Consulta de normas, protocolos de atuação e de projetos; • Identificação do método de trabalho utilizado pelos enfermeiros; • Conhecer características da população-alvo da instituição; • Conhecer a articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde; • Identificação das necessidades de formação e de educação para a saúde. 	<p>E1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>
Prestar cuidados de enfermagem à criança e família a nível dos cuidados de saúde primários	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e participar nos cuidados de enfermagem à criança e família; • Realizar consultas de enfermagem à criança em diferentes estadios de desenvolvimento, respeitando os princípios, valores e normas deontológicas; • Comunicar com a criança de acordo com o seu desenvolvimento e família respeitando a sua cultura; • Utilizar o brincar terapêutico como técnica de comunicação; • Observar e participar nos cuidados de enfermagem dando cumprimento ao PNSIJ e ao PNV; • Aplicar instrumentos próprios de avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil e juvenil; • Realizar uma reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional; • Estudar documentos relacionados com a saúde infantil como PNSIP e orientações para implementação do PNV. 	<p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;</p> <p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

Local de estágio: Unidade Saúde Familiar

2. Desenvolver competências do EESIP para o cuidado à criança e família vítima de maus-tratos.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
Compreender a intervenção do enfermeiro à criança e família em situação de risco/vítima/suspeita de maus-tratos	<ul style="list-style-type: none">• Observar enfermeira especialista perante a criança e família em situação risco/vítima/suspeita de maus-tratos;• Identificar tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças e famílias em situação de maus-tratos;• Realizar, se oportuno, uma sessão de formação adequada às necessidades dos enfermeiros sobre crianças e famílias em risco/vítimas/suspeitas de maus-tratos;• Identificar situações potenciais de risco de maus-tratos;• Participar, se possível, numa reunião do NACJR.	E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.4. Providência cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

Local de estágio: Centro de Desenvolvimento e Reabilitação

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, em processo de saúde e doença, em todas as etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<p>Identificar a visão, missão e valores do serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com a enfermeira chefe/enfermeira especialista orientadora para conhecer a constituição da equipa multidisciplinar, as atividades que desenvolvem e os projetos em curso; • Identificar as necessidades de formação e de educação para a saúde; • Consultar normas, protocolos de atuação e de projetos; • Identificar o método de trabalho utilizado pelos enfermeiros; • Conhecer características da população-alvo da instituição; • Conhecer a articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde; • Identificar os modelos e estratégias utilizadas no serviço para a promoção do desenvolvimento. 	<p>E1.1. Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. (OE, 2018)</p>
<p>Prestar cuidados de enfermagem à criança e família a nível da consulta/centro de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e participar nos cuidados de enfermagem à criança e família; • Pesquisar bibliografia sobre o desenvolvimento e promoção do mesmo em crianças com atraso do desenvolvimento ou alterações psicomotoras; • Realizar consultas de enfermagem à criança em diferentes estádios de desenvolvimento, respeitando os princípios, valores e normas deontológicas; • Comunicar com a criança de acordo com o seu desenvolvimento e família respeitando a sua cultura; • Utilizar o brincar terapêutico como técnica de comunicação; • Aplicar instrumentos próprios de avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil e juvenil; • Realizar uma reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional. 	<p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família a doença crónica, doença oncológica, deficiência e incapacidade; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. (OE, 2018)</p>

Local de estágio: Centro de Desenvolvimento e Reabilitação

2. Desenvolver competências do EESIP para o cuidado à criança e família vítima de maus-tratos.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
Compreender a intervenção do enfermeiro à criança e família em situação de risco/vítima/suspeita de maus-tratos	<ul style="list-style-type: none">• Observação da atuação da enfermeira especialista perante a criança e família em situação risco/vítima/suspeita de maus-tratos;• Identificação de tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças e famílias em situação de maus-tratos;• Realização, se oportuno, de uma sessão de formação adequada às necessidades dos enfermeiros sobre crianças e famílias em risco/vítimas/suspeitas de maus-tratos;• Identificação situações potenciais de risco de maus-tratos;• Participação, se possível, numa reunião do NACJR.	E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. <p style="text-align: right;">(OE, 2018)</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o tema que motiva a entrevista; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo.
Objetivos Específicos	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do Internamento de Pediatria, assim como os processos de trabalho; 2. Desenvolver competências profissionais inerentes ao EEESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família; 3. Compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus-tratos infantis no Internamento de Pediatria; 4. Contribuir para a capacitação dos enfermeiros na deteção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus-tratos. 	
Questões	
Desenvolvimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona o Internamento de Pediatria? Quais as parcerias e protocolos? 2. Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm? 3. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 4. Como é constituída a equipa de enfermagem? 5. Qual a metodologia de trabalho? 6. Qual é o modelo teórico subjacente aos cuidados de enfermagem no Internamento de Pediatria? 7. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? 8. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados no Internamento de Pediatria? 9. Existe alguma norma/protocolo relacionada com as crianças em risco? 10. Como é que atuam perante uma situação de maus-tratos? Que recursos têm? 11. Dispõem de algum profissional de referência nesta área? 12. Como é que se articulam com o NACJR? 13. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus-tratos? 14. Considera pertinente uma formação neste âmbito?
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a disponibilidade para a realização da entrevista bem como toda a informação partilhada; • Reforçar a confidencialidade e anonimato das informações transmitidas.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o tema que motiva a entrevista; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo.
Desenvolvimento	Objetivos Específicos
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do serviço de neonatologia, assim como os processos de trabalho; 2. Desenvolver competências profissionais inerentes ao EEESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido /família; 3. Compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus-tratos infantis no serviço de neonatologia; Contribuir para a capacitação dos enfermeiros na deteção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus-tratos.
Desenvolvimento	Questões
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona o serviço? Quais as parcerias e protocolos? 2. Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm? 3. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 4. Como é constituída a equipa de enfermagem? 5. Qual a metodologia de trabalho? 6. Qual é o modelo teórico subjacente aos cuidados de enfermagem? 7. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? CIPE? 8. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados no serviço? 9. Existe alguma norma/protocolo relacionada com as crianças em risco? 10. Como é que atuam perante uma situação de maus-tratos? Que recursos têm? 11. Dispõem de algum profissional de referência nesta área? 12. Como é que se articulam com o NACJR? 13. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus-tratos? 14. Considera pertinente uma formação neste âmbito?
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a disponibilidade para a realização da entrevista bem como toda a informação partilhada; • Reforçar a confidencialidade e anonimato das informações transmitidas.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o tema que motiva a entrevista; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo.
Desenvolvimento	Objetivos Específicos
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da Unidade de Saúde Familiar (USF), assim como os processos de trabalho; 2. Desenvolver competências intrínsecas ao EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família; 3. Compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus-tratos infantis na USF; 4. Contribuir para a capacitação dos enfermeiros na deteção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus-tratos.
Desenvolvimento	Questões
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona a USF? Quais as parcerias e protocolos? 2. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 3. Como é constituída a equipa de enfermagem? 4. Qual a metodologia de trabalho? Em que consiste o enfermeiro de família? 5. Qual é o modelo teórico subjacente aos cuidados de enfermagem na USF? 6. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? CIPE? SAPE? 7. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados na USF? 8. Existe alguma norma relacionada com as crianças em risco? 9. Como é que atuam perante uma situação de maus-tratos? Que recursos têm? 10. Dispõem de algum profissional de referência nesta área? 11. Como articulam com o NACJR? 12. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus-tratos? 13. Considera pertinente uma formação neste âmbito?
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a disponibilidade para a realização da entrevista bem como toda a informação partilhada; • Reforçar a confidencialidade e anonimato das informações transmitidas.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o tema que motiva a entrevista; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo.
Desenvolvimento	Objetivos Específicos
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do Centro de Neurodesenvolvimento (CN), assim como os processos de trabalho; 2. Desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família; 3. Aprofundar conhecimentos sobre as perturbações do neurodesenvolvimento.
	Questões
Desenvolvimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona o serviço? Quais as parcerias e protocolos? 2. Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm? 3. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 4. Como é constituída a equipa de enfermagem? 5. Qual a metodologia de trabalho? 6. Qual é o modelo teórico subjacente aos cuidados de enfermagem? 7. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? 8. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados no serviço? 9. Existe alguma norma/protocolo relacionada com as crianças em risco? 10. Como é que atuam perante uma situação de maus-tratos? Que recursos têm? 11. Dispõem de algum profissional de referência nesta área? 12. Como é que se articulam com o NACJR? 13. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus-tratos? 14. Considera pertinente uma formação neste âmbito?
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a disponibilidade para a realização da entrevista bem como toda a informação partilhada; • Reforçar a confidencialidade e anonimato das informações transmitidas.



11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular Estágio com Relatório
Ensino clínico – Internamento de Pediatria

Jornal de Aprendizagem

Discente:

Ana Margarida Vilares Gancho da Silva nº9562

Docente:

Professora Maria Filomena Sousa

Orientadora:

Enfermeira Maria Eduarda Lima

**LISBOA
2020**

NOTA INTRODUTÓRIA

Ao longo do presente estágio foram várias as situações de aprendizagem, no entanto houve uma situação que me marcou, pelo que decidi refletir sobre ela, elaborando um Jornal de Aprendizagem. Pretende-se refletir sobre as aprendizagens adquiridas, articulando-as com a prática clínica e com a evidencia científica, fortalecendo as competências enquanto futura EEESIP.

De acordo com Santos & Fernandes (2004, p.59), “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas”.

A prática reflexiva é um processo mental básico e fundamental na prática clínica, uma vez que é neste contexto que os enfermeiros mobilizam e aplicam os conhecimentos teóricos, existindo espaço para a reflexão e para a tomada de decisão fundamentada. O exercício desta prática permite desenvolver profissionais críticos e independentes, através de uma compreensão aprofundada da experiência, o que consequentemente se traduz na prestação de melhores cuidados.

Os momentos de reflexão permitem-me reconhecer o momento que me causou mais impacto emocional, compreender a minha atitude face às situações, adquirir novos conhecimentos e converter os eventos negativos em positivos. Durante a realização do estágio tive oportunidade de me deparar com uma situação de internamento social, associado a uma denuncia de maus-tratos.

Uma ferramenta útil, na prática reflexiva, é o ciclo reflexivo de aprendizagem proposto por Graham Gibbs, que se divide em seis etapas que nos fazem questionar as ações que realizamos e nos permite descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações. Em suma, o ciclo de Gibbs engloba: descrição, relato dos acontecimentos vivenciados; sentimentos, onde se exploram os sentimentos e pensamentos relacionados com os próprios acontecimentos; avaliação, avaliam-se os aspetos desafiadores da experiência; análise, expõem-se as aprendizagens com a situação e as consequências de possíveis condutas negativas; conclusão, formula-se uma conclusão sobre o que poderia ter sido feito de forma diferente e por último o plano de ação, projeta-se um plano de ação para o futuro (Alves, Dessunti & Oliveira, 2013).

O presente documento tem início com a introdução, onde é realizada uma breve fundamentação teórica justificando a pertinência da sua elaboração; segue-se o

desenvolvimento, onde é apresentado o jornal de aprendizagem e culmina com as considerações finais, onde são expostas as conclusões e contributos da realização desta atividade.

Neste documento, os nomes dos envolvidos são substituídos por nomes fictícios e não é identificado o nome do hospital e o serviço onde foi realizado o estágio, de modo a cumprir a confidencialidade e sigilo profissional. A informação foi recolhida, durante o estágio, através do processo clínico e de entrevistas para a colheita de dados, junto da mãe.

Jornal de Aprendizagem em contexto de estágio no serviço de Internamento Pediátrico

1º Descrição:

A lactente Maria de 3 meses acompanhada pela mãe Ana de 15 anos de idade, dão entrada no serviço por internamento social (proteção da criança e esclarecimento da situação social); para contextualizar a situação é necessário recuar no tempo antes do nascimento da Maria.

A Ana encontrava-se a viver com dois irmãos e a mãe, mas devido a problemas financeiros necessitam de sair da sua habitação e vão viver para casa da tia da Ana. Esta tia apresenta uma denuncia à Comissão de Proteção à Criança e Jovem (CPCJ) por alegadamente a mãe da Maria exercer maus-tratos sobre a mesma e sobre os irmãos. Devido a esta queixa e durante o período de investigação os mesmos ficam institucionalizados, sendo acompanhados pelo TFML (Tribunal de Família e Menores de Lisboa).

Durante este processo a Ana descobre que está grávida, por sentir que não está preparada para ser mãe, recear ser separada dos irmãos e de se tornar uma desilusão para a mãe, decide colocar termo à gravidez através da ingestão de comprimidos abortivos (ilegais) que lhe terão sido fornecidos pelo namorado.

Após a ingestão da terapêutica recorre ao serviço de urgência por contrações e perdas hemáticas, o que levou ao nascimento da Maria com 27 semanas, sendo por isso necessário o seu internamento na Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). No decorrer deste internamento a Ana é chamada a prestar declarações em tribunal sobre o processo crime de IVG (Interrupção Voluntária de Gravidez).

A Maria tem alta da UCIN para o serviço de internamento enquanto aguarda a resolução das questões social e burocrática; sendo feita uma articulação com o responsável destacado pelo TFML que acompanha o caso da Ana e dos irmãos com a equipa multidisciplinar que acompanha a lactente. Por ser um processo moroso implica que a mãe e a filha permaneçam no hospital durante três meses, e que a Ana suspenda os estudos temporariamente.

Durante período de internamento a Maria é seguida em várias consultas de especialidade, dado ser uma criança prematura; a Ana tem acompanhamento psicológico uma vez que a mesma manifesta um sentimento de culpa pela prematuridade da bebé, implicando uma labilidade emocional muito grande por parte

da mesma. Assim sendo, foi necessário promover à Ana, a vinculação e o aleitamento materno, uma vez que a parentalidade não estava presente nesta mãe.

No decorrer do ensino clínico acompanhei o processo burocrático desta família, realizei ensinamentos sobre higiene e vestuário, alimentação, consultas de vigilância e plano nacional de vacinação (PNV) e segurança e planeei a alta clínica.

2ª Sentimentos:

A hospitalização de uma criança constitui um acontecimento emocionalmente muito exigente. Segundo Diogo (2015), os enfermeiros mobilizam estratégias que possibilitam regular a sua disposição emocional para cuidar, encontrando um equilíbrio entre a capacidade de presença, proximidade e envolvimento emocional, e a capacidade de evitarem ficar emocionalmente esgotados. A gestão emocional é fundamental nos cuidados prestados pelos enfermeiros. Esta gestão tem como propósito a promoção do bem-estar, autocontrolo emocional e conquistar a confiança dos clientes e seus familiares (Diogo, 2015).

Dada a preocupação que senti perante esta situação, considerei fundamental promover uma abordagem gradual com a Ana e estabelecer uma relação empática de modo a conquistar a sua confiança. Para tal, recorri à escuta ativa, técnica de compreensão, reforço positivo, silêncio reflexivo e o estar presente, demonstrando disponibilidade. De ressaltar, que o primeiro contato com a mãe foi anteriormente ao estágio, no serviço de urgência, no dia em tomou a medicação para realizar IVG. Situação esta que provocou em mim angústia, raiva e tristeza. Contudo, foi gratificante perceber que aquela situação não teve o desfecho que previ (morte da bebé). Posto isto, os sentimentos iniciais transformaram-se em alívio dado que a Maria à data estava a crescer bem e sem problemas de saúde e alegria por constatar que aquela jovem mãe estava feliz com a sua filha.

Devido ao longo tempo de hospitalização foi perceptível que a mãe acusava cansaço e tristeza. Para isso contribuiu o fato de estar afastada dos amigos e da família, ter suspenso os estudos, ter alterado as suas rotinas, bem como a atual situação de pandemia que implica a presença de apenas um acompanhante e não permite a receção de visitas. Foi extremamente gratificante compreender o papel da equipa multidisciplinar perante esta família, pois teve uma conduta fundamental e uma presença constante.

Se nos remetermos para a prática da Enfermagem Pediátrica, enquadrada na filosofia dos cuidados centrados na família, é reconhecida a carga emocional presente no cuidar da criança e família. A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece que esta é uma constante na vida da criança, e que por isso deve ser apoiada no seu papel natural de cuidadora (Hockenberry & Barrera, 2014). Sendo assim, é importante reconhecer que a mãe também se encontra fragilizada e deve ser cuidada.

Progressivamente fui conhecendo a sua história de vida, os sentimentos sobre a sua situação atual e perspectivas para o seu futuro. A Ana confidenciou-me que estava animada com a ida para a instituição porque já estava há muito tempo no hospital e ansiava começar uma nova etapa com a filha. Toda esta situação permitiu-me experienciar sentimentos de alegria e esperança relacionados com o fato de esta mãe estar entusiasmada com o seu futuro e o da bebé.

O sentimento de alegria foi mais evidente no dia da alta desta família, que quis o destino que fosse no dia de aniversário da mãe Y, como se de uma prenda se tratasse. Foi gratificante ver o brilho no olhar daquela mãe uma vez que era o começo de uma nova etapa.

3ª Avaliação:

Esta experiência teve um balanço positivo, pois proporcionou-me momentos de aprendizagem importantes. Foi gratificante observar que os ensinamentos, realizados na promoção da vinculação, foram proveitosos. A vinculação é um fator facilitador na aquisição de competências parentais, mas que em contexto de prematuridade, pode estar limitada ou debilitada evidenciando, então, a necessidade de se estabelecer a mesma, o mais precocemente possível (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

O nascimento prematuro de um filho pode gerar sentimentos de angústia, insegurança ou ansiedade que podem ser superados através do acompanhamento da sua evolução, dando lugar à alegria e à esperança, relacionadas com a recuperação do RN e expectativa da alta hospitalar (Cruz, Oliveira, Cardoso & Lúcio, 2010).

Um aspeto negativo desta situação foi o fato de o internamento duradouro desta família estar relacionado com as questões burocráticas, dado que é um processo acompanhado pela CPJC e cabe a estes fazer a articulação com uma instituição de acolhimento.

O acompanhamento diário dos doentes, por parte do enfermeiro, é uma fonte preciosa de informação, pois através da comunicação é possível detetar angústias e problemas.

4ª Análise:

Ser confrontada com esta situação fez-me refletir sobre a importância da saúde mental e o acompanhamento desta mãe, pelo sentimento de culpabilização da tentativa de aborto e as consequências que daí poderiam advir para a saúde da sua filha.

O afeto surge como um ato fundamental ao desenvolvimento da criança e torna-se fundamental para diminuir os fatores de *stress* vivenciados durante a hospitalização. Este cuidado com afeto implica dar carinho, ternura, transmitir o seu amor e dar de si durante esta interação (Diogo, 2015).

O modelo de Neuman considera que identificar antecipadamente os *stressores* como a prematuridade e a carência de suporte familiar é fundamental para atuar o mais precocemente possível e criar equilíbrio dos sistemas. Sanders (2014) afirma que o sistema precisa de um cuidado apto e sensível, como tal, as intervenções do enfermeiro devem ser estratégias de suporte, promovendo as relações familiares e as competências familiares.

Durante este estágio constatei que a equipa enaltece a parceria de cuidados, uma vez que capacitam os pais para o cuidado ao filho de modo a criar autonomia nos cuidados, para que no momento da alta estes se sintam seguros e preparados para os cuidados pós-hospitalares.

Por último, constatei que necessito desenvolver novas intervenções e adquirir novos conhecimentos, uma vez que prestar cuidados à criança vítima de maus-tratos não se resume à deteção precoce, ao diagnóstico e à sua sinalização.

5ª Conclusão:

Foi uma experiência positiva para mim pois permitiu-me mais uma vez refletir sobre a temática e tudo o que a mesma implica.

É fundamental conhecer o doente como um todo perspetivando o cuidado holístico para o equilíbrio do bem-estar do sistema. O modelo de sistemas de Betty Neuman garante que as intervenções de enfermagem são ações intencionais que têm

como principal objetivo a prevenção, através da identificação dos *stressores* ou condições adversas que interfiram com o nível ótimo de bem-estar do sistema (Neuman, 2011).

O enfermeiro especialista intervém na capacitação à mãe de modo a que esta adquira capacidades e competências para enfrentar desafios e os riscos, de modo a transformá-los em oportunidades de desenvolvimento e crescimento. Capacitar é estar habilitado a usar a informação e ser capaz de tomar decisões.

Durante a minha prática proporcionei momentos e clima para uma escuta ativa e de modo identificar quais as necessidades e angústias da mãe. Atuar ao nível das emoções é por vezes difícil e põe a prova as nossas capacidades enquanto pessoa e profissional. É fundamental fazer diariamente uma prática reflexiva para melhorar o cuidado prestado.

Em síntese, mesmo tratando-se de uma situação emocionalmente intensa, contribuiu para um maior conhecimento de mim própria e das minhas competências.

6ª Planeamento da ação:

No futuro, de modo a agir de forma adequada a situações semelhantes, seria benéfico implementar reuniões que possibilitem o escape emocional da equipa de enfermagem que experiencia situações destas; realizar formação à equipa e a construção de um guia de boas práticas em contexto de internamento protetor por situação social.

Tendo em consideração as competências do EEESIP devo promover a relação com o doente e família, uma vez que esta relação é fonte de informação para avaliar as suas necessidades; promover uma escuta ativa para prestar cuidados mais dirigidos e promover o exercício reflexivo e desenvolver estratégias relacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os maus-tratos estiveram sempre presentes na sociedade e são considerados grandes problemáticas para o desenvolvimento das crianças com repercussões ao longo da vida. Têm profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança com repercussões ao longo da vida.

Nunca é demais refletir sobre esta temática, perceber qual o papel do enfermeiro e como podemos intervir o mais precoce possível, de modo a minimizar as consequências desta situação para a criança e família.

A reflexão, sobre as observações e as vivências em contexto de estágio, consiste num processo que permite a construção ativa do conhecimento na ação, na medida em que o estudante aprende a fazer, fazendo (Alarcão & Rua, 2005). É fundamental refletirmos sobre a nossa prática, questionarmos as nossas ações e assim modificar os nossos comportamentos.

Os profissionais de saúde usam as emoções para proporcionar cuidados como tal precisam dominar as suas emoções e assim induzir emoções positivas nas pessoas que cuidam (Diogo & Mendonça, 2019).

A hospitalização interfere no estado emocional do doente e/ou família, assim enquanto futura EESIP, devo adquirir e desenvolver competências para atuar na passagem de um estado emocional conturbado para um calmo. O uso das emoções enquanto instrumento terapêutico tem ganhos na saúde e devem ser geridas de modo a promover o bem-estar das crianças e da sua família.

É competência do enfermeiro identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, identificar situações de risco para a criança, assistir a criança em situações de abuso, negligência e maus-tratos, e ainda sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, respetivas consequências e prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Alves, E., Dessunti, E. M., & Oliveira, M.A.C. (2013). O pensamento reflexivo na enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Iberoam. Educ. Invest. Enferm.* 3(3), 47-53. Acedido a: 22.2.2018. Disponível em: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/80/>.
- Cruz, A.R.M., Oliveira, M.M.C., Cardoso, M.V.L.M.L., & Lúcio, I.M.L. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev. Eletr. Enf.*, 12(1), 133-139. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf>.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Revista Pensar Enfermagem*. 23 (1), 21-40.
- Fernandes, A., Toledo, D. Campos, L., & Vilelas, J.M.S. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf.
- Hockenberry & Barrera (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Ed). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed.). (pp. 1-34). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.ª ed.). (Vol. II, pp. 1026-1060). Loures: Lusociência.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, nº 11, 59-62.



O meu primeiro dia do pai



Para o mundo és um pai.
Para mim és o Mundo!!!

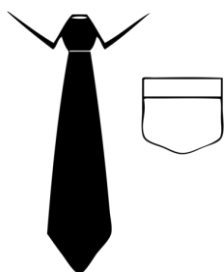
2021

O nosso primeiro dia do pai



Para o mundo és um pai.
Para nós és o Mundo!!!

2021



**Feliz
dia**
>PAPA<

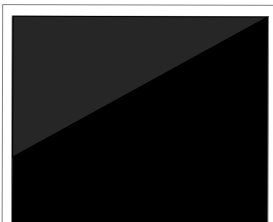
**Feliz
dia do
PAI**



Do teu filho

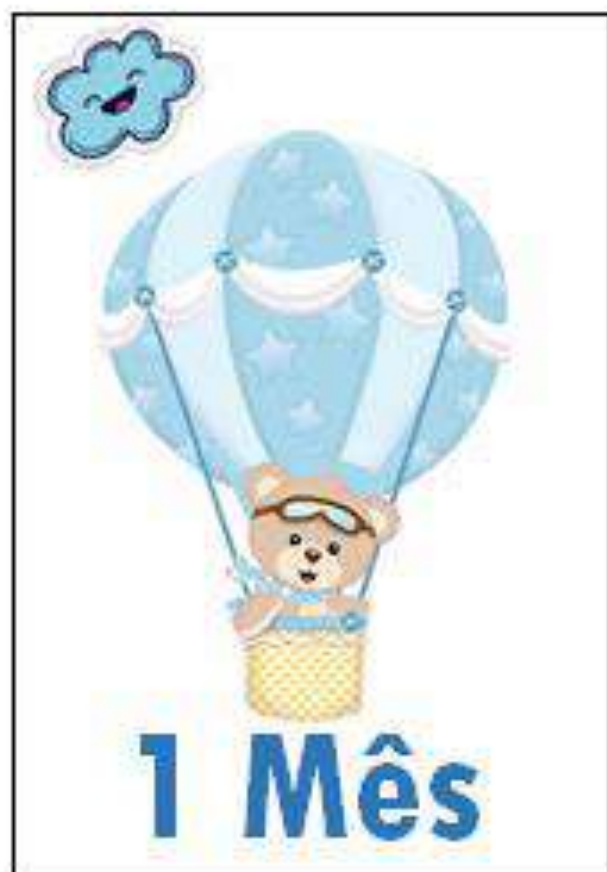


**Feliz
dia** 
do PAI



Do teu filho





Método Canguru

O Método Canguru também conhecido por “contacto pele-a-pele” foi desenvolvido em 1978 em Bogotá, na Colômbia.

Este método consiste no contacto pele-a-pele precoce e contínuo entre a mãe/pai e o recém-nascido.

Pode ser iniciado logo após o nascimento mas sempre de acordo com a estabilidade hemodinâmica do RN e os protocolos da unidade, bem como se for desejo dos pais.^{4,5,7,8}

Antes de realizar o Método canguru:

- Não utilizar creme ou perfumes de cheiro fortes;
- Ir previamente à casa-de-banho;
- Estar bem alimentado;
- Ter uma garrafa de água junto a si;
- Se estiver a amamentar ou a extrair o leite, deve fazê-lo antecipadamente;
- Ter tempo disponível (no mínimo 1h);
- Trazer roupa larga e confortável que, de preferência, abra à frente.^{1,6}



Benefícios

- Manutenção da temperatura corporal;
- Melhor oxigenação;
- Diminuição do *stress* e agitação;
- Maior calma e tranquilidade, como menores períodos de choro;
- Efeito analgésico;
- Promove a regulação do sono-vigília;
- Evolução do peso e desenvolvimento motor;
- Promove o desenvolvimento neurocomportamental (Estabilidade da frequência cardíaca e respiratória e diminuição de movimentos desordenados);
- Melhor adaptação à mama durante amamentação;
- Reduz o número de reinternamentos



- Contacto precoce com o RN
- Promove o relaxamento;
- Melhora o bem estar emocional e psicológico;
- Papel ativo na parceria de cuidados;
- Melhor conhecimento das características do RN;
- Maior competência e aumento de confiança na sua capacidade parental;
- Aumento da disponibilidade e confiança para a alta hospitalar do bebé;
- Maior vínculo afetivo;
- As mães apresentam maior sucesso na amamentação.

- Menor percentagem de morte neonatal;
- Menor percentagem de mortalidade pós-alta;
- Diminuição do tempo de internamento hospitalar;
- Melhor relacionamento da família com a equipa de saúde;
- Diminuição da infeção hospitalar;
- Diminuição dos gastos em saúde.

Como fazer:

- O bebé deve ter vestido apenas a fralda;
- O bebé deve ser colocado em posição vertical entre os seios, com os braços e as pernas fletidas, cabeça virada para um dos lados, e o queixo ligeiramente levantado;
- Deve ser iniciado de forma gradual, até períodos mínimos de 60 a 90 minutos;
- Deve ser realizado sempre pelo pai e/ou mãe ou por outro membro de referência indicado pelos progenitores.^{1,6,7,8}

Referências Bibliográficas:

- 1- Crescer com Afetos. Método mãe canguru. Disponível em: <http://crescercomafetos.chts.pt/index.php/tecnicas/canguru>
 - 2- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora (Obra original publicada em 1982).
 - 3- Ferreira, D. O., Silva, M. P. C., Galou, T., Goulart, B.F., Amaral, J. B. & Contim, D. (2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Escola Anna Nery*. 23 (4), 1-7.
 - 4- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Kangaroo Mother Care a practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.
 - 5- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Born too soon: The Global Action Report on Preterm*. Geneva: WHO.
 - 6- Silva, L.J., Leite, J.L., Silva, T.P., Silva, I.R., Mourão, P.P. & Gomes, T.M. (2018). Desafios gerências para boas práticas do método canguru na UTI neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71 (6), 2948-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0428>
 - 7- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (sd). *Nascer prematuro em Portugal*. SPN. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
 - 8- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Dia internacional de sensibilização para o método canguru. OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru>
- Imagem 1: http://rabiscosinfundados.blogspot.com/2020/07/desenho-metodo-canguru-posicao-canguru_30.html



Antes de realizar o Método canguru:

- Não utilizar creme ou perfumes de cheiro fortes;
- Ir previamente à casa-de-banho;
- Estar bem alimentado;
- Ter uma garrafa de água junto a si;
- Se estiver a amamentar ou a extrair o leite, deve fazê-lo antecipadamente.
- Ter tempo disponível (no mínimo 1h)
- Trazer roupa larga e confortável que, de preferência, abra à frente.^{1,6}

Como fazer:

- O bebé deve ter vestido apenas a fralda;
- O bebé deve ser colocado em posição vertical entre os seios, com os braços e as pernas fletidas, cabeça virada para um dos lados, e o queixo ligeiramente levantado;
- Deve ser iniciado de forma gradual, até períodos mínimos de 60 a 90 minutos;
- Deve ser realizado sempre pelo pai e/ou mãe ou por outro membro de referência indicado pelos progenitores.^{1,6,7,8}



Imagem 3

Referências Bibliográficas:

- 1- Crescer com Afetos. Método mãe canguru. Disponível em: <http://crescercomafetos.chts.pt/index.php/tecnicas/canguru>
- 2- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora (Obra original publicada em 1982).
- 3- Ferreira, D. O., Silva, M. P. C., Galou, T., Goulart, B.F., Amaral, J. B. & Contim, D. (2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Escola Anna Nery*. 23 (4), 1-7.
- 4- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Kangaroo Mother Care a practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.
- 5- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Born too soon: The Global Action Report on Preterm*. Geneva: WHO.
- 6- Silva, L.J., Leite, J.L., Silva, T.P., Silva, I.R., Mourão, P.P. & Gomes, T.M. (2018). Desafios gerências para boas práticas do método canguru na UTI neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71 (6), 2948-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0428>
- 7- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (sd). *Nascer prematuro em Portugal*. SPN. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- 8- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Dia internacional de sensibilização para o método canguru. OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>

Imagem 1: <https://pt.dreamstime.com/ilustra%C3%A7%C3%A3o-stock-s%C3%ADmbolo-estilizado-do-vetor-da-fam%C3%ADlia-feliz-image76612325>
Imagem 2: <https://www.tudodesenhos.com/d/bebe-na-incubadora>
Imagem 3: http://rabiscosinfundados.blogspot.com/2020/07/desenho-metodo-canguru-posicao-canguru_30.html



11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por Ana Margarida Silva nº9562
Orientadora: Enfermeira Rita Figueira
Professora Filomena Sousa

O Método Canguru

Unidade de Cuidados Especiais de Recém-Nascidos (UCERN)



Imagem 1

"Desistir nunca!

O caminho é longo, mas a vitória é certa."

Raphael Gouvea Monteiro



Caros pais,

Se estão a ler isto é, porque o vosso filho está internado na UCERN (Unidade de Cuidados Especiais de Recém-Nascidos) e necessita de ajuda extra durante algum tempo.

Temos como objetivo, de modo sintetizado, ajudar e explicar em que consiste o método canguru.

Depois de lerem este documento podem conversar com a equipa para esclarecer qualquer dúvida.

O que é a UCERN?

É o local do hospital devidamente equipado e onde trabalham profissionais preparados e treinados para cuidar de recém-nascidos prematuros (RNP) ou recém-nascido de termo doentes que exijam cuidados especiais.⁷

Um RNP é aquele que nasce com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG).^{4,5}



Imagem 2

O Método Canguru

O Método Canguru também conhecido por “contacto pele-a-pele” foi desenvolvido em 1978 em Bogotá, na Colômbia.

Este método consiste no contacto pele-a-pele precoce e contínuo entre a mãe/pai e o recém-nascido.

Pode ser iniciado logo após o nascimento mas sempre de acordo com a estabilidade hemodinâmica do RN e os protocolos da unidade, bem como se for desejo dos pais.^{4,5,7,8}

Benefícios

- Manutenção da temperatura corporal;
- Melhor oxigenação;
- Diminuição do *stress* e agitação;
- Maior calma e tranquilidade, (diminui os períodos de choro);
- Efeito analgésico;
- Promove a regulação do sono-vigília;
- Evolução do peso e desenvolvimento motor;
- Promove o desenvolvimento neurocomportamental (estabilidade da frequência cardíaca e respiratória e diminuição de movimentos desordenados);
- Melhor adaptação à mama durante amamentação;
- Reduz o número de reinternamentos.^{1,2,3}

Pais

- Contacto precoce com o RN;
- Promove o relaxamento;
- Melhora o bem estar emocional e psicológico;
- Papel ativo na parceria de cuidados;
- Melhor conhecimento das características do RN;
- Maior competência e aumento de confiança na sua capacidade parental;
- Aumento da disponibilidade e confiança para a alta hospitalar do bebé;
- Maior vínculo afetivo;
- As mães apresentam maior sucesso na amamentação.^{1,2,3}

Outros

- Menor percentagem de morte neonatal;
- Menor percentagem de mortalidade pós-alta;
- Diminuição do tempo de internamento hospitalar;
- Melhor relacionamento da família com a equipa de saúde;
- Diminuição da infeção hospitalar;
- Diminuição dos gastos em saúde.^{1,2,3}

Plano da Sessão “Cuidado à criança vítima de maus-tratos”

Serviço: Serviço de urgência pediátrica do Hospital X.

Duração: 30min

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

Objetivo Geral: Sensibilizar e capacitar a equipa para a importância do risco de maus-tratos.

Objetivos Específicos:

1. Capacitar os enfermeiros para a deteção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança em risco/vítima/suspeita maus-tratos;
2. Debater com os enfermeiros para a problemática das crianças e dos jovens em risco.

	Conteúdos programáticos	Estratégias		Tempo
		Métodos	Recursos didáticos	
Introdução	Apresentação da área temática, dos objetivos e das estratégias a utilizar	Expositivo	Computador	4 min
Desenvolvimento	Maus-tratos infantis: <ul style="list-style-type: none"> • Conceitos e tipologia; • Deteção precoce (sinais, sintomas ou indicadores); • Fatores de risco, proteção e agravamento e sinais de alerta (conceitos); • Contexto demográfico; • Leis em vigor. 	Expositivo	Computador	20min
	Papel do enfermeiro: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos e protocolos de intervenção e encaminhamento) 			
	Envolvimento do NACJR- intervenção e articulação com a CPCJ			
Conclusão	Síntese/reflexão	Expositivo e ativo	Diálogo	5min
	Avaliação	Ativo	Questionário	1min



Cuidados de Enfermagem à criança e família vítima de maus-tratos

Elaborado por Ana Margarida Silva nº9562
Orientadora: Enfermeira Ana Dias
Professora Maria Filomena Sousa

2020/2021

Sumário

1

Objetivos

2

Legislação e Plano
Nacional de Saúde

3

Contextualização da
problemática

4

Conceito de
maus-tratos

5

Tipologia de
Maus-tratos
Infantis

6

Papel do
Enfermeiro

7

Considerações
Finais

8

Referências
Bibliográficas

1. Objetivos

Rever conceitos associados a Maus-tratos infantis

Identificar políticas de atuação face aos maus-tratos infantis

Sensibilizar os Enfermeiros na deteção e atuação precoce face aos maus-tratos infantis

2. Legislação e Plano Nacional de Saúde

- Convenção dos Direitos da Criança;
- Constituição da República Portuguesa;
- Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/1999 de 1 setembro, alterada pela Lei nº31/2003, 22 de Agosto) - promove os direitos e a proteção das crianças em perigo para garantir o seu bem-estar e desenvolvimento;
- Maus-tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde;
- Maus-tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção;
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;



2. Legislação e Plano Nacional de Saúde

- Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida- tem como objetivo reforçar os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nomeadamente em matéria de maus-tratos em crianças, violência contra as mulheres, violência doméstica e em populações de vulnerabilidade acrescida (DGS, 2020);
- Saúde Infantil e Juvenil Portugal 2018- trata-se do relatório de 2018 da saúde infantil em Portugal (DGS, 2018);
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi) - tem a missão de garantir a intervenção precoce na infância (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2018).



Criança



Todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos.

(United Nations Children's Fund [UNICEF], 1989)

Toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, dependente dos cuidados da família.

(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011)

“As crianças têm direito à proteção do Estado e da sociedade”.

(Assembleia da República [AR], 2005)



Segundo o artigo 19.º da Convenção dos Direitos da Criança, é obrigatório protegerem-se todas as crianças contra qualquer forma de maus-tratos e, simultaneamente, de se instituírem programas de prevenção e tratamento das vítimas.

(UNICEF, 1989)

A criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento.

É obrigatório protegerem-se todas as crianças contra qualquer forma de maus-tratos e, simultaneamente, de se instituírem programas de prevenção e tratamento das vítimas.

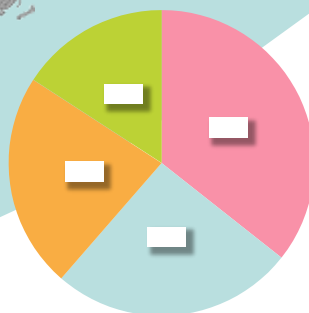
(UNICEF, 1989)



3. Contextualização da Problemática



Mundial



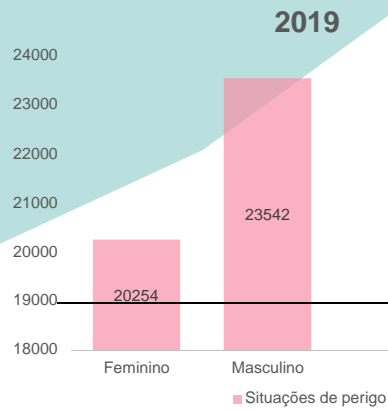
■ Psicológicos ■ Sexual ■ Físicos ■ Negligência

(Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJC], 2020)



Portugal

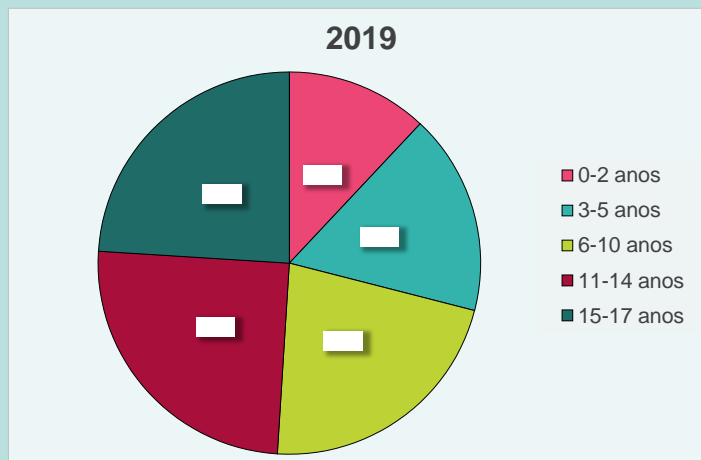
Em 2019 foram comunicadas às CPCJ **43 796** situações de perigo, um aumento de 4743 quando comparado com o ano anterior.



(CNPDP CJ, 2020)



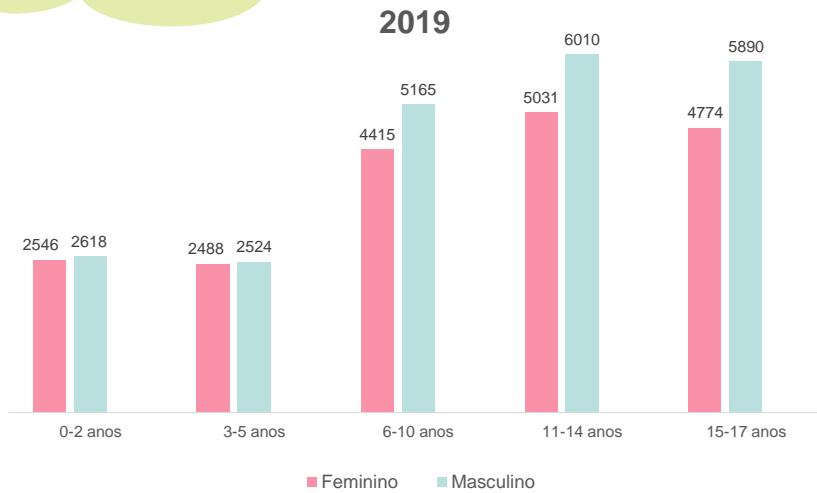
Caracterização das crianças e jovens sinalizados



(CNPDP CJ, 2020)



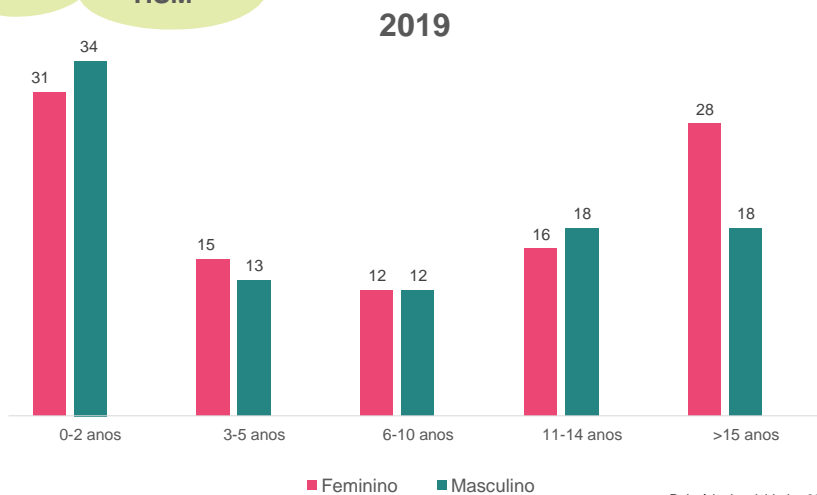
Caracterização das crianças e jovens sinalizados



(CNPDPCCJ, 2020)



Caracterização das crianças e jovens sinalizados HSM



Relatório de atividades 2020



4. Conceito de Maus-Tratos Infantis

Qualquer ação ou omissão não acidental perpetrada pelos pais, cuidadores ou outros indivíduos que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. É possível destacar cinco formas de maus tratos infantis mais predominantes.

(Direção Geral da Saúde [DGS], 2011)



Os maus-tratos a crianças são uma violação dos direitos humanos e um **crime público**.



5. Tipologia de Maus-Tratos Infantis



Negligência



Psicológicos/
Emocionais



Abuso
Sexual



Físicos



Síndrome de
Munchausen por
procuração

(DGS, 2011)



Negligência

Incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades básicas indispensáveis para o seu crescimento e desenvolvimento.

Pode ser **ativa** (intenção de dano) ou **passiva** (incapacidade ou incompetência).

Sinais, sintomas ou indicadores:

- carência de higiene,
- vestuário desadequado à estação,
- lesões consequentes de exposições climáticas adversas,
- hematomas ou lesões inexplicadas ou acidentes de repetição,
- demora ou ausência na procura de cuidados médicos,
- intoxicações.

(DGS, 2011)



Físicos

Ação não-acidental, isolada ou repetida que provoque ou possa vir a provocar dano físico.

Sinais, sintomas ou indicadores:

- equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras,
- síndrome de criança abandonada,
- lesões provocadas deixando marca (fivela, corda, mãos, chicote, régua),
- fraturas de costelas e corpos vertebrais,
- historia inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão,
- perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, etc.) alterações graves do estado nutricional.

(DGS, 2011)



Psicológicos

Privação de um ambiente de bem-estar e segurança afetiva indispensável ao crescimento e desenvolvimento.

Sinais, sintomas ou indicadores:

- episódios de urgência repetidos (cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente),
- comportamentos agressivos e/ou automutilação,
- comportamento/ideação suicida,
- ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas,
- perturbações do comportamento alimentar,
- alterações do controlo de esfíncteres,
- choro incontrolável no primeiro ano de vida.

(DGS, 2011)



Síndrome de Munchausen por procuração

Atribuição à criança de sinais e sintomas de modo a convencer a equipa médica de uma patologia clínica.

Os sintomas e sinais são inaparentes ou foram provocados de forma propositada (dificuldade no diagnóstico).

Indicadores:

- administrar à criança um fármaco para provocar certa sintomatologia,
- adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina,
- provocar semi-sufocação de forma repetida.

(DGS, 2011)



Abuso Sexual

Envolvimento da criança em atividades que visam a satisfação sexual de um adulto ou indivíduo mais velho sem consentimento livre e esclarecido.

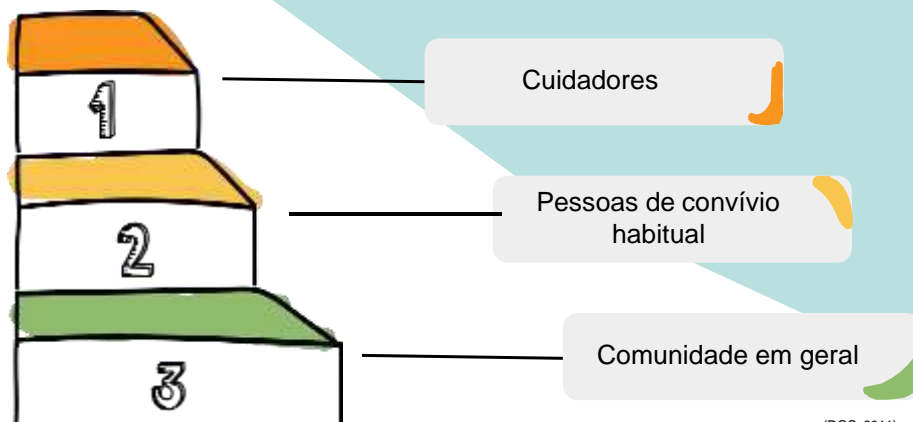
Sinais, sintomas ou indicadores:

- lesões externas nos órgãos genitais,
- presença de esperma no corpo do indivíduo,
- leucorreia persistente/recorrente,
- dor ou edema na região vaginal e/ou anal,
- lesões no pênis ou região escrotal,
- laceração do hímen,
- equimoses e/ou petéquias na mucosa oral ou laceração do freio dos lábios,
- infecções de transmissão sexual e gravidez.

(DGS, 2011)



Quem são os agressores?



(DGS, 2011)



Variáveis biopsicossociais que favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem diminuir o impacto dos fatores de risco.

Ex: vinculação segura, boas competências parentais, bom desenvolvimento da criança, rede familiar e social de apoio, etc..



Variáveis biopsicossociais que **umentam** a probabilidade de **ocorrência** de situações de maus-tratos.

Ex: filho não desejado, doença crónica ou alteração do desenvolvimento, ausência de suporte social, temperamento difícil, etc..

(DGS, 2011)



Indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus-tratos e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora.

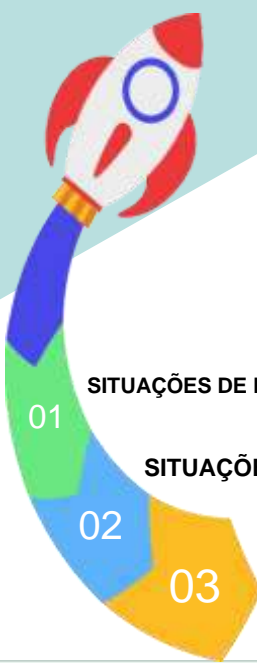


Eventos na vida da criança e família/cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos.

Ex: rutura e reconstituições familiares, desemprego, alteração da situação económica, doença súbita grave

(DGS, 2011)





A intervenção do enfermeiro tem como prioridade a **PREVENÇÃO** da ocorrência de maus-tratos.


Deve iniciar-se enquanto a situação é apenas de risco, de forma a evitar a sua evolução.

SITUAÇÕES DE RISCO
01

SITUAÇÕES DE PERIGO
02

MAUS-TRATOS INFANTIS
03

(DGS, 2011)



6. Papel do Enfermeiro

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”

(OE, 2015)

“Cabe aos profissionais de saúde, atuar com rigor, serenidade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Criança”.

(Cordeiro, 2003, citado por Gonçalves, 2014, p.24)

6. Papel do Enfermeiro



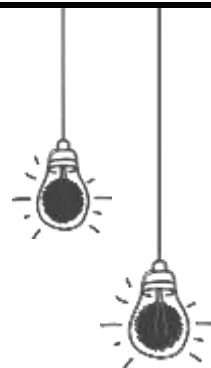
- identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico;
- identificar situações de risco para a criança;
- assistir a criança em situações de maus-tratos;
- sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, respetivas consequências e prevenção.

(OE, 2018)



Os serviços de saúde são um local **privilegiado** para a **deteção** dos maus-tratos infantis.

Os profissionais de saúde têm a **obrigação legal** e moral de **signalizar** qualquer suspeita de maus-tratos.



Os típicos sinais e sintomas de maus-tratos infantis indicam apenas a possibilidade de existência de uma situação deste tipo. Qualquer suspeita deve ser devidamente investigada e fundamentada/congruente.

(Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011)

Intervenção do Enfermeiro



Proteger a criança



Intervir no risco para prevenir evolução para perigo



Evitar a recorrência

(DGS, 2011)



Princípios orientadores das intervenções

Interesse superior da criança

Participação e acompanhamento

Subsidiariedade na intervenção

Privacidade e intervenção mínima

Obrigatoriedade de informação

Intervenção Precoce

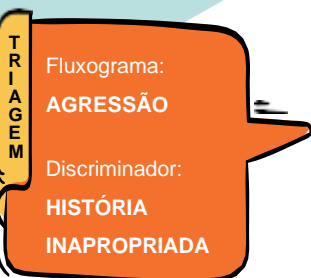
Responsabilidade parental

Intervenção proporcional e atual

(DGS, 2011)



Orientações

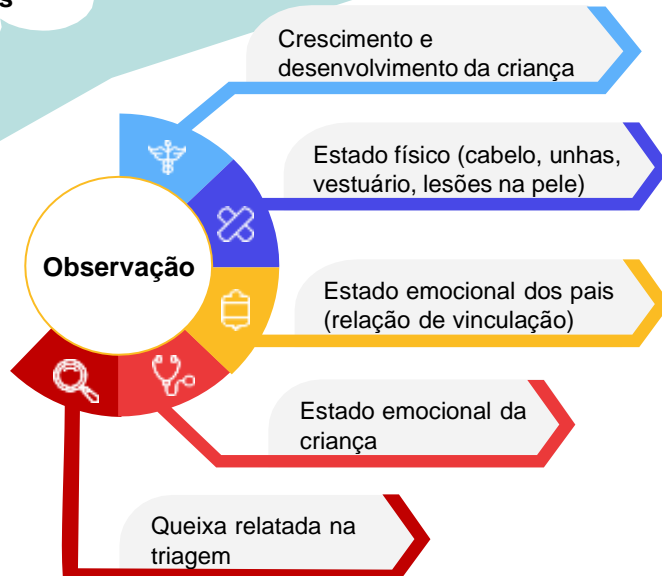


- Entrevista e exame físico;
- Em caso de abuso sexual ou maus-tratos físicos contactar o IML e a PJ

(DGS, 2011)



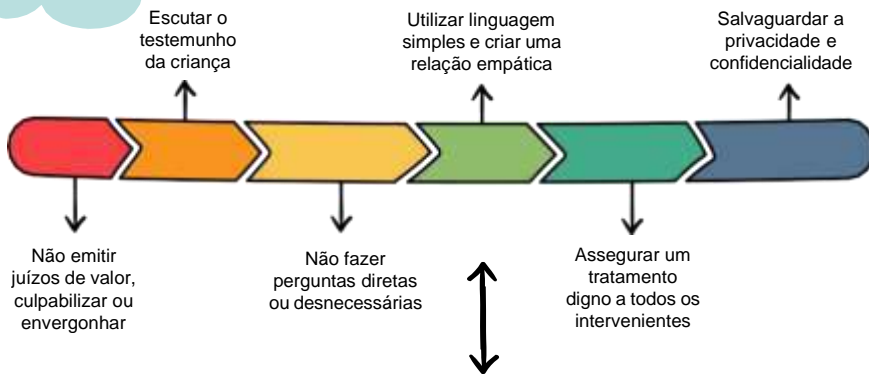
Orientações



(DGS, 2011)



Entrevista



Transmitir orientação, suporte, confiança, disponibilidade e proteção

Contactar Instituto de Medicina Legal (IML) para a colheita de vestígios físicos ou biológicos (o exame deve ser realizado <72h após o abuso).

(DGS, 2011)



Internamento hospitalar

- Lesões orgânicas que obriguem a internamento
- Gravidade do mau trato
- Risco de recidiva nas próximas horas
- Pouca fiabilidade dos adultos responsáveis
- Necessidade de retirar a criança do ambiente familiar

(DGS, 2011)



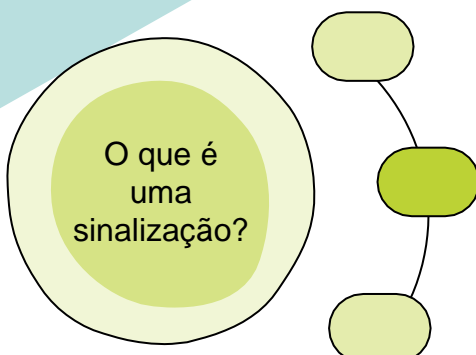
A intervenção de enfermagem não deve ser isolada, mas sim articulada com os diversos agentes da comunidade.



(DGS, 2011)



Os Núcleos de apoio a crianças em risco que são dinamizados no centro de saúde (NACJR) e nos hospitais (NHACJR) têm um papel de apoio aos profissionais de intervenção de Primeiro Nível.



- Referenciação, de uma possível situação de maus-tratos, por qualquer profissional de saúde a uma equipa multidisciplinar (NACJR e NHACJR).
- Implica uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora para a criança em causa.

(DGS, 2011)



Como sinalizar

- Preencher a folha de sinalização (Anexo I);
- Imprimir o episódio/recolher informação possível (morada e contactos atualizados e identificação do acompanhante);
- Encaminhar para o secretário da área da pediatria ou entregar a informação a um elemento do NHACJR.



nhacjr@chln-min.pt

(DGS, 2011)



Maus-tratos

Processo tutelar

Visa assegurar a proteção da criança removendo o perigo em que se encontra, através de uma medida de proteção/promoção pela CPCJ ou pelo tribunal.

Processo criminal

Tem como principal objetivo punir o agressor e culmina com a aplicação de uma moldura penal pelo tribunal criminal cuja área abrange o local onde ocorreu o crime.

(Diário da República, 2015)



9. Considerações Finais

Todas estas situações criam muita **ansiedade** e **stress** em quem as observa.

A complexidade dos maus-tratos e a sua gravidade exige de toda a sociedade e dos enfermeiros, em particular, uma ação coordenada, articulada e em parceria.

A formação e a capacitação dos profissionais contribui para a deteção precoce de situações de risco e de sinais de alarme, ações que constituem o primeiro passo na atuação do enfermeiro neste âmbito.

O enfermeiro deve sensibilizar as crianças, família, comunidade e outros profissionais de saúde para **denunciar** situações de maus-tratos na criança. A denúncia é **obrigatória**!!!!!!!

A denúncia pode ser efetuada, por qualquer pessoa, diretamente na polícia ou instituição de saúde ou via telefónica (pode ser **anónima**).



A infância passa mas as marcas ficam

**Denuncie os maus-tratos
infantis**

Contactos Úteis



OPCIÃO DE RESOLUÇÃO

APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil) - Tel. 218 870 101

APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) - Tel. 707 200 077

CIAV (Centro de Informação Antivenenos, INEM) - Tel. 808 250 143

CNASTI (Confederação Nacional de Acção sobre o Trabalho Infantil) - Tel. 800 202 076

CNPCIJ (Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco) - Tel. 213 114 900

Linha de Informação às Vítimas de Violência Doméstica (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres) - Tel. 800 202 148

Linha Nacional de Emergência Social (Instituto da Segurança Social) - Tel. 144

Linha Rescaldo de Criança (Provedoria de Justiça) - Tel. 800 206 656

Linha SIDA (Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA – Alto Comissariado da Saúde) - Tel. 800 266 666

Linha Vida SOS Droga (Instituto da Droga e da Toxicod dependência) - Tel. 1414

PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança) – Linha de Emergência “Criança Maltratada” - Tel. 213 433 333 (Lisboa)

PEETI (Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil) - Tel. 218 437 580

Saúde 24 (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde) - Tel. 808 24 24 24

Sexualidade em Linha (Instituto Português da Juventude e Associação para o Planeamento da Família) - Tel. 808 222 003

SOL (Associação de Apoio a Crianças Infectadas pelo Vírus da SIDA e suas Famílias) - Tel. 213 972 632

SOS – Criança (Instituto de Apoio à Criança) - Tel. 800 20 26 51 / 217 931 617

SOS – Grávida (Ajuda de Mãe) - Tel. 808 20 11 39

Questões





8. Referências Bibliográficas

Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa*. 7ª Revisão. Lisboa: Assembleia da República (AR).

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV. Disponível em:

https://www.apav.pt/pdf/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2020). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ - 2019*. Lisboa: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.

DGS. (Fevereiro de 2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*, pp. 1-61.

Gonçalves, J. (2014). *Cuidar de crianças em risco- papel do Enf.º na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos*. Instituto Politécnico de santarém.



8. Referências Bibliográficas

Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232. ELI:

<https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE.

Ordem dos enfermeiros (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros (OE).

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

The United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Nova Iorque: UNICEF



ANEXO I



FICHA DE COMUNICAÇÃO DE SITUAÇÃO DE PERIGO À CPCJ EM PERÍODO DE PANDEMIA COVID -19

A Escola deve intervir em situações de risco ou perigo para as crianças/jovens.

Risco – situação de vulnerabilidade tal que, se não for superada, pode vir a determinar futuro perigo ou dano para a educação, segurança, saúde, formação ou desenvolvimento integral da criança/jovem.

Perigo – **Probabilidade séria de dano** nos domínios referidos anteriormente, ou já a **ocorrência desse dano**, quando situação é determinada por ação ou omissão dos pais ou representantes legais ou quando a criança/jovem se expõe a esse perigo, sem que pais ou representantes legais se oponham.

Nota: A comunicação do aluno deve acontecer quando se considerar que a **criança/ jovem está em perigo**. Tendo em conta a situação de confinamento social, deverão ser contempladas todas as situações que se identifiquem em relação direta com a criança ou por identificação de outrem, cabendo à CPCJ avaliar a situação.

1 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO/ INSTITUIÇÃO

Nome

Morada

Localidade Telefone

Nome do educador(a)/professor(a)/diretor(a) de turma _____

Dia/Hora de atendimento: _____ / Das _____ às _____ horas

2 – IDENTIFICAÇÃO DO/A ALUNO/A

Nome:		Data de Nascimento: ____/____/____		
Morada:				
Localidade:		Código Postal:		
Vive com	Pai <input type="checkbox"/>	Mãe <input type="checkbox"/>	Irmãos/Irmãs <input type="checkbox"/> Quantos: _____	Avó <input type="checkbox"/>
Avô <input type="checkbox"/>	Tio(s)/a(s) <input type="checkbox"/>	Primo(s)/a(s) <input type="checkbox"/>	Companheiro/a da mãe/pai <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Oferta formativa e educativa	Ano de escolaridade: _____ ano		Turma/Grupo: _____	
	Educação Pré-escolar <input type="checkbox"/>			



O/A aluno/a tem medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão no âmbito do Decreto Lei 54/2018, de 5 de julho? Sim Não

O/A aluno/a tem acompanhamento dos docentes de educação especial? Sim Não

O/A aluno/a tem tutorias? Sim Não

O/A aluno/a tem acompanhamento em Psicologia Sim Não Outro _____

O/A aluno/a está no escalão A ou B? Sim Não

Tem acesso a refeições? Sim Não

Usfrui das mesmas? Sim Não

Filiação

Pai	Profissão	Hab. Lit.
Mãe	Profissão	Hab. Lit.

Encarregado de Educação

Nome Grau de Parentesco

Morada

Telef. Casa/Tm

3 – MOTIVOS DA COMUNICAÇÃO

(assinalar com X os indicadores identificados na ausência de capacidade protetiva dos pais)

3.1. Indicadores físicos

Apresenta sinais de não estar devidamente alimentado.	
Apresenta, frequentemente, falta de higiene pessoal.	
Apresenta sinais de violência física (hematomas, feridas, arranhões, queimaduras).	
Apresenta-se sistematicamente cansado às aulas.	
Apresenta, frequentemente, sinais de sonolência e apatia.	
Outro. Qual?	

3.2 Indicadores comportamentais

Revela uma enorme desmotivação e desinteresse pelas atividades escolares.	
Apresenta sinais de violência psicológica (depreciar, recriminar, humilhar, rejeitar, ignorar, aterrorizar...).	
Revela mau comportamento durante as aulas virtuais.	
Alterou significativamente o seu comportamento/attitudes.	



Tem uma atitude desafiadora e desrespeitadora.	
É agressivo/a com professores/colegas.	
Isola-se com frequência e recusa-se a aparecer on-line.	
Apresenta comportamentos aditivos (álcool ou drogas).	
Apresenta nervosismo e/ou medo durante o período em que está online.	
Revela uma baixa autoestima.	
É vítima de bullying.	
Outro. Qual?	

3.3 Indicadores escolares

Abandonou a escola e/ou não participa nunca nas aulas virtuais ou reage às atividades propostas.	
Revela absentismo (Indicar o nº total de faltas injustificadas, à data da comunicação).	
Revela dificuldades de adaptação a este modelo de ensino.	
Teve retenção(ões), anteriormente, no seu percurso escolar. (Referir quantas e em que anos de escolaridade)	
Manifesta muitas dificuldades de aprendizagem	
Tem rendimento escolar instável ou alterou-o significativamente	
Tem problemas de atenção/ concentração	
Outro. Qual?	

3.4 Indicadores familiares

Suspeita de violência familiar ou doméstica.	
Os pais apresentam comportamentos aditivos (drogas, álcool).	
Deixam a criança em casa sem supervisão.	
Os pais abandonaram a criança.	
Desprezam, rejeitam ou culpam a criança.	
Instrumentalizam a criança no âmbito do processo de separação ou divórcio.	
Delegam o cuidado da criança a estranhos.	
O enc. de educação não comparece na escola quando convocado e/ou não responde através de qualquer contacto estabelecido através de qualquer meio de comunicação.	
Outro. Qual?	



4 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Nota: A preencher pelo Diretor de Turma/Professor Titular de Turma/Educador, de acordo com o conhecimento de informações complementares importantes sobre o aluno.

--

Pessoa(s) considerada(s) responsável(eis) pela situação de perigo (na sua opinião)							
Pai:		Mãe:		Pais:		Irmão(s):	
Outra – Qual?				Não é possível obter essa informação:			

5 – RESULTADOS DAS DILIGÊNCIAS EFETUADAS PELA ESCOLA

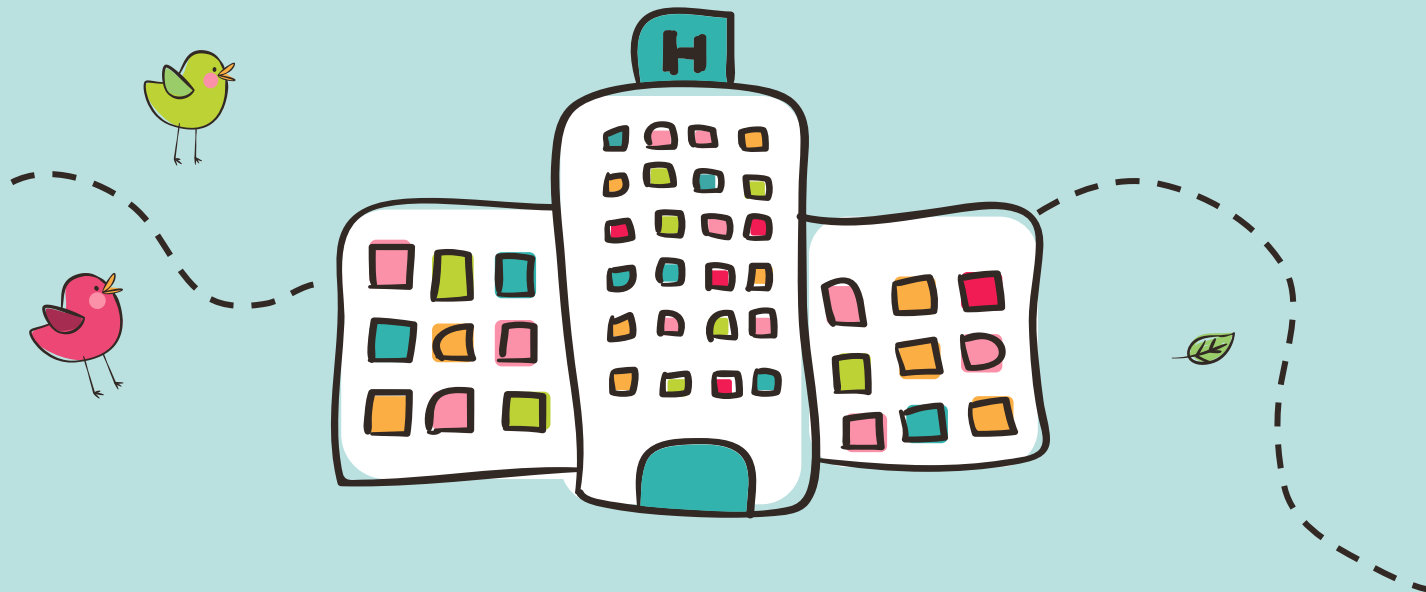
<p>- Junto da família (o que pensam sobre os sinais ou sintomas identificados e se foram tomadas medidas)</p> <p>- Junto de outras entidades</p>
--

Data ____/____/____

Assinatura (Pessoa/Entidade que comunicou a situação de Perigo)

Sessão de formação em serviço

Cuidado à criança vítima de maus-tratos



FORMADORA: Enf.^a Ana Margarida Silva

Estudante do 11^o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DESTINATÁRIOS: equipa de enfermagem

LOCAL: Serviço de Urgência Pediatria

DATA: 16/04/2021

HORA: 15h-15:30h

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Sessão de Formação: “Cuidado à criança vítima de maus-tratos”

A abordagem dos maus-tratos tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Este questionário é anónimo e confidencial (não coloque o seu nome). Será utilizado como indicador de avaliação da sessão de formação.

Para cada item, coloque um (X) no local que considera mais adequado.

Legenda:

1-Insuficiente; 2-Suficiente; 3-Bom; 4-Muito Bom; 5-Excelente

1. Sessão de Formação	1	2	3	4	5
O tema é pertinente para a minha função					
Os objetivos da sessão de formação foram cumpridos					
Os conteúdos abordados eram do seu conhecimento					
Os métodos pedagógicos utilizados pelo formador					
A duração da sessão foi adequada					
2. Formador					
O formador demonstrou domínio sobre o tema					
Os conteúdos abordados foram claros					
Esclarecimento de dúvidas					

3. Considera que os conteúdos abordados nesta sessão de formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a temática em questão?

SIM

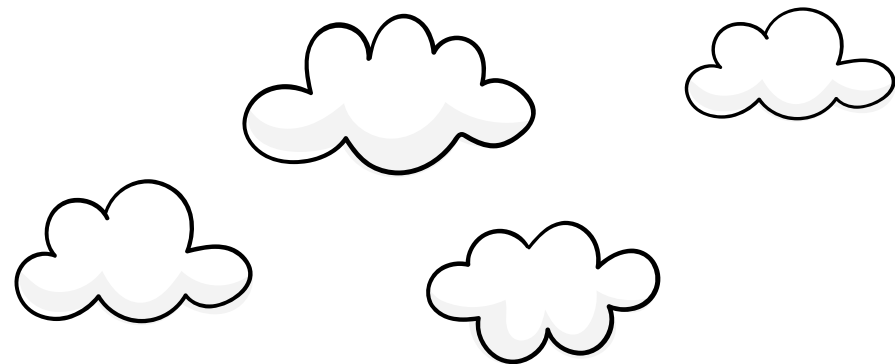
NÃO

4. Sugestões/Comentários

Obrigada pela sua colaboração.
A mestranda, Ana Margarida Silva

*“Acredite, você tem
forças para chegar onde
quiser”*

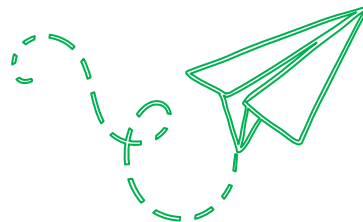
desconhecido



Diário da Esperança



Nota introdutória



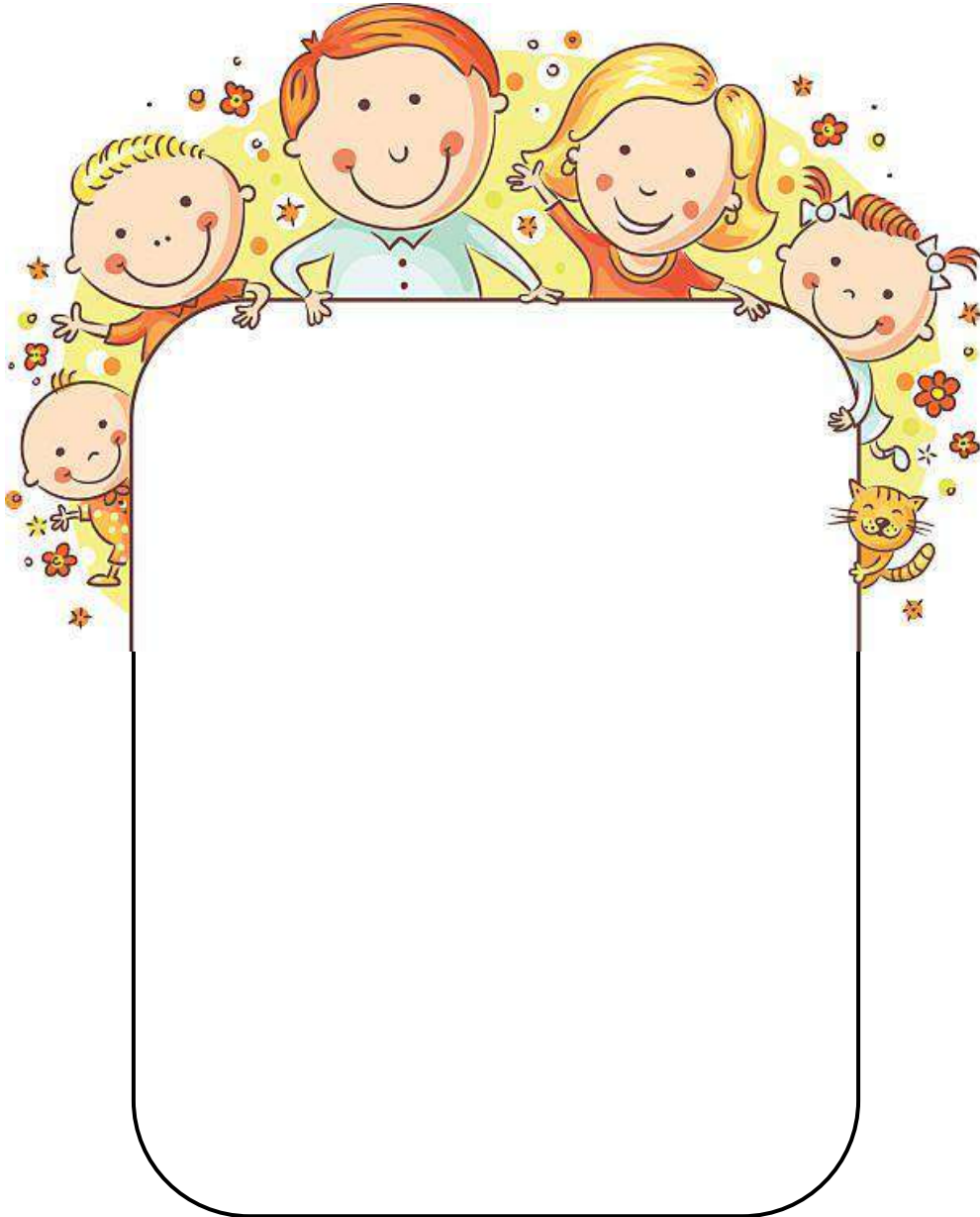
Este diário tem como objetivo registrar o seu percurso em conjunto com o seu filho, ao longo do internamento e para além dele.

Nele pode registar as lembranças dos bons momentos, sucessos, conquistas alcançadas e objetivos concretizados. Estas memórias podem ser registadas de forma criativa, através de uma frase ou palavra, um desenho ou fotografia, uma história ou o relato de um acontecimento especial.

Reúna as vivências mais felizes que lhe transmitam coragem e esperança, porque recordar bons momentos é fonte de força e de energia positiva, mesmo quando ao longo do caminho surgem obstáculos e dias menos bons!

Diário do meu percurso

Diário do meu percurso



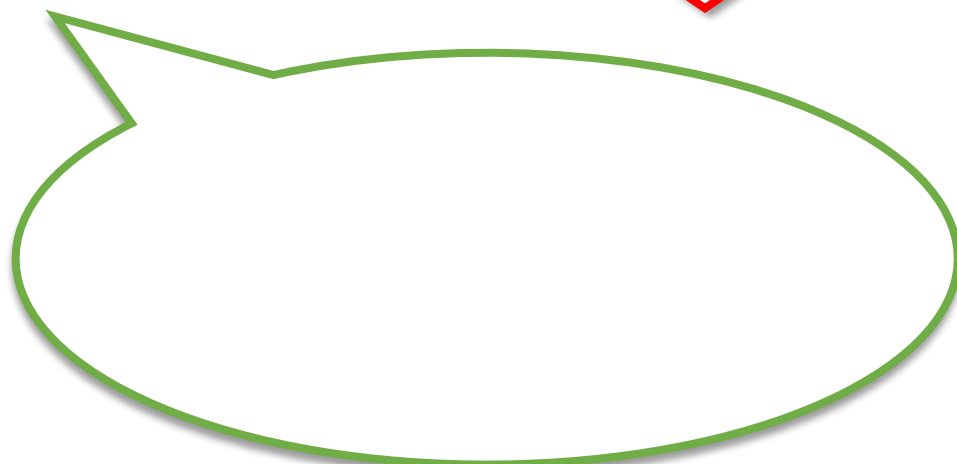
Cole neste espaço uma fotografia do seu filho



(Nome do seu filho)

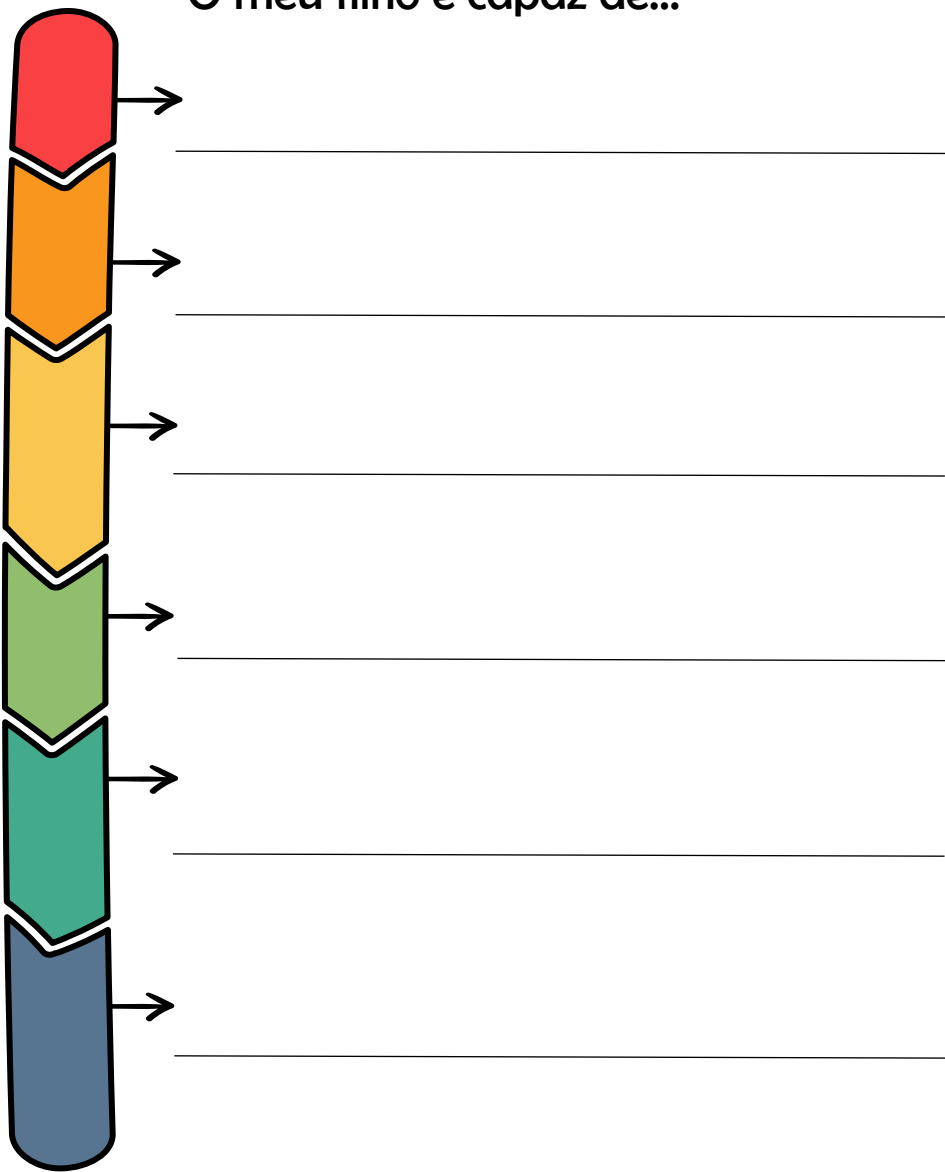
Diário do meu percurso

Qual a experiência que, no dia de hoje, transmitiu força e coragem para seguir em frente? O que aconteceu hoje de verdadeiramente inspirador? Que significado teve?

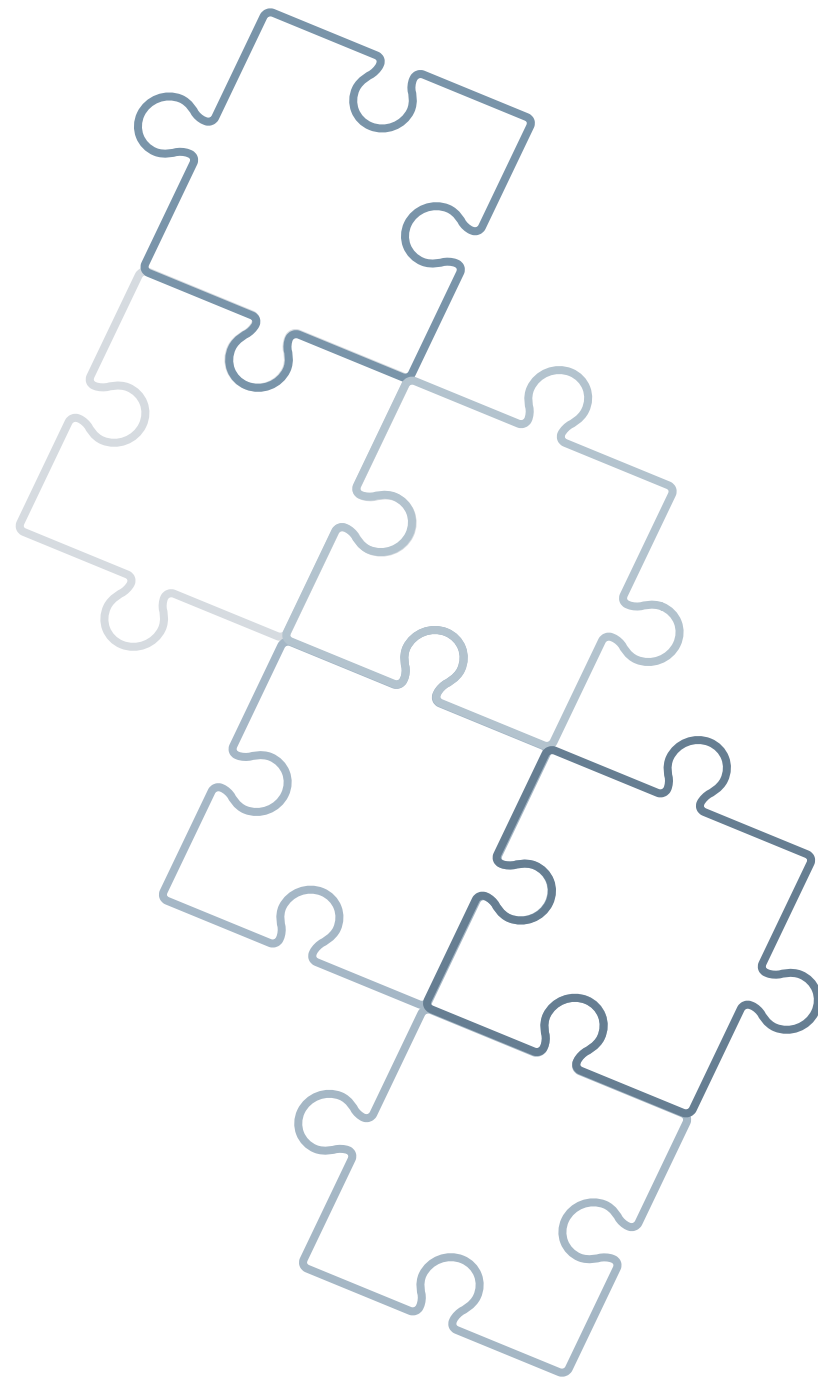


Conquistas do meu filho

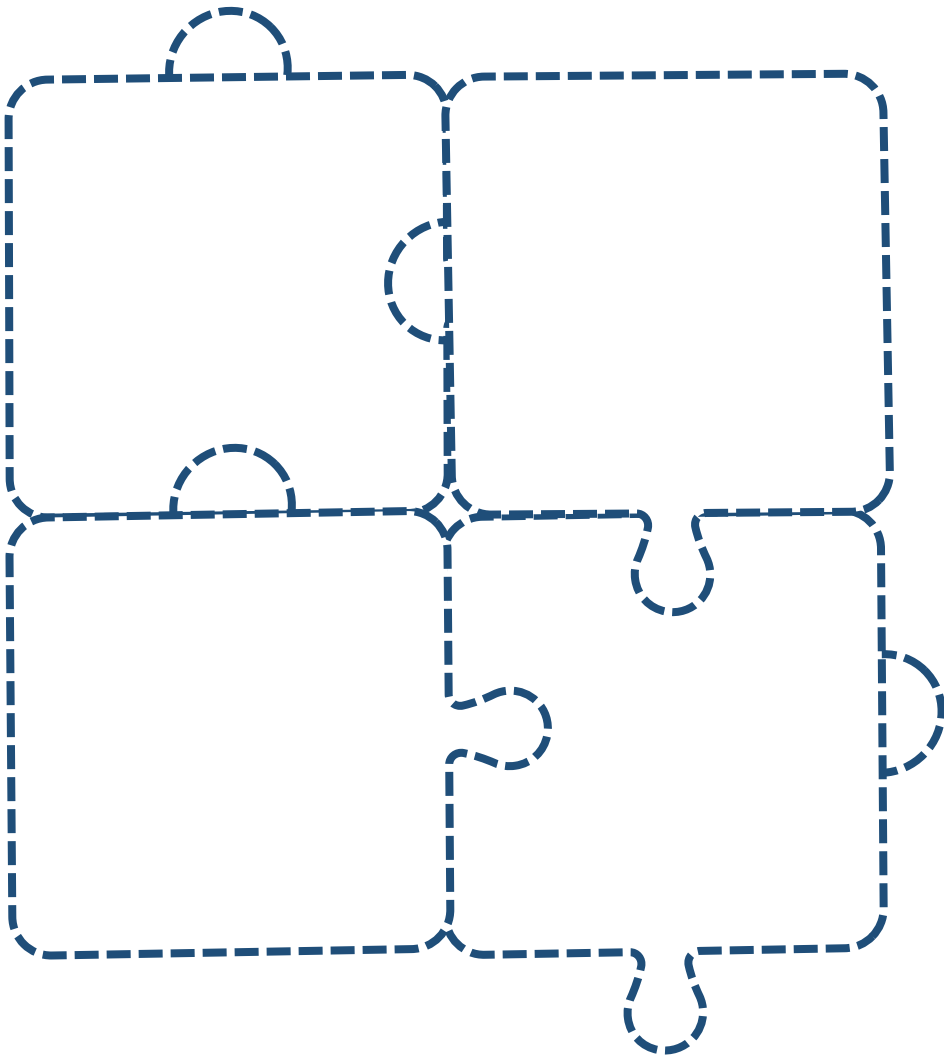
O meu filho é capaz de...



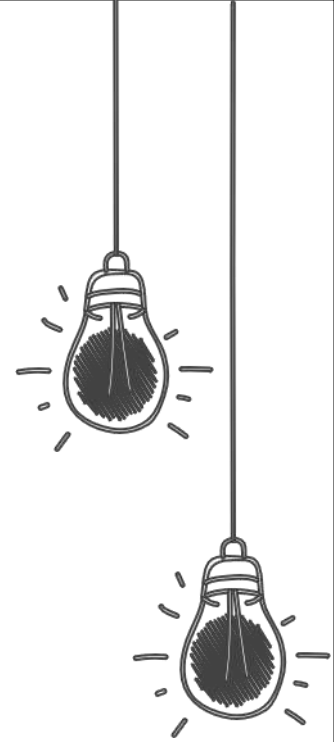
A vertical stack of six colored segments, each with a white arrow pointing to a horizontal line for writing. The segments are colored from top to bottom: red, orange, yellow, green, teal, and blue.



O meu símbolo de esperança é:



(Simbolize a sua esperança através de um objeto, cor, desenho, imagem, palavra, música,...)



Árvore dos Talentos

Escreva os seus melhores talentos enquanto
progenitor: "SOU CAPAZ DE..."

