



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

INTERVENÇÕES PREVENTIVAS NOS MAUS-TRATOS INFANTIS

A CRIANÇAS DOS 0 ATÉ AOS 5 ANOS DE IDADE

Diana Raquel Ribeiro Pereira

Maio de 2023

Porto



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

INTERVENÇÕES PREVENTIVAS NOS MAUS-TRATOS INFANTIS A CRIANÇAS DOS 0 ATÉ AOS 5 ANOS DE IDADE

Diana Raquel Ribeiro Pereira

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e
Pediátrica, orientado pela Professora Doutora Rita Fernandes e coorientada pela
Professora Olívia Barcelos, apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Maio de 2023

Porto

PENSAMENTO

“Só é possível ensinar uma criança a amar, amando-a.”

Johann Goethe

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José e Rosa
(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Às professoras orientadoras,

Rita Fernandes e Olívia Barcelos pela sua disponibilidade, ajuda e incentivo no decorrer deste percurso e na realização deste relatório.

Ao meu chefe,

Enfermeiro Francisco Mendes pelo apoio e pela motivação na concretização desta etapa.

Aos meus amigos,

Pela tolerância e palavras de incentivo que nunca me faltaram no decorrer de todo este meu desenvolvimento pessoal e profissional.

E por último,

A todas as crianças e famílias... pela motivação em ser mais competente e melhor profissional.

Muito Obrigada!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ANIP	Associação Nacional de Intervenção Precoce
CCF	Cuidados Centrados na Família
CJIJ	Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
IPI	Intervenção Precoce na Infância
OE	Ordem dos Enfermeiros
PBE	Prática baseada na evidência
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
RN	Recém-Nascido
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SNIPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SSB	Síndrome de Shaken Baby
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
USF	Unidade de Saúde Familiar
VD	Visita Domiciliária

RESUMO

Introdução: O percurso da prática clínica percorrido para a aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é fulcral para garantir o crescimento pessoal, profissional e aquisição de competências técnicas e cognitivas. Os maus-tratos infantis são considerados um problema de saúde pública com efeitos nefastos no desenvolvimento biopsicossocial da criança, especialmente nos primeiros cinco anos de idade, e que podem perdurar durante todo o seu ciclo de vida e este enfermeiro especialista encontra-se numa posição privilegiada para implementar estratégias de intervenções preventivas.

Objetivos: Realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas/adquiridas no decorrer do percurso formativo nos diversos contextos de estágio e identificar intervenções preventivas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos maus-tratos infantis a crianças dos 0 até aos 5 anos de idade com consequente desenvolvimento de uma proposta de intervenção de forma a colmatar a necessidade identificada.

Metodologia: Descritiva e Crítico-reflexiva no primeiro capítulo e posteriormente, uma Revisão Integrativa da Literatura com recurso a seis bases de dados, utilizando os descritores *MeSH* com critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Resultados: Nos diversos contextos do exercício da prática clínica foram desenvolvidas e adquiridas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e através da Revisão Integrativa da Literatura foi possível identificar intervenções preventivas nos maus-tratos infantis em crianças até à idade pré-escolar, nomeadamente na identificação dos fatores de risco e no aumento dos fatores protetores, elaborando uma proposta de intervenção.

Conclusão: Dada a complexa interação entre o indivíduo, a família, a comunidade e a estrutura sociopolítica mais ampla, o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner fornece uma estrutura conceptual para orientar estratégias e intervenções preventivas de maus-tratos infantis nesta faixa etária, contribuindo para uma excelência na qualidade dos cuidados prestados por este especialista.

Palavras-chave: Prevenção, Maus-tratos infantis, Recém-Nascidos, Lactentes; Crianças idade pré-escolar, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

Introduction: The course of the clinical practice taken for the acquisition and development of Common and Specific Skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing is essential to ensure personal and professional growth and the acquisition of technical and cognitive skills. Child abuse is considered a public health problem with harmful effects on the biopsychosocial development of the child, especially in the first five years of age, and which can last throughout their life cycle and this specialist nurse is in a privileged position to implement interventions strategies.

Objectives: Perform a critical-reflective analysis of the developed/acquired skills during the training course in the different internship contexts and identify preventive interventions by Specialist Nurse in Child and Pediatric Health in child abuse in children since 0 to 5 years old, with a development of a proposal intervention to respond the identified need.

Methodology: Descriptive and Critical-Reflexive in the first chapter and after, an Integrative Literature Review using six databases, with MeSH descriptors and previously defined inclusion and exclusion criteria.

Results: In the different contexts of clinical practice Specific Skills of the Specialist Nurse were developed and acquired and through the Integrative Literature Review it was possible to identify preventive interventions in child abuse in children up to pre-school age, such as the identification of risk factors and the increase of protective factors, elaborating an intervention proposal.

Conclusion: The interaction between the individual, the family, the community and the broader socio-political structure is complex, and Bronfenbrenner's Bioecological Model provides a conceptual framework to guide strategies and preventive interventions for child maltreatment in this age group, contributing to an excellence the quality of care provided by this specialist.

Keywords: Prevention, Child maltreatment, Newborn; Infant; Preschool age children, Specialist Nurse in Child and Pediatric Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	14
1.1 CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.....	15
1.2 PRESTAR CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM.....	23
1.3 ASSISTIR A CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE	32
2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	46
2.1 METODOLOGIA	50
2.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
2.3 DISCUSSÃO	56
2.4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
APÊNDICES.....	100
APÊNDICE I – FOLHETOS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	
APÊNDICE II – LIVRETO PREVENÇÃO SÍNDROME SHAKEN BABY.....	
APÊNDICE III – TABELA DE COLHEITA DE DADOS DOS ARTIGOS ELEGÍVEIS.....	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Categorias de situações de perigo diagnosticadas em 2021</i>	47
Figura 2. <i>Categorização por escalão etário e sexo das crianças com medida aplicada em 2021</i>	48
Figura 3. <i>Fluxograma PRISMA</i>	54
Figura 4. <i>Intervenções preventivas do EESIP.</i>	59
Figura 5. <i>Proposta de Intervenção: Intervenções Preventivas do EESIP nos Maus-Tratos em crianças dos 0 até aos 5 anos de idade.</i>	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Categorização dos resultados obtidos na RIL .</i>	55
---	----

INTRODUÇÃO

A elaboração do Relatório Final de estágio insere-se no âmbito da Unidade Módulo IV, inserida no 3.º semestre do 1.º Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), orientado pela Prof.^a Doutora Rita Fernandes e coorientado pela Prof.^a Olívia Barcelos.

O percurso efetuado presume o desenvolvimento de competências, enquanto afirmações de comportamentos, que pressupõem conhecimentos, habilidades, capacidades e atitudes, elementares para um exercício profissional eficiente (Gonçalves et al., 2014). Pretendemos realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas e adquiridas durante o percurso formativo em diversos contextos de estágio e identificar intervenções preventivas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) nos maus-tratos infantis a crianças dos 0 até aos 5 anos de idade, através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com conseqüente desenvolvimento de uma proposta de intervenção de forma a colmatar a necessidade identificada.

Os maus-tratos são considerados um problema de saúde pública que afeta toda a população a nível mundial, particularmente os grupos populacionais mais vulneráveis, como as crianças e os jovens, tendo conseqüências nefastas no crescimento, desenvolvimento, saúde, segurança, autonomia e dignidade dos mesmos (Suzuki et al., 2017).

Hodgdon e Landers (2021) e Suzuki et al. (2017), demonstram que maus-tratos nos primeiros cinco anos de vida da criança podem afetar a aquisição da linguagem, o desenvolvimento cognitivo e a autorregulação, com conseqüências mentais e fisiológicas negativas de curto a longo prazo, colocando em risco a saúde e a educação da mesma.

Crianças expostas à violência nos primeiros anos de vida têm maior probabilidade em usar a violência na adolescência e na idade adulta e um maior risco de se envolverem em comportamentos de risco (DGS, 2016). Como tal, é imperioso que o EESIP garanta que todas as crianças vivam livres de abuso e negligência, crescendo num ambiente e relações saudáveis.

Assim, face a esta preocupação, elaboramos uma RIL, permitindo reunir o conhecimento relativo à problemática, tornando possível, através da interpretação dos

resultados, executar uma proposta de intervenção, garantindo ganhos em saúde e uma melhoria da qualidade na prática dos cuidados.

Estruturalmente o presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo pretende espelhar as atividades realizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas durante o percurso formativo da prática clínica, com recurso a uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva. No segundo capítulo elaboramos uma RIL, com recurso a várias bases de dados (MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Methodology Register) e dividida em subcapítulos. Nestes subcapítulos da RIL, pretende-se demonstrar a pertinência do tema a ser investigado, expor a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a sua discussão, seguindo-se uma proposta de intervenção e finalizando este relatório com as considerações finais.

A redação do presente documento obedeceu às normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESSSM, está de acordo com a norma de referência *American Psychological Association (APA)* 7.^a edição, e foi redigido respeitando o acordo ortográfico em vigor.

1 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A enfermagem assinalou um percurso evolutivo de notoriedade ao longo dos anos, sustentado pela produção científica e na complexidade do seu exercício profissional, refletindo-se na qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados (Watson, 2018).

O seu desenvolvimento técnico-científico fez surgir um amplo conhecimento e uma produção de novas evidências, o que se torna imprescindível a todos os enfermeiros uma atualização constante de conhecimentos e que se mantenham ativos no desenvolvimento da sua formação. A qualidade dos cuidados prestados implica necessidade de atualização dos conhecimentos, baseada não só na teoria, mas igualmente aliada à prática e à reflexão crítica (Carvalho, 2020).

O processo de aquisição de competências é construído através do conhecimento da essência da profissão, da experiência adquirida pela prática e pela sua reflexão, traduzido em atitudes e comportamentos diários, sendo necessária uma permanente adaptação, desenvolvido pela formação e investigação (OE, 2018).

Como tal, foi iniciado o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de forma a obter conhecimentos e habilidades permitindo identificar as necessidades da criança/família e atuar em todos os contextos de atuação de Enfermagem.

A prática clínica desenvolveu-se a nível hospitalar, em cuidados diferenciados, nos serviços de Neonatologia, Pediatria Cirúrgica, Hemato-Oncologia Pediátrica e Urgência de Pediatria, e a nível dos cuidados de saúde primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e em Centros de Desenvolvimento/Unidades de Apoio à Criança.

O conjunto de competências do enfermeiro especialista estão organizadas em competências comuns e específicas. As competências comuns são idênticas a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e que se encontram subdivididas nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2018). Assim, no âmbito da nossa formação no presente curso de Mestrado, a prestação de cuidados foi regida pela ética e pelo Código Deontológico da profissão e nos princípios abrangidos no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), traduzindo-se numa capacidade de liderança e de

gestão adequadas e prestação de cuidados responsável e segura, com respeito pelos direitos humanos e da criança, e pelas melhores práticas com base na vontade e escolha do cliente.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista, estas resultam das respostas humanas em relação aos problemas de saúde e processos de vida dentro de cada área de especialidade (OE, 2019).

Neste caso, o EESIP desenvolve a sua atividade centrando-se na criança/família, através de uma parceria de cuidados, promove a saúde prestando cuidados individualizados à criança saudável ou doente, atuando em situações de emergência, garante a gestão da dor e do seu bem-estar, avalia e promove o desenvolvimento da criança, fornece cuidados antecipatórios e deteta situações de risco ou perigo, permitindo a sua referenciação (OE, 2018).

Neste sentido, o Regulamento nº422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE) declara que as competências específicas destes profissionais são:

- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
- Assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde;

Por conseguinte, será realizada uma análise reflexiva generalizada de cada unidade de competência.

1.1 CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas

Cuidar da criança/jovem com dor assume especial preocupação para os pais e para os enfermeiros, sendo da competência do EESIP efetuar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, através do uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. O enfermeiro especialista pelo contacto próximo e

privilegiado com a criança tem uma acrescida responsabilidade na manutenção e na promoção do seu bem-estar (OE, 2013).

É reconhecido que a dor tem efeitos adversos no desenvolvimento da criança, pois o *stress* como consequência da dor, provoca alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais, resultando num aumento da morbidade e da mortalidade (Friedrichsdorf & Goubert, 2021; McPherson et al., 2020).

Inúmeros procedimentos são realizados diariamente quer a nível hospitalar, quer a nível comunitário, e muitos são invasivos e potencialmente dolorosos. Estudos demonstram que Recém-Nascidos (RN) internados em unidades de neonatologia são frequentemente submetidos a procedimentos dolorosos – em média 8 a 10 vezes por dia, como por exemplo inserção de sonda orogástrica, exame da retina, inserção de cateter venoso central, aspiração endotraqueal, punção venosa e punção do calcâneo (Morales & Freire, 2019). A exposição à dor em bebés prematuros está associada a classificações mais altas de dor durante a punção venosa em idade escolar e com pior cognição e função motora (Balice-Bourgeois et al., 2020). De acordo com os mesmos autores, crianças com doenças físicas graves são frequentemente expostas a procedimentos dolorosos, como biópsia óssea, punção lombar e tratamento de feridas.

A exposição à dor em idade precoce aumenta o risco de desenvolver transtornos na vida adulta (dor crónica, ansiedade e depressão), razão pela qual uma gestão adequada da dor é importante em lactentes e crianças (Friedrichsdorf et al., 2021; McPherson et al., 2020;).

O controlo da dor consiste em prevenir e tratar a dor, mas para que este controlo seja eficaz, é necessário que seja realizada uma avaliação e reavaliação sistemática da dor e respetivo registo, uniformizando desta forma a linguagem dentro da equipa de saúde (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019). A avaliação da dor é efetuada de forma sistemática, com recurso a escalas adequadas, conforme a Orientação da Direção Geral da Saúde (DGS) nº 14/2010, e avaliada antes, durante e após quaisquer procedimentos, sendo boa prática realizá-los em sala própria, com um ambiente calmo e agradável, planeando-os e agrupando-os, de forma a reduzir o seu número.

Ao longo dos estágios, foram várias as escalas utilizadas, como por exemplo a escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) utilizada em RN, a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised* (FLACC-R), utilizada em crianças com multideficiência; crianças

menores de quatro anos ou sem capacidade para verbalizar utilizamos a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC); a escala *Wong- Baker Faces Pain Scale* (FPS), para crianças entre os quatro e os seis anos; a Escala Visual Analógica (EVA) ou a escala Numérica para crianças a partir dos seis anos de idade (DGS, 2010; Herr et al., 2019; McPherson et al., 2020; Werner et al., 2019).

O enfermeiro na sua prática de cuidados à criança com dor, deve implementar estratégias farmacológicas e estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor (OE, 2013).

No controlo da dor, as estratégias não farmacológicas não substituem as estratégias farmacológicas, no entanto, estudos realizados sobre a sua aplicabilidade clínica têm demonstrado a sua eficácia na dor leve a moderada, podendo ser utilizadas de forma isolada ou em associação com as estratégias farmacológicas (Gaglani & Gross, 2018; Hatfield et al., 2019).

As estratégias não farmacológicas que foram aplicadas em contexto de estágio hospitalar e comunitário, antes, durante e após a realização de qualquer procedimento (como por exemplo inserção de sonda nasogástrica, inserção de cateter vesical, punção venosa, punção lombar, vacinação ou tratamento de feridas) foram diversas, tendo em consideração o estágio de desenvolvimento da criança.

No estudo realizado por Benoit et al. (2021), em RN e lactentes a amamentação constitui uma intervenção analgésica no controlo da dor, além das vantagens afetivas e nutricionais que apresenta, e desta forma incentivamos a amamentação como medida de alívio da dor em todos os contextos.

De acordo com estudo realizado por Vu-Ngoc et al. (2020), a sucção não nutritiva é eficaz no controlo da dor aguda em RN e lactentes, pois inibe a hiperatividade e diminui o desconforto do bebé, e como tal, estimulamos sempre o uso de chupeta antes e durante qualquer procedimento doloroso efetuado.

Tendo em consideração de que o contacto pele com pele e a contenção manual ou com lençol são intervenções igualmente eficazes em controlar a dor no RN prematuro e no lactente pois abrandam a resposta comportamental e fisiológica à dor e reduzem a hiperatividade promovendo a sensação de proteção e segurança (Fitri et al., 2021; Hatfield et al., 2019), incentivamos os pais/cuidadores a pegarem no bebé ao colo e a encostarem

bochecha-a-bochecha, bem como a envolver o RN em lençóis, de forma a sentir-se mais seguro.

A exposição prolongada a níveis elevados de ruídos no RN prematuro tem como consequências um aumento no consumo de oxigénio e da frequência cardíaca, perda de audição e predispõe para hemorragias intracranianas (Martins et al., 2022). A estratégia por nós adotada constituiu-se na redução do ruído, como falar num tom de voz baixo e diminuir o som de alguns alarmes dos monitores.

Nas crianças em idade pré-escolar, de acordo com recomendações da OE (2013), estimulamos a presença dos pais, o reforço positivo, a musicoterapia, o contar histórias (a mesma história muitas vezes), ver vídeos, estratégias de relaxamento - respiração abdominal/diafragmática, como por exemplo soprar uma vela ou cheirar uma flor e estimulamos a presença do brinquedo favorito. Por exemplo nas punções venosas a presença dos pais e do brinquedo favorito revelou-se bastante útil pois verificamos que diminuiu a ansiedade das crianças aquando este procedimento. O brincar confere à criança a expressão livre dos seus desejos e medos, promove a diversão, a autonomia, a autoestima, o autocontrolo e a socialização, não só com outras crianças, mas também com os profissionais de saúde (Erçelik & Yardimci, 2020; Grezski & De Farias, 2022).

Nas crianças em idade escolar, tendo em consideração a importância da informação antecipada como forma de reduzir a sua ansiedade e medo (Bradford et al., 2019), adaptamos a informação à idade da criança, com uso de frases simples e claras para que pudesse compreendê-las e explicando-lhe as etapas do procedimento, com recurso a desenhos, vídeos, jogos, música e manipulação de determinados equipamentos, aumentando assim o seu autocontrolo.

Considerando técnicas de relaxamento sugeridas para esta faixa etária (OE, 2013), estimulamos certos exercícios na criança, como por exemplo pedimos-lhe para descontrair o queixo e ombros, de forma a respirar lentamente, inspirando pelo nariz, encher os pulmões ao máximo e sustentar a respiração por três segundos e expirar pela boca.

Nos adolescentes o uso de informações antecipatórias e técnicas de relaxamento revelam-se eficazes no controlo e alívio da dor (Bradford et al., 2019; Erçelik & Yardimci, 2020; Grezski & De Farias, 2022), e tendo por base estas evidências, fizemos uso de uma linguagem simples, recorremos ao humor e à distração através da realização de desenhos ou puzzles, e incentivamos ouvir música.

Garantimos uma gestão individualizada e diferenciada da dor com aplicação de conhecimentos e habilidades em intervenções não farmacológicas, contribuindo assim para uma melhoria na qualidade dos cuidados.

Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade:

As doenças crónicas/oncológicas e incapacitantes implicam mudanças significativas na vida da criança/adolescente, não só pelas experiências negativas que vão vivenciar, nomeadamente tratamentos, hospitalizações, experiências de dor, alterações na imagem corporal, perda de controlo, medo, angústia, culpa, ansiedade, mas também porque limitam as suas experiências e oportunidades de desenvolvimento, exigindo uma adaptação a novos hábitos e rotinas (Schardong et al., 2017).

Perante a condição de fragilidade dos seus filhos, os pais vivenciam igualmente sentimentos como culpa, medo, ansiedade, frustração, sofrimento pela situação e sentem-se desgastados, divididos e exaustos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Seja qual for a idade da criança, a doença crónica, oncológica ou incapacitante é um processo não natural, com repercussões nos vários elementos da família e sendo assim, o EESIP deve ajudar os pais a lidarem e a superarem as experiências menos positivas e a envolvê-los nos cuidados ao filho (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ao deparar-se com uma situação indutora de *stress*, como é o caso de uma doença oncológica, a criança/jovem deverá ajustar-se à sua nova condição, adquirir e desenvolver novas competências que lhe permitam a adaptação, o que inevitavelmente influencia o curso da doença e o seu ajuste psicossocial (Stein et al., 2019).

Designa-se por *coping* o conjunto de mecanismos comportamentais e cognitivos utilizados pelo indivíduo, com o objetivo de gerir certas adversidades que surgem em situações de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984). Quando os mecanismos de *coping* não são suficientemente eficazes, há um risco de desorganização e o EESIP deve dirigir a sua atenção promovendo a resiliência individual/familiar (Pertence, 2020).

A resiliência refere-se à capacidade do ser humano em responder às adversidades enfrentadas ao longo do seu ciclo de desenvolvimento de uma forma positiva, e resulta na conjugação das suas características individuais e do seu ambiente familiar, social e

cultural, sendo um equilíbrio entre os fatores que ajudam a superar as adversidades (fatores de proteção) e fatores que a dificultam (fatores de risco) (Noronha et al., 2009).

Exemplo disto, aquando do estágio no serviço de Hemato-Oncologia Pediátrica, o caso de um adolescente em que foi diagnosticado um meduloblastoma.

A adolescência corresponde a um período do desenvolvimento humano em que ocorrem alterações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais e uma busca pela independência e liberdade (Guimarães, Pacheco, Nunes & Silva 2020). Ao ser diagnosticada uma doença oncológica, o adolescente vê a sua autonomia a ser comprometida, nomeadamente no decorrer dos tratamentos e hospitalizações, que frequentemente implica o recurso à ajuda dos pais e à necessidade de serem cuidados pelos profissionais de saúde. Em alguns momentos o adolescente sente que deveria ser incluído nas discussões sobre o processo de doença e de tratamento, realizadas pelos pais e profissionais de saúde, mas noutras alturas deseja que os pais tomem as decisões por ele (Figueiredo et al., 2020).

Em contexto de hospitalização é importante o diálogo existente entre o adolescente e o enfermeiro, na construção de uma relação terapêutica e trabalhando em parceria de cuidados, permitindo ao adolescente a construção do seu processo de resiliência (Figueiredo et al., 2020).

Propiciando aos adolescentes uma escuta ativa e valorizando a sua individualidade, história de vida e sentimentos, contribui-se para um aumento da sua autoestima e conseqüentemente adotam-se posturas que contribuem para o aumento da resiliência desses adolescentes, no sentido de torná-los autónomos e independentes (Stein et al., 2019). Sendo assim, recorreremos a uma linguagem clara e simples, respeitando e valorizando as crenças, medos e preocupações deste adolescente e sua família. A nossa intervenção foi baseada em estratégias promotoras da autonomia, do autocuidado e da negociação da participação deste jovem e da sua família no processo do cuidar, bem como no reforço de fatores protetores, como a resiliência.

Alguns fatores individuais contribuíram, neste caso específico, para o aumento da resiliência no adolescente (Oliveira & Gameiro, 2021) como: o temperamento, a estabilidade emocional, a autoimagem positiva, o pensamento positivo, além de boas competências sociais, tais como a empatia e humor.

Face a esta preocupação para melhorar a adaptação deste adolescente à doença oncológica, realizamos uma pesquisa na literatura onde constatamos que existem cinco componentes que constituem a resiliência, a *Resilience Scale* e que Felgueiras et al. (2010) validaram para a população portuguesa, que são a perseverança, a autoconfiança, a serenidade o sentido da vida e a autossuficiência.

Neste sentido, com recurso a esta escala, e de acordo com as orientações destes autores, procuramos implementar intervenções dentro destas cinco dimensões identificadas. No que diz respeito à “perseverança”, encorajamos o adolescente a falar sobre os seus problemas e em estabelecer metas e objetivos relacionados com a gestão da doença, como por exemplo, em conseguir falar abertamente sobre a sua doença oncológica; relativamente à “autoconfiança”, ajudamos o adolescente a encontrar pontos fortes da sua personalidade, facilitadores no processo de gestão da doença como por exemplo o seu humor, a empatia, e uma boa autoestima e ajudamos o adolescente a estabelecer prioridades reais, como por exemplo, terminar o secundário. Quanto à categoria “serenidade”, mantivemos sempre uma postura calma perante o adolescente, mostrando-lhe tempo e disponibilidade para o ouvir e estar com ele, demos resposta às suas dúvidas e auxiliamos na expressão de emoções e medos - por várias vezes verbalizou o medo da morte e proporcionamos momentos para que este estivesse sozinho, sem a presença dos pais. Segundo os autores é fundamental respeitar os gostos pessoais, hábitos e rotinas e dessa forma ajudamos o adolescente a encontrar atividades lúdicas e de distração durante o internamento que fossem do seu agrado, como por exemplo jogos, música e videochamadas com os amigos. No que diz respeito à quarta categoria “sentido da vida”, apoiamos igualmente este adolescente esclarecendo-o acerca da sua doença oncológica, a falar sobre a vida e sobre a morte, sem rodeios e favorecemos o uso de estratégias para lidar com o medo, como por exemplo, o apoio no seu círculo de amigos e familiares. Finalmente, relativamente à quinta e última categoria da resiliência, a “autossuficiência”, analisamos com o adolescente o que ele pode e o que não pode fazer relativamente à gestão da sua doença; alertamo-lo para informações erróneas que pode encontrar nas redes sociais e na internet, informando-o acerca de sites credíveis, por exemplo o site da Fundação Rui Osório de Castro (FROC) - https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2023/02/Publicac%CC%A7a%CC%83o-Adolescentes_2023.pdf e

orientamos o adolescente para redes de suporte com jovens que partilham o mesmo tipo de doença - <https://www.pipop.info/criancas-e-jovens/> (FROC, 2022).

Cuidar do adolescente com doença oncológica, implica um cuidar em parceria com a família, em que o papel do EESIP passa também pela implementação de estratégias de apoio, ensino e encaminhamento destas mesmas famílias, assente na filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) (Oliveira & Gameiro, 2021).

Houve uma preocupação constante em fornecer apoio emocional aos pais, e caso assim o desejassem, encaminhá-los para serviços de apoio psicológico/social/religioso. O apoio na religião durante o tratamento, assume-se frequentemente na família como uma medida de promoção de esperança, conforto psicológico e redução dos sintomas de *stress* e ansiedade (Jaramillo et al., 2019; Rossato et al., 2022).

A família e os amigos, assim como os próprios profissionais de saúde, constituem as principais fontes de suporte mais valorizadas pelos pais de crianças com doença oncológica. O apoio emocional, que os primeiros são capazes de lhes fornecer e o apoio formal garantido pelos enfermeiros e médicos, são bastante valorizados pelos pais, auxiliando-os na gestão das emoções, e permitindo-lhes uma maior confiança nas suas capacidades para ultrapassarem as dificuldades intrínsecas ao processo de transição (Hockenberry, & Wilson, 2014).

Comunicar com outros pais que estão a passar por algo semelhante, mesmo em diferentes fases da doença e tratamento, ajuda-os a lidarem com os efeitos da situação em que estão inseridos, estabelecendo estratégias para poderem enfrentar a doença com mais força, segurança e esperança, que são benéficos não só para eles, como também para os filhos, uma vez que poderão transmiti-los e partilhá-los com eles (Rossato et al., 2022). Foi realizada essa aproximação com pais e jovens que estão a passar pela mesma situação e orientamos para os recursos da comunidade- a Casa Ronald McDonald, a Segurança Social e a Associação Acreditar, redes de apoio disponibilizadas em ambiente hospitalar.

1.2 PRESTAR CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM

Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, ordenado e único, constituído por uma sucessão de processos de mudanças: nas capacidades motoras, cognitivas, socio-afetivas e na linguagem da criança, sendo essas aquisições progressivamente mais complexas e influenciadas por diversos fatores: genéticos, ambientais, psicológicos, nutricionais, grau de estimulação e ainda pelo impacto de uma eventual doença (Goes & da Silva Leite, 2017).

Um desenvolvimento infantil normal nos primeiros anos de vida da criança, contribui não só para a formação de um indivíduo com as suas potencialidades desenvolvidas, como também aumenta a probabilidade de tornar-se um cidadão socialmente competente, apto a enfrentar adversidades, reduzindo assim as desigualdades sociais e económicas da nossa sociedade (Neto, de Brito Nunes, de Andrade, de Souza Vieira, da Silva Reichert, & de Brito Santos, 2020).

É reconhecido pelos diversos modelos biopsicossociais que o desenvolvimento humano está sujeito a inúmeras influências, sendo o produto de uma herança genética e do ambiente externo (Silva et al., 2018).

Ao realizar a avaliação do desenvolvimento infantil, o EESIP deve deter conhecimentos em relação às etapas normais do desenvolvimento e manter vigilância das situações mais preocupantes e identificar precocemente as alterações, intervindo de forma adequada (Cavalheiro et al., 2021).

Segundo a Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) (2022), é fundamental a identificação precoce das crianças que apresentem desvios patológicos da normalidade, para que estas sejam sinalizadas e encaminhadas para uma avaliação do desenvolvimento mais completa, e iniciar intervenção, para recuperar algumas competências e para evitar sequelas. De acordo com esta entidade, as crianças com deficiência ou em risco de atraso do seu desenvolvimento e suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Esta unidade de competência e seu critério de avaliação, foi maioritariamente desenvolvido a níveis dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ) e das Visitas Domiciliárias (VD).

Por exemplo, em consulta a um lactente de seis meses e sua família, questionamos os pais se houve alguma intercorrência desde a consulta anterior e iniciamos a consulta com a avaliação dos parâmetros antropométricos, nomeadamente com o peso, comprimento, perímetro cefálico e os registos foram efetuados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e no SClínico[®] para assim se estabelecer um padrão de evolução, que consiste em comparar os valores do peso, comprimento/estatura, índice de massa corporal e perímetro cefálico, nas curvas de crescimento, de forma a determinar se o crescimento está a ser adequado ou não (DGS, 2013).

A consulta prosseguiu com a realização do exame físico e em seguida aplicamos os itens da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (DGS, 2013).

Esta escala é um método preciso e exato de rastreio do desenvolvimento da criança dos 0 anos 5 anos de idade, que permite comparar a criança com o padrão em diferentes faixas etárias e verificar se há ou não atraso do desenvolvimento, permitindo a sua referenciação (João & Loureiro, 2021).

De acordo com as recomendações da DGS (Rêgo et al., 2019) prosseguimos com a consulta dando início à temática da diversificação alimentar – introdução de carne e peixe, reforçamos a importância de manter a suplementação com vitamina D e a importância dos cuidados de saúde oral: dos 0-3 Anos: escovagem realizada pelos pais a partir da erupção do primeiro dente, 2x/dia (uma obrigatoriamente ao deitar), utilizando uma gaze, dedeira ou escova macia de tamanho adequado com dentífrico fluoretado 1000/1500 ppm, equivalente ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da criança. Em relação ao sono da criança, o recomendado nesta faixa etária é cerca de 12 a 16 horas diárias (incluindo sesta) e planeamos a transição da criança para o quarto próprio.

No que diz respeito às atividades promotoras do desenvolvimento neste lactente de seis meses, tivemos em consideração as orientações da DGS (2013), e desta forma incentivamos os pais a oferecerem brinquedos apropriados para a idade dos seus filhos, como por exemplo uma bola de tamanho médio, de cores vivas, ou cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar um objeto de uma mão para a outra e despertando o interesse do bebé; reforçamos a importância de o sentar com apoio para

que possa participar de forma mais ativa no meio que o rodeia e em coloca-lo num tapete adequado, incentivando-o a deslocar-se rolando e em pegar nos brinquedos que estejam mais longe e reforçamos a importância de conversar e dançar com o bebé.

Instruímos os pais para a prevenção de acidentes nesta faixa etária, e elaboramos um folheto (Apêndice I) que distribuímos aquando a consulta e nas VD.

De facto, os cuidados antecipatórios fornecidos pelo EESIP permitem capacitar os pais para a gestão do potencial de saúde da criança, através de informações e orientações, no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis e superação de potenciais riscos para a saúde (João & Loureiro, 2021).

Após a pandemia por Covid-19 verificou-se uma diminuição nos hábitos de exercício físico nos adolescentes (Scapaticci et al., 2022). De facto, nos diversos contextos de atuação, deparamo-nos com adolescentes que nos relataram que o seu passatempo favorito era ver séries na televisão e/ou jogar no computador e telemóvel. Face a tal, incentivamos a adoção de estilos de vida saudáveis, como a prática de atividade física e uma alimentação saudável, referindo que a vida sedentária é um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, nomeadamente as doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte no mundo (Xiang et al., 2020).

Abordamos igualmente mais fatores de risco, como por exemplo o risco do consumo de álcool, como iremos descrever no subcapítulo seguinte.

Em contexto hospitalar, a nível de internamento, constatamos que a hospitalização pode ser comprometedora do normal desenvolvimento infantil. Assim sendo, abordamos todas as temáticas que descrevemos anteriormente e promovemos igualmente a socialização das crianças neste contexto, permitindo a colaboração de vários profissionais (educadores, professores), bem como a possibilidade de assistir às aulas *online*.

O ambiente de afeto, a promoção da segurança (para que as crianças ultrapassem a ansiedade e o medo do hospital) e a promoção de atividades lúdicas, são exemplos da aplicação destas intervenções neste contexto. Com o brincar, verificamos que as crianças afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento e medo, refletem sobre a situação e criam estratégias de adaptação à nova condição (Hockenberry et al., 2018).

Deste modo, a gestão do bem-estar da criança, assim como a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil constituíram o nosso foco, intervindo junto da

criança/jovem e família, para que estas ficassem dotadas de competências para desenvolverem todo o seu potencial.

A intervenção do EESIP tem como imperativo a promoção da saúde e promoção do desenvolvimento, intervindo nas famílias, com intervenções preventivas de apoio e promoção à parentalidade, trabalhando numa parceria de cuidados, com a finalidade de proporcionar aos pais sentimentos de confiança, segurança e satisfação no exercício do seu papel, de modo a oferecerem as melhores condições para um crescimento e desenvolvimento adequados (OE, 2018).

Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do Recém-Nascido (RN) doente ou com necessidades especiais:

O processo de vinculação inicia-se no período pré-natal com o desejo da gravidez e o seu planeamento vai-se desenvolvendo durante a gestação (Hill & Flanagan, 2020). Após o nascimento e com a possibilidade de verem o RN, tocar e cuidar dele, promove-se o reconhecimento do filho e estabelece-se o vínculo da tríade mãe-pai-RN (Querido et al., 2022). Segundo estes autores, para um desenvolvimento físico, psicológico, cognitivo e emocional adequado da criança é fundamental que haja a formação de um vínculo afetivo forte a pelo menos um cuidador, uma vez que esta relação irá afetar as relações de vinculação ao longo de todo o seu ciclo de vida.

É importante que o EESIP esteja atento à qualidade da interação mãe-bebé e/ou pai-bebé e identifique possíveis dificuldades e intervenha o mais precocemente possível, evitando o risco de aparecimento de problemas ou eventuais sequelas (Querido, 2021).

Quando o filho nasce prematuramente ou apresenta uma patologia que implica o internamento numa unidade hospitalar, ocorre uma quebra no processo de vinculação, que inevitavelmente prejudica o estabelecimento do vínculo da tríade no período pós-natal precoce (Querido et al., 2022).

Em contexto do estágio de Neonatologia, deparamo-nos com um caso de uma RN prematura com 36 semanas e 3 dias, internada nesta unidade com o diagnóstico de sépsis neonatal. Tendo em consideração de que o processo de vinculação se inicia através do toque, do calor, da pele e da voz (Querido et al., 2022), neste caso clínico em específico, incentivamos a proximidade física dos pais com o seu bebé, sabendo que esta apresenta

diversos benefícios para o desenvolvimento do RN - estabilidade hemodinâmica, ganho de peso, estabilização da temperatura, diminuição do tempo de internamento, neurodesenvolvimento e dor, bem como para os seus pais, pois ajuda a familiarizarem-se e em compreenderem melhor os seus filhos e em fortalecerem os laços afetivos (Querido et al., 2022).

A amamentação oferece muitos benefícios especiais, nomeadamente em relação à mãe, como reforço dos sentimentos de autoestima, confiança e de sucesso materno e no bebé tem as vantagens de favorecer o crescimento e desenvolvimento e a adaptação social (Querido et al., 2022).

Esta RN prematura ainda não possuía autonomia alimentar, pelo que era alimentada por sonda nasogástrica. Desta forma, com o intuito de ultrapassar esta barreira, de acordo com os autores supracitados, estimulamos os pais a participarem e em proporcionarem momentos de aconchego e conforto com a bebé, como por exemplo incentivamos a mãe a extrair leite junto da sua filha, na presença do pai, de forma a promover o desenvolvimento de uma maior conexão entre eles e a bebé, bem como a serem autónomos na administração do leite por gavagem.

É fundamental apoiar os pais no reconhecimento das potencialidades da sua filha, demonstrar disponibilidade para a expressão de sentimentos e preocupações e auxiliar a adquirir e desenvolver conhecimentos e habilidades, promotores do papel parental (Adama et al., 2022). Fornecemos informações, orientações, instruções e realizamos diversos ensinamentos e treinos para que prestassem os melhores cuidados à sua filha.

Como tal, podemos afirmar que integramos os pais na equipa de saúde e envolvemo-los na prestação de cuidados ao filho, para que pudessem continuar o processo de vinculação. Planear os cuidados simultaneamente com os pais fá-los sentirem-se incluídos e ouvidos, facilita a sua participação e sentem-se orgulhosos em prestar cuidados (trocar fralda, vestir, dar banho) ao seu filho (Querido et al., 2022).

Também em contexto de saúde comunitária foi possível avaliar o desenvolvimento do vínculo e da parentalidade.

Na verdade, os CSP “constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto-Lei nº28/2008).

Neste contexto, conforme foi experienciado, o EESIP detém um papel fulcral no apoio à vinculação e parentalidade, constatado através da CSIJ e da VD. Fornecemos uma série de apoios, entre eles o aumento do conhecimento, da consciencialização e das habilidades dos pais em fornecerem práticas parentais seguras e responsivas e em proporcionarem ambientes domésticos mais seguros e mais estimulantes para os seus filhos, nomeadamente com a elaboração de folhetos e livretos referentes à prevenção de acidentes e prevenção do Síndrome de Shaken Baby (Apêndice II), que distribuímos aquando as consultas da USF e UCC (Unidade de Cuidados Continuados), recorrendo a informação verbal, que abordaremos mais pormenorizadamente no subcapítulo seguinte.

A relação entre os pais e o EESIP deve basear-se em interações positivas, capazes de criar uma parceria e comunicação facilitada entre ambos. A comunicação permite que os pais se tornem parceiros nos cuidados e na decisão, enquanto os enfermeiros os capacitam a cumprir o seu papel parental, aumentando a autoconfiança dos pais, criando uma sensação de controlo e sentimento de vínculo face ao RN (Adama et al., 2022).

Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

As famílias são consideradas parceiras integrais na prestação de cuidados de saúde à criança/jovem e a importância em fornecer informações compreensíveis, imparciais e oportunas de uma forma de apoio é identificada como essencial para melhorar os CCF (Deepika & Rahman, 2020).

A comunicação é uma das principais habilidades que o EESIP deve deter ao cuidar da criança/jovem e família, estabelecendo com estas uma ligação essencial para que sintam segurança, confiança e tranquilidade (Fernandes, 2018).

A comunicação eficaz, onde está incluída a verbal e a não verbal (expressão facial, tom de voz, toque, postura e silêncio), permite a exposição das preocupações dos pais, crianças e jovens, revelando-se fundamental para a prestação de cuidados de qualidade (Hockenberry & Wilson, 2014).

Comunicar com a criança/jovem implica reconhecer as aquisições esperadas de linguagem e de pensamento da criança, pois a compreensão das características típicas de cada estágio de desenvolvimento é imprescindível à comunicação e ao reconhecimento

de barreiras na comunicação. Isso inclui prestar atenção a quaisquer deficiências e/ou dificuldades de aprendizagem, de forma a ultrapassar essas limitações e tornar a comunicação eficaz (Dryden & Greenshields, 2020).

Como tal, foi útil rever os aspetos do desenvolvimento que são mais pertinentes, tendo por base os estádios do desenvolvimento cognitivo de Piaget, que fornece uma visão geral em relação a como os indivíduos se relacionam com os conceitos (Babakr et al., 2019).

Por exemplo, no RN as formas de comunicação são pouco elaboradas e exprimem essencialmente as suas necessidades de conforto e bem-estar através do choro e expressões de bem-estar (Hockenberry et al., 2014), e como tal, utilizamos um tom de voz suave, o olhar, o toque e colo; o lactente usa e compreende a linguagem não-verbal, verbaliza sons compreendidos pelos seus cuidadores, chora para manifestar insatisfação e/ou pedido de presença de alguém, sorri e palpa e surgem reações corporais e expressões faciais a estímulos externos - voz, sons altos, movimentos súbitos (Babakr et al., 2019), por isso preocupamo-nos em manter o cuidador sempre presente (evitamos a separação entre a mãe e o filho), proporcionamos colo, tom de voz suave, chupeta e o seu brinquedo preferido; crianças em idade pré-escolar comunicam centrados neles (são egocêntricos), têm medo da separação, da lesão corporal e da dor (Hockenberry et al., 2014), por isso a nossa atuação ao interagir com crianças nesta faixa etária foi a de evitar a angústia da separação, em fornecer explicações simples e honestas não ridicularizando os sentimentos das crianças e não ameaçando com procedimentos dolorosos, como por exemplo qualquer procedimento mais invasivo. Permitimos igualmente que a criança manuseasse certos equipamentos a nível hospitalar, como por exemplo auxiliar na colocação do sensor de oxigénio ou braçadeira para avaliação da tensão arterial e incentivamos a presença do seu brinquedo favorito. O recurso à brincadeira lúdica como estratégia de comunicação terapêutica foi útil na redução do nível de ansiedade e medo associados à realização de procedimentos invasivos (Almeida Gomes et al., 2019), como por exemplo, em punções venosas e punções lombares realizadas em contexto hospitalar, ou na administração de vacinas realizadas em cuidados de saúde primários, amenizando o impacto de experiências desconhecidas e stressantes, permitindo cuidados humanizados e de qualidade às crianças e suas famílias (Grezoski & De Farias, 2022).

Já a criança em idade escolar, possui um domínio da linguagem, confia menos no que vê e mais no que sabe, inicia um pensamento mais abstrato, procura explicações e motivos para tudo, interessa-se pela manipulação de materiais dos procedimentos, por objetos, pela atividade e preocupa-se com a integridade física (Hockenberry et al., 2014). O adolescente é habitualmente colaborante e comunicativo, mas pode apresentar alguma raiva, revolta e isolamento, emoções frequentemente vivenciadas nesta fase. Responde em poucas palavras (quando menos confiante) e revela dificuldade em discutir as suas preocupações com um membro da família, mas por vezes partilha-as com o enfermeiro. Nesta idade, gosta de sentir que têm interesse por ele, não tolera que não o respeitem e nem sempre adequa as palavras ao que realmente sente (Hockenberry et al., 2014). Fornecemos explicações honestas e informações de acordo com suas necessidades, conhecimentos prévios e intelectuais, não ridicularizamos os seus medos e sentimentos e respeitamos a sua privacidade. Recorremos a uma linguagem clara, objetiva e uma escuta ativa, respeitando a capacidade de interpretação, literacia, nível sociocultural e crenças da criança/família.

A escuta ativa permite mostrar à criança/jovem e família a nossa disponibilidade em ouvir e compreender o que têm para dizer e encoraja a serem mais abertos e honestos connosco e a terem mais vontade de recorrer ao EESIP como meio de suporte (Rodrigues, 2021).

Durante este percurso de aquisição de competências, constatou-se que, independentemente do contexto de atuação, o EESIP deve possuir capacidades de comunicação efetiva com os pais, capacidade de escuta e de empatia, transmitindo segurança e tranquilidade e conseqüentemente estabelecendo relações de confiança, permitindo a exposição das suas preocupações, imprescindíveis para a prestação de cuidados de qualidade.

A comunicação nem sempre é eficaz na prestação de cuidados de saúde, uma vez que nem sempre a criança/jovem/família consegue entender de forma adequada o profissional de saúde e/ou nem o profissional de saúde os consegue entender, dada a crise/instabilidade em que se encontram, podendo esta situação surgir associada a diferentes tipos de barreiras na comunicação (Borba et al., 2017), como os que nos deparamos em contexto hospitalar de urgência e internamento. Um exemplo disso diz respeito a uma situação de comunicação de más notícias, que decorreu a nível de

internamento de oncologia pediátrica, a um adolescente/família a qual tinha sido diagnosticado um meduloblastoma. De facto, a transmissão de más notícias revela-se uma dificuldade na comunicação com a criança/jovem e sua família (Dupont et al., 2021). O treino de competências de comunicação acarreta consigo várias vantagens para os profissionais, nomeadamente no melhor controlo de emoções, num menor nível de *stress*, numa melhor qualidade de cuidados, numa maior satisfação profissional e em menos situações de *burnout* (Monteiro, Siqueira, & Trentin, 2021). Para a criança e família, este treino de competências de comunicação permite uma maior satisfação e estabilidade emocional, uma melhor adaptação à doença, maior adesão aos tratamentos e maior controlo da dor (Monteiro, Siqueira, & Trentin, 2021).

Face a esta problemática, surgiu a oportunidade de desenvolver competências nesta temática, assistindo a uma formação em serviço referente à transmissão de más notícias em cuidados paliativos pediátricos, e que revelou ser útil na comunicação com a criança/jovem/família com doença oncológica, utilizando como recurso um protocolo, o protocolo de *Buckman* (Dupont et al., 2021).

O protocolo de *Buckman*, segundo estes autores, cuja mnemónica corresponde a *SPIKES*, descreve os seis passos para comunicar más notícias. O primeiro passo “S” - *Setting up*, refere-se à preparação do profissional de saúde e do espaço para a comunicação; o segundo “P” - *Perception*, verifica até onde o doente tem consciência do seu estado; o terceiro “I” - *Invitation*, procura entender quanto o doente deseja saber sobre a sua doença; o quarto “K” - *Knowledge*, diz respeito à transmissão da informação; o quinto passo “E” - *Emotions* é destinado para responder empaticamente à reação manifestada pelo doente e o sexto “S” - *Strategy and Summary* consiste em revelar o plano terapêutico e consequências futuras (Dupont et al., 2021).

É um protocolo com grande utilidade, pois engloba os principais aspetos a abordar na transmissão de más notícias e que pode ser adaptado a várias situações, nomeadamente no diagnóstico de uma doença, no prognóstico ou no agravamento do quadro clínico (Gesser et al., 2021).

Foi constatado igualmente que a comunicação com a criança/jovem e família possibilita a oportunidade de intervir na promoção da parentalidade positiva, permitindo reconhecer a existência dos fatores de risco e fatores protetores.

1.3 ASSISTIR A CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE

Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem:

Aquando o nascimento de um filho, a família sofre alterações significativas na sua estrutura, o que pode desencadear desequilíbrio e vulnerabilidade e ter implicações no desenvolvimento saudável da criança (Kokorelias et al., 2019).

A parentalidade, como uma das transições mais importantes na vida dos indivíduos, é impulsionadora de grandes mudanças e assinala o início de uma nova fase e pode dividir-se em três dimensões para o seu exercício, sendo elas as atividades parentais, as áreas funcionais e os pré-requisitos.

Segundo Hoghughi citado por Barroso & Machado, (2010), as atividades parentais referem-se a um conjunto de atividades necessárias para um exercício de uma parentalidade adequada, sendo eles cuidados (físicos, sociais e emocionais), disciplina e atividades de desenvolvimento. Relativamente às áreas funcionais, dimensão referente aos principais aspetos do funcionamento da criança, segundo estes autores estão envolvidos elementos físicos, intelectuais, sociais e mentais. Na última dimensão da Parentalidade, os pré-requisitos, incluem-se o conhecimento e a compreensão, a motivação, os recursos e as oportunidades, especificidades estas necessárias para o desenvolvimento do papel parental.

Tendo por base este modelo de parentalidade, trabalhamos em parceria com a criança/família nos variados contextos (hospital, centro de saúde, unidades de apoio à criança, escola, domicílio), utilizando um referencial de CCF e assumiu-se este binómio como beneficiário dos cuidados de enfermagem, promovendo a parentalidade (OE, 2018).

Os CCF assumem a família como uma constante na vida da criança, permitem facilitar a colaboração entre pais e profissionais em todos os níveis de cuidado à saúde, respeitam e valorizam a diversidade cultural, racial, étnica e socioeconómica da família, respondem às necessidades de desenvolvimento da criança e da família através de cuidados culturalmente competentes e encorajam e facilitam o suporte familiar e outras redes de apoio (Deepika & Rahman, 2020).

A importância destes cuidados numa perspectiva holística, em que a criança é cuidada tendo em conta o seu contexto familiar, facilita a participação dos pais na prestação de cuidados, ajuda-os a sentirem-se com maior controlo e com um papel parental mais ativo (Kokorelias et al., 2019). De facto, auxiliar os pais a adquirir o máximo de autonomia possível alivia o sentimento de culpa e restaura a autoconfiança quanto à capacidade de cuidarem do seu filho, no caso de hospitalização. Ao acompanharem a evolução da situação da criança, verificamos que a ansiedade dos pais diminui, participam nos cuidados e preparam-se para garantir continuidade após a alta, e as crianças também se sentem menos ansiosas e envolvem-se mais nos cuidados (Foster & Shields, 2020).

Em suma, os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões (Barroso & Machado, 2010), promovemos a adaptação dos pais a esta realidade. Colaboramos com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e habilidades, como no caso que anteriormente referimos, uma RN prematura.

Assim sendo, reforçamos positivamente todos os esforços e ganhos obtidos, no desenvolvimento harmonioso da criança e no desempenho saudável do papel parental, abordamos as preocupações dos pais e dos familiares sobre o normal desenvolvimento da criança, ensinamos mães e membros da família a identificar sinais de problemas de saúde (por exemplo, febre), e diante de qualquer alteração procurar instituições de saúde e oferecemos suporte informativo verbal sobre o cuidado com o bebé (Kokorelias et al., 2019). É fundamental que o enfermeiro envolva os pais em qualquer atividade de cuidados, pois ajuda-os a sentirem-se com maior controlo e com um papel mais ativo, encorajando a sua presença e fornecendo reforço positivo durante os cuidados e na interação com o seu filho, promovendo uma relação saudável entre os pais e a criança (Hockenberry et al., 2014).

Contudo, num Serviço de Urgência (SU), deparamo-nos com algumas limitações na implementação dos CCF, dado o elevado número de ocorrências neste contexto, o facto das situações serem agudas e a inexistência de contato prévio com a família. No entanto, apesar das limitações, foi possível estabelecer uma comunicação eficaz, encorajamos o cuidador a estar sempre presente durante todos os cuidados prestados no

SU (caso o desejassem), garantindo-lhes privacidade e o direito à informação relacionada com o estado da criança.

A nível comunitário, verificamos que o EESIP é o primeiro profissional a quem os pais recorrem, não só quanto a questões gerais relacionadas com o desenvolvimento dos seus filhos, mas também para colocar dúvidas quanto a dificuldades mais específicas que enfrentam no exercício da parentalidade (Reticena et al., 2022).

Os CSP são um meio privilegiado para a maximização da saúde da criança/jovem e família e das suas potencialidades, pois o enfermeiro possui um conhecimento mais aprofundado do contexto familiar onde se inserem (Reticena et al., 2022). Neste contexto o EESIP tem um papel fulcral no apoio à parentalidade e o privilégio de trabalhar com a criança/jovem e família no seu próprio ambiente, quer em CSJI realizadas na USF como na VD ao recém-nascido.

Dotar os pais de conhecimentos e competências para um papel parental adequado é um dos desafios da enfermagem (OE, 2018).

Durante as consultas os pais frequentemente mostravam preocupação e insegurança nos cuidados parentais, no que diz respeito à amamentação/alimentação, prevenção de acidentes, brincar, atividade física, sono, cólicas, higiene e atividades promotoras do desenvolvimento dos seus filhos, e desta forma foram realizadas intervenções com o objetivo de promover o empoderamento das suas competências parentais.

Como tal, cabe ao enfermeiro e, em particular, o EESIP, ter um papel facilitador e promotor da parentalidade e o papel de agente facilitador e dinamizador da aprendizagem na implementação de programas de educação para a saúde. Uma vez que quanto maior o nível de conhecimentos e habilidades dos pais, também maior será a probabilidade de estes proporcionarem um ambiente adequado ao crescimento e desenvolvimento infantil e de estarem mais atentos às necessidades da criança (Fernandes, 2018).

Por exemplo, constatamos, no decorrer das consultas e também em contexto de Urgência e Internamento de Pediatria Cirúrgica, uma necessidade de aumentar o nível de literacia dos pais no que diz respeito à prevenção de acidentes, pelas dúvidas apresentadas pelos pais e pelo grande número de crianças hospitalizadas com queimaduras.

Face a esta necessidade levantada nos estágios anteriores e no atual, procedemos à elaboração e distribuição de livretos e folhetos na CSIJ, tendo como finalidade promover a adoção de comportamentos seguros por parte dos pais/cuidadores/criança não só nas queimaduras, como também nas quedas, acidentes de transporte, intoxicações, asfixia, ingestão de corpos estranhos e, por fim, nos afogamentos, desde o nascimento até aos 18 anos de idade.

Em relação às VD, estas permitiram apoiar, orientar e aconselhar os pais, ajudando-os a desenvolverem atitudes e comportamentos que assegurem o bem-estar e o desenvolvimento adequado dos seus filhos, promovendo a maximização da saúde e a parentalidade positiva, bem como observar e avaliar a segurança, as características e condições de vida da família, que se constituem promotoras do desenvolvimento e crescimento da criança (Manz & Ventresco, 2019). Segundo a *American Academy of Pediatrics* (AAP), a VD é considerada uma estratégia importante na promoção da parentalidade positiva e no incentivo à amamentação, na melhoria da saúde materna, na prevenção dos maus-tratos infantis, na promoção do desenvolvimento infantil, na redução de acidentes e na ligação com redes de suporte (Duffee et al., 2017). Ao facilitar o envolvimento dos pais com os seus filhos, o EESIP aumenta a competência dos pais, apoia o bem-estar da família e permite auxiliá-los a identificar, compreender e utilizar os recursos sociais que podem ajudar no cuidado à criança (Manz & Ventresco, 2019). São uma ferramenta muito eficaz principalmente quando desenvolvidas ainda durante a gravidez e continuadas durante os primeiros anos de vida das crianças, com maior periodicidade em famílias de risco ou com crianças com vulnerabilidades acrescidas (Silva et al., 2018).

Neste âmbito, ao longo das VD demonstramos disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, procurando adequar a linguagem a cada situação. Foi ainda analisado o vínculo entre pais e o RN, as condições de habitabilidade, o apoio familiar e de amigos, elementos fundamentais para o desenvolvimento saudável infantil.

É essencial o papel do EESIP na procura do aumento dos conhecimentos das crianças/jovens e famílias e, conseqüentemente, no aumento da literacia em saúde, fundamental para a prevenção e deteção precoce de situações prejudiciais ao saudável crescimento e desenvolvimento infantil (DGS, 2016).

No processo de prestação de cuidados aos utentes, as equipas das USF são as primeiras a acolher e a prestar cuidados, avaliando a necessidade de os encaminhar para os cuidados de saúde diferenciados, sendo deste modo importante direccionar a atenção para os sinais de alarme na infância e para os fatores de risco (Catarino, 2018).

As alterações das funções ou estruturas do corpo, como por exemplo doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento e do comportamento, que “influenciam o desempenho escolar, requerem identificação e remoção de barreiras a nível da aprendizagem, atitudes, comunicação, relacionamento interpessoal e social, autonomia, meio físico e socioeconómico” (DGS, 2015).

As necessidades de saúde especiais resultam dos “problemas de saúde física e psicológica que tenham impacto na funcionalidade, que produzam limitações em qualquer órgão ou sistema, que impliquem irregularidades na frequência escolar e que comprometam o processo de aprendizagem” (Decreto-Lei n.º 54/2018).

De acordo com a Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP), a Intervenção Precoce na Infância (IPI) é um conjunto de medidas disponibilizadas para crianças entre os 0 e os 6 anos e suas famílias, projetado para melhorar as oportunidades de aprendizagem da criança, fortalecer as competências parentais, através de recursos disponíveis dentro da comunidade e realizadas nos ambientes habituais das crianças - casa, creche e jardim de infância (ANIP, 2022).

Desta forma, durante o estágio em Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança, tivemos contato com uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional/fala entre outros) que intervêm de acordo com as necessidades das crianças/famílias, a Equipa Local de Intervenção (ELI).

Através da participação na ELI, foi possível identificar crianças elegíveis de acordo com os critérios estabelecidos e com um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) elaborado em função da situação, assegurando vigilância às crianças/famílias.

Dado o contexto pandémico, não foi possível estar presente, em tempo útil, numa avaliação inicial de uma criança referenciada para a ELI, em contexto domiciliário, mas foi possível acompanhar a gestora de casos em atividades no âmbito da ELI do SNIPI. Foram realizadas visitas a uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e domicílios, onde frequentavam/residiam crianças com necessidades de saúde especiais.

Estas visitas permitiram observar o comportamento das crianças de forma individual e em grupo e recolher algumas informações com os pais e educadoras da instituição. Já tinham um PIIP elaborado e era notório o aumento da autonomia e do desenvolvimento biopsicossocial após a implementação deste plano, cujo resultado foi comprovado após avaliação da criança segundo a Escala de *Growing Skills* (ANIP, 2022).

No entanto, como ainda permaneciam algumas dúvidas quanto ao ciclo de intervenção, foi realizada uma entrevista informal com a coordenadora de uma unidade ELI e Gestora de casos, e foi constatado que o processo inicia-se no momento de referenciação no sistema. Pais e qualquer entidade, serviço ou indivíduo da comunidade (preferencialmente com o conhecimento da família) pode referenciar a criança, através do preenchimento da ficha de referenciação e enviada à ELI de forma presencial, por carta, mail ou fax. A referenciação consiste na comunicação e formalização aos serviços de IPI de situações em que é detetada uma alteração do desenvolvimento ou fatores de risco que comprometam o desenvolvimento da criança (Carvalho, 2022). A partir do momento em que a ELI recebe a notificação, inicia a planificação dos próximos passos, que passa pela forma como contata pela primeira vez com a família, com base numa abordagem centrada na família (ANIP, 2022). Nos primeiros contactos, o profissional de IPI escuta e compreende as prioridades e expectativas da família e apoia-a a tomar decisões acerca dos próximos passos (elegibilidade, necessidade de apoio, decisão da família sobre o envolvimento da IPI e planificação da avaliação). A avaliação em IPI destina-se à identificação das preocupações, prioridades e recursos da família, bem como à identificação das competências funcionais da criança, suas rotinas e das características do contexto, informação essencial para elaborar um plano de intervenção individualizado e específico (Carvalho, 2022). A criança é avaliada de acordo com a Escala de *Growing Skills* nos seus vários domínios e após este processo, de acordo com os critérios de elegibilidade, é decidido se a criança é admitida ou não (ANIP, 2022). É escolhido um gestor de caso, que assume a intervenção no contexto de vida da criança/família e procede à elaboração e implementação do PIIP, com objetivos, intervenções e recursos que apoiem as necessidades da família e contribuam para a maximização do desenvolvimento da criança (ANIP, 2022). No último momento do ciclo de intervenção, são avaliados os resultados da intervenção e a satisfação da família com os serviços e recursos que recebe/recebeu ao longo do processo de IPI. A avaliação é realizada pelo gestor de caso,

os profissionais da ELI que acompanham a criança, e a família. Por último, dá-se o processo de transição, que ocorre sempre que há uma mudança ou alteração na vida das crianças e famílias, nomeadamente quando termina o programa de IP e se dá a passagem para outro contexto.

É da família a responsabilidade pela criança ao longo da vida, pelo que é da competência do EESIP promover a autonomia das famílias, através da capacitação e do *empowerment* (Carvalho, 2022).

Conforme foi possível constatar, a IPI é uma atuação fundamental para a prevenção de algumas situações funcionais e de exclusão social. O apoio da IPI ao longo do processo de intervenção promove a autonomia e capacitação da família de forma a maximizar o seu potencial e em utilizar os recursos que considera necessários, para a família e para a criança.

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

A família como agente de socialização primária é o eixo fundamental relativamente à proteção das crianças, na medida em que responde às necessidades físicas, psicológicas, intelectuais e sociais dos seus filhos (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

É o contexto privilegiado para a educação e desenvolvimento, funcionando como o elemento intermediário entre a criança e o mundo, sendo que a qualidade da interação/comunicação no meio familiar tem um papel fundamental no comportamento da criança e na expressão e desenvolvimento das suas qualidades (Seibel et al., 2017).

Durante os primeiros anos de vida, as crianças são totalmente dependentes dos adultos, que garantem a satisfação das suas necessidades básicas. Contudo, muitas vezes por carecerem de recursos que garantam a satisfação das necessidades dos seus filhos, como por exemplo défices pessoais, emocionais, *stress* parental ou limitações económicas, os pais podem minimizar o seu papel de agentes protetores, comprometendo o processo de desenvolvimento da criança (Nozes, 2018).

O EESIP possui competências científicas que lhe permitem avaliar a criança/jovem e família e desta forma identificar situações de risco. Deve agir com base no estabelecimento de uma relação terapêutica sustentada pela empatia e escuta ativa, que

lhes permitam criar um sentimento de confiança para que a criança/jovem e família possam exprimir os seus receios e inseguranças. É importante avaliar o ambiente familiar, as práticas educativas, os relacionamentos afetivos e as relações entre progenitores. Esta identificação de crianças e adolescentes expostos a variáveis biopsicossociais que aumentem a probabilidade da ocorrência/continuidade de experiências adversas, como os maus-tratos e comportamentos de risco (Yoon et al., 2021) deve ser realizada em hospitais (internamento neonatologia e pediatria e serviço de urgência), centros de saúde aquando da CSIJ e VD, nas escolas e noutros locais. Neste processo deve-se identificar igualmente os fatores de proteção, enquanto variáveis físicas, psicológicas e sociais que atuam equilibrando o impacto dos fatores de risco (Yoon et al., 2021).

Com base em diversos autores, no decorrer da prática clínica, tanto em ambiente hospitalar como nos CSP, fomos identificando determinados fatores de risco associados à criança/jovem, passíveis de os colocar em situação de risco (Hornor et al., 2017; Ninomiya et al., 2017; Saltmarsh & Wilson, 2017; Schols et al., 2019); Van der Put et al., 2017; YoshiokaMaeda & Fujii, 2022), nomeadamente bebés recém-nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer, alguns com necessidade prolongada de internamento, bebés não desejados, lactentes com temperamento difícil e choro gritado, crianças portadoras de doença crónica ou com alterações no desenvolvimento (por exemplo crianças com paralisia cerebral e com perturbações do espectro do autismo), crianças com problemas comportamentais (agressividade, absentismo escolar, abuso de substâncias - álcool) e crianças institucionalizadas.

As crianças e jovens nascidos prematuramente, com baixo peso, com défices físicos/intelectuais, com atrasos no desenvolvimento ou com doença crónica, veem aumentadas as probabilidades de sofrerem maus-tratos (Maclean et al., 2017). Este facto associa-se aos cuidados especiais que estas crianças e jovens necessitam, à maior dependência que mantêm em relação aos cuidadores e à sobrecarga física e emocional (Maia et al., 2022).

Nas crianças com necessidades de saúde especiais, a taxa de abuso e negligência infantil é pelo menos três vezes maior do que na população tipicamente em desenvolvimento (Maclean et al., 2017). Jones et al (2012) revelam que estas crianças são mais propensas a serem vítimas de violência do que seus pares sem deficiência. De facto, algumas crianças com deficiência podem não responder aos meios tradicionais e,

às vezes, os seus comportamentos, como agressividade, não adesão e problemas de comunicação, podem tornar-se frustrantes, aumentando assim o *stress* do cuidador e consequentemente o risco de abuso físico (Jones et al., 2012).

No mesmo sentido, as crianças e jovens com comportamentos efetivamente desafiantes e/ ou desobedientes perante os progenitores (denominadas, habitualmente, por crianças e jovens com “temperamento difícil ou complicado”), ou perçecionadas como tal, apresentam maior risco de maus-tratos, pela incapacidade manifestada pelos progenitores em controlar ou corrigir adequadamente os seus comportamentos por meios normativos, implicando o recurso a estratégias sucessivamente mais severas e coercivas como método de disciplina (Mourão, 2021). Considerando que muitos comportamentos relacionados com a maximização e manutenção da saúde são adquiridos na infância e adolescência, é importante implementar o mais precocemente possível intervenções que visem a promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco (Bozzini et al., 2020).

Por exemplo, em contexto de urgência, deparamo-nos com jovens com problemas comportamentais, como por exemplo, o abuso de substâncias, o álcool. O uso nocivo do álcool, entre os adolescentes, é uma preocupação crescente e o seu consumo começa cada vez mais cedo entre os jovens (Gomes, 2022). Houve uma preocupação em sensibilizar os adolescentes de que o álcool diminui a tomada de decisão consciente, altera e reduz o juízo crítico, facilitando comportamentos impulsivos e agressivos (Bozzini et al., 2020). Reforçamos que, sob o efeito do álcool, estão expostos a um conjunto de riscos como acidentes de viação, violência, ideação suicida, abuso sexual e gravidez não desejada (Biolatto, 2018).

Em relação a fatores de risco referentes aos pais/cuidadores, identificamos nos diferentes contextos de estágio: dificuldades nas competências parentais (lidar com o choro do bebé, normal desenvolvimento infantil e segurança da criança/jovem), mães com depressão pós-parto, disciplina rígida, abuso de substâncias, relações familiares conflituosas, isolamento social, fracas condições habitacionais e insegurança económica/social (Hornor et al., 2017; Ninomiya et al., 2017; Saltmarsh & Wilson, 2017; Schols et al., 2019; Van der Put et al., 2017; YoshiokaMaeda, & Fujii, 2022), e preocupamo-nos em desenvolver estratégias de forma a minorar ou eliminar o impacto destes fatores no desenvolvimento da criança.

Cabe ao EESIP sensibilizar os pais/cuidadores, profissionais e até mesmo as crianças, para o risco de violência, para as consequências e sua prevenção (OE, 2018).

Uma estratégia de prevenção primária na prática de enfermagem é a orientação antecipatória das famílias na gravidez e logo após o nascimento, acerca do desenvolvimento de seus filhos e das medidas de promoção de saúde que podem adotar para obter resultados saudáveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relações afetivas precárias contribuem para o risco aumentado de maus-tratos contra as crianças e jovens (Couto, 2022), por isso sensibilizamos os pais e cuidadores na manutenção de relações conjugais saudáveis, como por exemplo na resolução não violenta de conflitos e em serem mais flexíveis e responsáveis nas relações.

Também identificamos uma falta de literacia dos pais/crianças e jovens no que concerne à prevenção de acidentes e elaboramos folhetos e livretos que distribuímos no decorrer das consultas, conforme referimos anteriormente.

O lidar com o choro do bebé pode ser frustrante e angustiante, mesmo quando já tudo se tentou para confortar a criança, no entanto é importante manter a calma e o comportamento, não agredindo o bebé (Hornor et al., 2017). Quando sacudidos os bebés são especialmente suscetíveis a lesões que podem resultar em danos cerebrais, hemorragia craniana, cegueira, surdez, atraso na fala/aprendizagem, deficiências intelectuais, paralisia cerebral e morte, causando o Síndrome de *Shaken Baby* (SSB) ou síndrome da criança abanada (McInerney et al., 2020). Como tal, aquando da CSIJ e da VD ao RN, ao falar sobre o normal crescimento e desenvolvimento da criança e sobre as dúvidas dos pais/cuidadores em como agir perante as cólicas e o choro do bebé, focamo-nos no aumento do conhecimento e capacidades dos pais/cuidadores e implementamos educações de saúde informais na prevenção do SSB, com recurso a informações de forma oral e para suporte elaboramos e distribuímos um livreto, aumentando os conhecimentos e habilidades dos pais/cuidadores no agir perante o choro do seu filho (Apêndice II).

No que diz respeito a conflitos existentes em contexto intrafamiliar, estes aumentam o risco de mau-trato contra as crianças e jovens (Hornor et al., 2017). À luz das evidências científicas, a exposição à violência conjugal resulta na exposição da criança e no risco desta vivenciar diretamente violência, assim como estabelece nos seus processos internos a perceção de que a violência é solução para a resolução dos problemas (Hornor et al., 2017). O *stress* na infância, incluindo a exposição à violência, coloca em

risco a saúde e a educação das crianças, com consequências negativas a longo prazo e que podem causar mudanças permanentes no cérebro em desenvolvimento, afetando a aquisição da linguagem, o desenvolvimento cognitivo e o autocontrole, e crianças expostas a maus-tratos estão mais propensas a serem vítimas de violência mais tarde na vida (Hornor et al., 2017) e maior probabilidade em usar a violência na idade adulta contra os seus parceiros ou os seus filhos, bem como maior risco de se envolverem em comportamentos de risco (Horner & Dietzman, 2022). Para além disso, tem implicações diretas sobre a parentalidade, nomeadamente práticas parentais desorganizadas, a atenção reduzida e conseqüente supressão das necessidades físicas, emocionais, intelectuais e sociais da criança (Costa, 2020).

Reforçamos aos pais e cuidadores estas implicações e que uma primeira infância livre de violência é importante: os primeiros anos da vida de uma criança são a base para o adequado desenvolvimento de um indivíduo (Hodgdon & Landers, 2021; Lines et al., 2017). Nesse sentido, para que o potencial físico, intelectual e socioemocional das crianças seja ideal, elas precisam receber cuidados sensíveis e responsivos desde o início.

Em algumas culturas é aceite que a criança possa ser maltratada em nome da disciplina e da obediência (Horner & Dietzman, 2022). O castigo corporal como forma de prática educativa, é uma medida que dificulta as relações entre pais e filhos, comprometendo a internalização moral (aprendizagem por meio da punição e não pela consciência da inadequação do comportamento) e transmite modelos agressivos para a resolução de problemas (Cuartas et al., 2020). É considerado hoje como uma violência física e não deve ser usado como um recurso pedagógico para impor limites às crianças e aos adolescentes (Afifi et al., 2017). De acordo com as recomendações de Horner & Dietzman (2022), a nossa intervenção junto dos pais/cuidadores foi em proteger e em darem atenção aos seus filhos diante de qualquer ato que possa prejudicar o seu desenvolvimento, através do diálogo e do uso da disciplina com estabelecimento de limites, informando-os e disponibilizando vídeos existentes no *Youtube*, elaborados pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) que os podem ajudar nesta temática: *Uso de disciplina y consecuencias* - <https://www.youtube.com/watch?v=UJbu4vGGSv8>; *Cómo comunicarse con su hijo* - <https://www.youtube.com/watch?v=-myCHBrZyT4>; *Crear estructura y reglas* - <https://www.youtube.com/watch?v=I62TeuSuMPg>.

A violência, como fenómeno multissistémico, tem manifestações diversas e assume diferentes contornos. No decorrer das transformações técnicas e sociais na nossa sociedade, as crianças/adolescentes conseguem facilmente aceder a conteúdos *online* muitas das vezes sem supervisão parental (Milovidov, 2020). Como vivenciamos esta realidade a nível de internamento e em consultas e os pais manifestaram interesse em estratégias para educarem e fazerem a melhor gestão possível das tecnologias à sua disposição, de forma a atenuarem os potenciais riscos de saúde e a promoverem o uso adequado das mesmas, instruímo-los com várias recomendações mediante a faixa etária da criança, com base num documento aprovado pelo Conselho da Europa, que tem como missão apoiar os pais e as crianças em questões relacionadas com Internet, tecnologia e redes sociais (Milovidov, 2020).

As crianças com idade inferior a 8 anos podem não ser tão ativas *online* como as crianças mais velhas ou adolescentes, no entanto os pais não devem deixar de estar atentos ao tempo despendido frente ao telemóvel ou televisão, bem como à adequação dos sites e jogos (Milovidov, 2020). Por isso, nesta faixa etária e com base na mesma autora, recomendamos aos pais supervisionarem os filhos quando eles estiverem *online*, para averiguarem se os conteúdos são adequados para a idade da criança e em conversar com ela sobre isso; em manterem o computador atualizado com os softwares de antivírus mais recentes e a optarem por controlos e filtros parentais.

As crianças dos 9 aos 12 anos são mais ativas *online*, e por isso a orientação parental nestas idades mantém-se igualmente importante, sendo necessário uma promoção de uma comunicação positiva entre pais e filhos, garantindo que eles usam as tecnologias de um modo seguro e responsável (Milovidov, 2020). Com fundamento nesta autora, instruímos os pais a não proibir os seus filhos em aceder à Internet, porque irão fazê-lo de qualquer forma; em falar com os seus filhos sobre que sites visitam, com quem falam e em que momentos se conectam; em estabelecer uma relação de confiança, para que os seus filhos recorram a eles e peçam ajuda sempre que algo aconteça e reforçamos a importância dos pais ensinarem aos seus filhos a nunca partilhar informações pessoais.

Nos adolescentes dos 13 aos 17 anos é importante encorajar os pais em manterem uma relação de confiança e honestidade com os seus filhos, negociando e estabelecendo um acordo sobre uma utilização equilibrada e adequada (Milovidov, 2020). Nesse sentido foi reforçado aos pais para que falassem abertamente com os seus filhos e prestassem

atenção ao modo como eles interagem com a tecnologia: se manifestam alguma alteração no comportamento (mais agitados ou mais reservados) e, se necessário, procurar o apoio de outros pais, da escola ou de profissionais de saúde.

Os pais podem também aceder a sites para ficar a par destes assuntos ou fazer o download de guias parentais para consulta. Disponibilizamos sites como *Children's Rights - Children's Rights (coe.int)* - www.coe.int/children e www.internetsegura.pt e vídeo no *Youtube* para visualizarem quando tivessem disponibilidade: <https://youtu.be/e5sB7mndfrQ>.

A violência pode gerar problemas físicos, psicológicos, cognitivos e sociais durante toda a vida, podendo apresentar também comportamentos prejudiciais à saúde (DGS, 2016) e cabe ao EESIP sensibilizar os pais/cuidadores, profissionais e até mesmo as crianças, para o risco de violência, para as consequências e sua prevenção (OE, 2018).

No decorrer do percurso formativo, foram desenvolvidas e adquiridas competências comuns e específicas do EESIP, bem como competências necessárias para obtenção do grau de Mestre, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, artigo 15º, demonstrando aprofundar os conhecimentos através do desenvolvimento de investigação na área científica, lidando com questões complexas e desenvolvendo soluções, comunicando os seus conhecimentos e as suas conclusões para a comunidade.

2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O interesse pela problemática dos maus-tratos surgiu, inevitavelmente, durante o percurso pelos vários contextos no exercício da prática clínica, ao observar as dificuldades e até incapacidades de alguns pais em responder adequadamente às necessidades dos seus filhos.

Como referido anteriormente, os maus-tratos infantis não são um fenómeno recente e, apesar da valorização da criança pela sociedade e pela existência de políticas que a defende, ainda constituem uma grave ameaça à sua integridade (Lines et al., 2018).

De acordo com a definição da DGS, os maus-tratos infantis incluem abusos e negligência que ocorrem em crianças menores de 18 anos, no contexto de um relacionamento que envolva responsabilidade, confiança ou poder. Esta definição abrange todos os tipos de abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligência e o Síndrome de Munchausen, que resultam em dano real ou potencial à saúde, desenvolvimento ou dignidade da criança (DGS, 2011).

A negligência é entendida como a incapacidade de proporcionar à criança a satisfação de cuidados básicos indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento adequado (higiene, alimentação, afeto, educação e saúde); o mau-trato físico, resulta de uma ação intencional, isolada ou repetida, por parte do cuidador, que causa dano físico à criança (inclui Síndrome de *Shaken Baby* ou Síndrome da Criança Abanada); o mau-trato psicológico, relacionado com a privação de um ambiente seguro e afetivo essencial ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos adequados da criança; o abuso sexual, quando um adulto ou pessoa mais velha envolve a criança em atividades que visem a sua satisfação sexual; e o síndrome de Munchausen por procuração, no qual é atribuída à criança, pelo cuidador, um conjunto de sinais e sintomas, com o objetivo de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, submetendo a criança a exames, procedimentos invasivos e dolorosos e hospitalização (DGS, 2011).

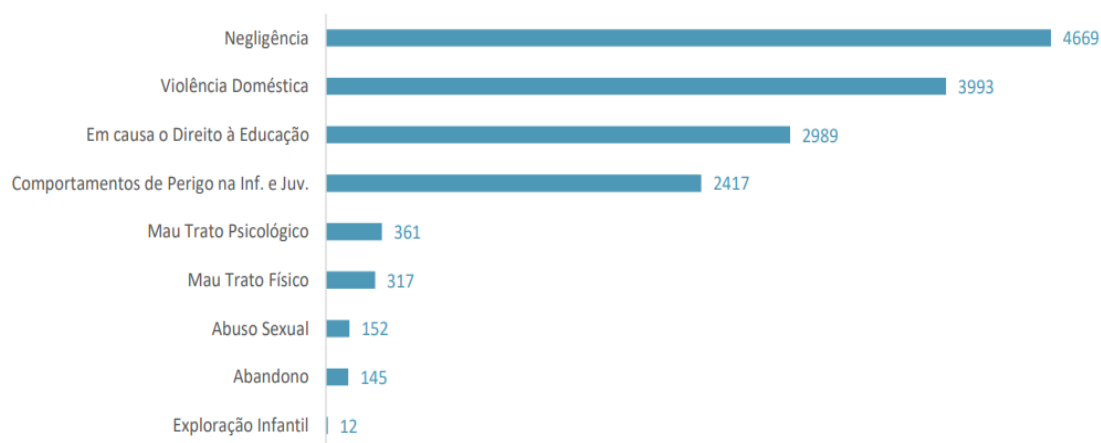
Aproximadamente 3 em cada 4 crianças de 2 a 4 anos sofrem regularmente castigos físicos e/ou violência psicológica nas mãos de pais e cuidadores, e 1 em cada 5 mulheres e 1 em cada 13 homens relatam ter sido abusados sexualmente quando crianças (UNICEF, 2017).

Segundo a mesma entidade, estima-se que mais de 55 milhões de crianças na Europa sejam afetados por maus-tratos infantis e outras tantas sofram com experiências stressantes, como por exemplo, testemunhar atos de violência conjugal.

Em Portugal, segundo o relatório da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPDJ, 2021), a negligência constitui o tipo de maus-tratos infantis mais prevalente na sociedade atual, sendo que em 2021 foram diagnosticadas 15.055 situações de perigo, das quais 4.669 dizem respeito situações de negligência, 3.993 situações de violência doméstica, 361 com maus-tratos psicológicos e 317 com um mau-trato físico, conforme retratado na Figura 1.

Figura 1

Categorias de situações de perigo diagnosticadas em 2021

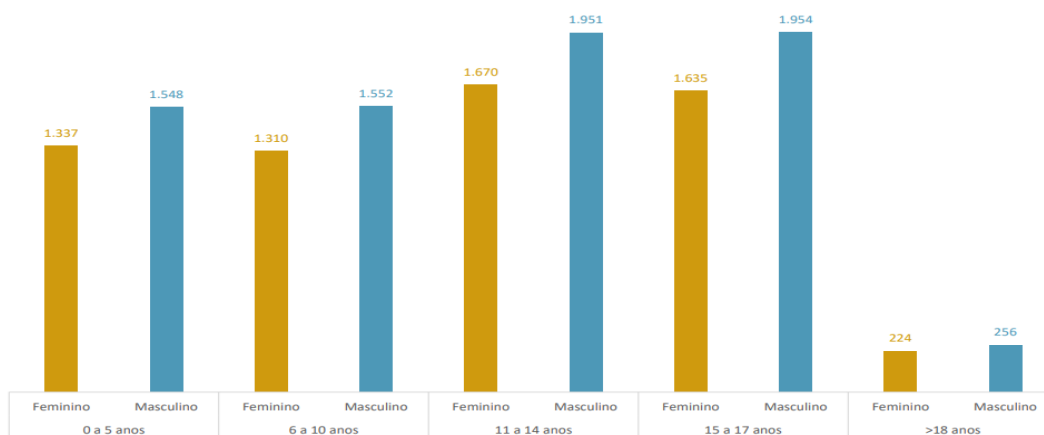


Fonte: CNPDPCJ, 2021.

De acordo com o mesmo relatório, a faixa etária dos 0 aos 5 anos (Figura 2) foi a terceira mais representada nas situações de perigo diagnosticadas.

Figura 2

Categorização por escalão etário e sexo das crianças com medida aplicada em 2021



Fonte: CNPDPCJ, 2021.

Durante o contexto pandêmico por Covid-19, verificou-se um aumento da violência contra as crianças e jovens e da violência doméstica (Bullinger et al., 2021). Segundo os autores, fatores como aumento da pobreza devido à perda de emprego e rendimentos, isolamento, incapacidade das crianças/jovens acederem a educação presencial ou *online*, aumento da atividade digital com diminuição da supervisão, têm sido apontados como potenciadores deste tipo de violência. Também a quebra nas rotinas das crianças/jovens e cuidadores e o aumento do uso, por jovens e pais, de álcool e/ou de outras substâncias são considerados fatores de risco apontados como potenciadores de situações de maus-tratos infantis (Pedrosa, 2018).

Os maus-tratos infantis são um fenómeno complexo e multifacetado que tem grande impacto na saúde física e mental, no bem-estar e desenvolvimento da criança e na sociedade em geral, causando sequelas físicas, cognitivas, afetivas e sociais, de curto a longo prazo (DGS, 2011; Lines et al., 2017; Suzuki et al., 2017).

São vários os estudos que têm associado os maus-tratos infantis a um risco aumentado de patologias como depressão, perturbações da ansiedade, perturbação de *stress* pós-traumático, transtorno bipolar (Bellis et al., 2014; Pedrosa, 2018; Russotti et al., 2021), alterações no sono, transtornos alimentares, bem como abuso de substâncias na vida adulta (Pedrosa, 2018; Suzuki et al., 2017; Wang et al., 2020). Importa salientar que nem todas as crianças maltratadas adquirem comportamentos de risco e resultados

resilientes são possíveis, destacando a plasticidade dos processos de desenvolvimento, mesmo diante de adversidades significativas (Toth & Manly, 2019).

A investigação, nomeadamente no campo das neurociências, tem vindo recentemente a demonstrar que as experiências precoces têm um papel significativo no desenvolvimento cerebral e que os pais e outros prestadores de cuidados, bem como as características do ambiente familiar e social em que as crianças estão inseridas, têm uma influência direta no seu desenvolvimento, com efeitos a nível do sistema nervoso central (ANIP, 2022).

Maus-tratos nos primeiros cinco anos de vida são particularmente danosos, devido à vulnerabilidade da criança e ao facto de que os primeiros anos de vida se caracterizarem pelo crescimento neurobiológico e psicológico mais rápido do que os anos subsequentes, influenciando-os como adultos que serão no futuro (Hodgdon & Landers, 2021).

Moog et al (2022) referem que certas experiências adversas na infância, como os maus-tratos, podem causar alterações epigenéticas, alterando a expressão genética sem modificar a sequência do ADN, podendo explicar o impacto dos maus-tratos infantis na saúde mental, nomeadamente numa maior vulnerabilidade para psicopatologia em crianças expostas a maus-tratos. Assim, a metilação do ADN induzida por trauma na infância e até ainda *in útero* provoca alterações em genes específicos, em tecidos periféricos e cerebrais, alterando significativamente a regulação da resposta ao *stress*, plasticidade cerebral e neurodesenvolvimento. As alterações epigenéticas não são necessariamente permanentes e algumas intervenções parecem diminuir a metilação de ADN (Moog et al., 2022; Queirós & Caseiro, 2018).

Portanto, tendo presente o impacto negativo que os maus-tratos causam nas crianças até à idade pré-escolar, este é o momento crítico para a promoção do desenvolvimento saudável e prevenção de transtornos mentais e comportamentos de risco na vida adulta (Suzuki et al., 2017). É desta premissa que advém o crescente interesse nas intervenções do EESIP perante a prevenção dos maus-tratos nesta faixa etária.

No decorrer da prática clínica, foi constatado o papel preponderante do EESIP neste contexto da prevenção, não só pela relação de proximidade que estabelece com a criança e família, mas também pela capacidade de abordar, diagnosticar e intervir em vários contextos de saúde.

O EESIP deve estar alerta em relação aos fatores de risco e de proteção, pois um funcionamento familiar disfuncional pode comprometer o bem-estar da criança. Neste sentido, deve-se definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades, que vise o bom desenvolvimento físico e psíquico da díade (Hornor et al., 2017; Lavigne et al., 2017; Suzuki et al., 2017).

Sendo que a melhor prática é a prevenção, cabe ao EESIP identificar, numa perspectiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança e família, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados. Como tal, dada a relevância da prevenção, foi realizada uma RIL de forma a capacitar o EESIP em intervenções preventivas de maus-tratos infantis a crianças dos 0 aos 5 anos de idade.

2.1 METODOLOGIA

Atualmente, os enfermeiros têm vindo a ser desafiados na procura do conhecimento científico de forma a promover a prestação de cuidados de excelência. A Prática Baseada na Evidência (PBE) em enfermagem é definida como uma abordagem de solução de um determinado problema, em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor e a mais recente evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica, valores e preferências do cliente, dentro do contexto dos cuidados (Camargo et al., 2018). A intensificação da PBE tem aumentado a necessidade e a produção de todos os tipos de revisões da literatura, onde se incluem as revisões integrativas, revisões sistemáticas, meta análises e revisões qualitativas (Oermann & Knafl, 2021).

Uma revisão integrativa é um método de revisão específico que resume a literatura empírica para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenómeno particular ou um problema de saúde, determinando as lacunas no conhecimento. As revisões integrativas têm potencial de construir a ciência da enfermagem, informando a pesquisa, a prática e as iniciativas políticas (Hopia & Liimatainen, 2016).

O método de revisão integrativa da literatura é uma abordagem que permite a inclusão de diversas metodologias (pesquisas experimentais e não experimentais) e tem

potencial de desempenhar um papel maior na prática baseada em evidências para a enfermagem (Oermann & Knafl, 2021).

Neste método de investigação delinea-se seis fases distintas: (1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) Determinar a estratégia de pesquisa da literatura e estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão; (3) Seleção das informações a serem extraídas dos estudos e categorização da amostra; (4) Leitura criteriosa dos estudos incluídos na RIL; (5) Interpretação dos resultados e (6) Síntese dos resultados (Whittemore & Knafl, 2005).

Na primeira fase da revisão integrativa da literatura define-se um problema e formula-se uma hipótese ou questão de pesquisa relevante. Esta fase é considerada orientadora na condução de uma RIL bem elaborada. Define-se o assunto de modo claro e objetivo com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade e a questão de pesquisa deverá ser bem delimitada, facilitando a definição dos descritores e a execução da procura dos estudos. Para a formulação da questão de investigação utiliza-se a estratégia PICO, que representa um acrónimo para Patient (Pessoa/População), Intervention (Intervenção), Comparison (Comparação) e Outcomes (Resultados) (Dhollande et al., 2021).

Tendo em consideração o exposto, nesta RIL a questão norteadora da pesquisa foi a seguinte: “Quais as intervenções preventivas do EESIP nos maus-tratos a crianças dos 0 aos 5 anos de idade?”, sendo que o *P* corresponde a crianças dos 0 aos 5 anos de idade; o *I* a intervenções EESIP; o *C* não é aplicável neste estudo e o *O* é referente à prevenção de situações de maus-tratos.

É importante considerar as bases de dados utilizadas, os termos de busca, os operadores booleanos e o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão.

Definimos as palavras-chave e foi procurada a sua correspondência em termos de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), para garantir melhores resultados. Os descritores e operadores booleanos selecionados na pesquisa foram: *newborn* OR *infant* OR *child* OR *preschool* AND *prevent* AND *abus** OR *neglect** OR *violen** OR *maltreat**.

Para responder à questão da revisão, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, realizada entre os dias 15 de julho e 26 agosto de 2022, através do motor de busca da EBSCO nas seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of

Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Methodology Register.

Procedeu-se ao delineamento dos critérios de inclusão e exclusão. Nesta RIL foram incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos (desde 2017 até 2022), em português, inglês ou espanhol, que respondam aos objetivos da pesquisa e que incluam crianças dos 0 até aos 5 anos de idade. Consequentemente, foram excluídos todos os artigos que não correspondiam aos objetivos da pesquisa, que foram redigidos noutra língua que não os supracitados, publicados há mais de 5 anos e que não englobassem a faixa etária do estudo. Apesar de não serem selecionados para análise, foram incluídos os contributos dos estudos secundários e de opinião na discussão, para enriquecer este estudo.

Foi realizada seleção dos artigos com base nos critérios previamente definidos - por título, resumo e texto integral. Alguns artigos não se encontravam acessíveis, pelo que foi solicitado aos seus autores o acesso ao texto integral, obtendo-se um *feedback* positivo na sua totalidade. Este processo de pesquisa e seleção de artigos será apresentado detalhadamente no capítulo seguinte e esquematizado através de um fluxograma PRISMA (Figura 3).

Na terceira etapa construiu-se um instrumento de colheita de dados de modo a reunir e a sintetizar as informações-chave a serem extraídas dos estudos selecionados. Como tal, encontra-se em anexo uma tabela que sintetiza a amostra do estudo (sujeitos/estudos selecionados), os objetivos, a metodologia utilizada, resultados e as principais conclusões de cada estudo (Apêndice III).

Após leitura e análise integral dos artigos selecionados e dos pontos-chave dentro da temática, prosseguiu-se com a criação de categorias, que abordaremos de seguida no subcapítulo dos resultados. Apresentou-se uma síntese dos resultados e, por fim, procedeu-se à discussão dos principais resultados obtidos na pesquisa.

A revisão integrativa da literatura tem de apresentar informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos utilizados na realização da revisão, dos tópicos abordados e da descrição dos estudos incluídos, permitindo reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões (Dhollande et al., (2021).

Como os artigos referentes à educação sobre o abuso sexual nesta faixa etária foram escassos, embora os descritores e operadores booleanos utilizados fossem referentes ao abuso infantil em geral (*newborn OR infant OR child OR preschool AND prevent AND abus* OR neglect* OR violen* OR maltreat**), realizou-se uma pesquisa na literatura cinzenta, com auxílio a autores externos, de forma a colmatar esta lacuna.

2.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa, como referido anteriormente, realizou-se através do motor de busca da EBSCO e obteve uma amostra inicial de 424 artigos, nas seguintes bases de dados: MEDLINE Complete (n=178), CINAHL Complete (n=164), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n=48), Cochrane Central Register of Controlled Trials (n=30), CochraneDatabase Of Systematic Reviews (n=2) e MedicLatina (n=2).

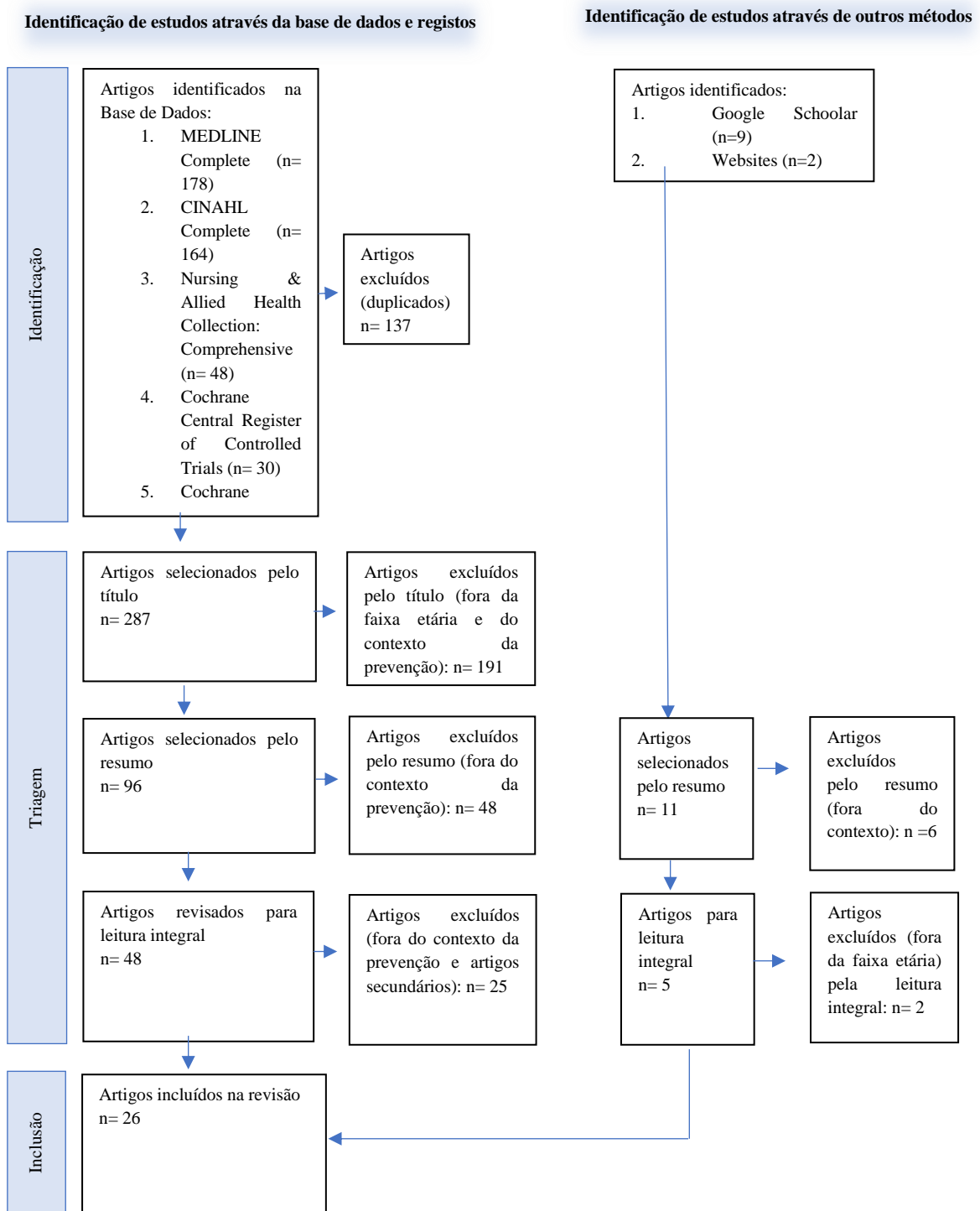
Da amostra inicial eliminaram-se 137 artigos repetidos identificados pela EBSCO, reduzindo a amostra para 287 artigos. Seguidamente, após seleção segundo os critérios previamente definidos, foram eliminados 191 artigos por título, perfazendo um total de 96 artigos, e com a leitura dos resumos, foram selecionados 48 artigos e excluídos outros 48 artigos.

Destes 48 artigos selecionados para leitura integral, 25 não correspondiam ao contexto da prevenção dos maus-tratos, sendo que oito deles correspondiam a duas revisões integrativas da literatura (Lines et al., 2017; Harding et al., 2019); uma revisão sistemática da literatura (Yıldız & Tanrıverdi, 2018); uma mapping review (Chambers et al., 2021); uma scoping review (Lines et al., 2018); dois estudos randomizados (Robling et al., 2021; Lugg-Widger et al., 2017) e um artigo de opinião (Dean, 2017), no entanto, foram enquadrados na discussão para enriquecer o conteúdo desta RIL. Como tal, foram incluídos 23 artigos para análise na revisão e na discussão incluídos os estudos secundários para complementar essas análises.

Como os resultados referentes à prevenção do abuso sexual infantil nesta faixa etária foram escassos, foi necessário recorrer a autores externos de forma a colmatar esta necessidade identificada. Deste modo, foi realizada uma nova pesquisa na literatura cinzenta e obtiveram-se 3 artigos, finalizando uma amostra de 26 artigos incluídos, como é esquematizado com o PRISMA (Figura 3).

Figura 3

Fluxograma PRISMA.



Os dados foram recolhidos e analisados e posteriormente foi elaborada uma tabela de análise com o título/autores, objetivos, metodologia/amostra, resultados/conclusão e respetiva categorização.

Na RIL, os anos de publicação dos artigos variam entre 2017 e 2022, sendo que nove artigos foram publicados em 2017, três artigos publicados em 2018 e mais quatro artigos publicados em 2019. Em 2020 apenas um artigo foi identificado, em 2021 surgem quatro artigos e em 2022 até término da data da atual pesquisa, foram publicados dois artigos.

Relativamente ao país de publicação, os EUA lideram com 12 artigos publicados, de seguida o Japão com três artigos, com dois artigos publicados a Holanda, com dois artigos o Canadá e o Reino Unido, e com apenas um artigo, a Nova Zelândia e a Turquia.

Na pesquisa realizada na literatura cinzenta, os anos de publicação variam entre 2017 e 2020, realizados na Turquia e na China.

De forma a clarificar e simplificar os resultados obtidos, procedeu-se à categorização da evidência e seus resultados, nomeadamente na Identificação dos Fatores de Risco (Diminuição/Eliminação dos Fatores de Risco) e no Aumento dos Fatores de Proteção (Programas de promoção e apoio à Parentalidade, Programas de educação infantil e Redes de suporte e apoio), conforme é exemplificado na Tabela 1.

Tabela 1

Categorização dos resultados obtidos na RIL

Intervenções
<p>Identificação dos Fatores de Risco da criança/família:</p> <p><i>Diminuição/Eliminação dos Fatores de Risco</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pais: história de gravidez múltipla, gravidez indesejada, gravidez na adolescência, idade jovem da mãe, mãe/pai solteiro, separação mãe-filho, ansiedade e stress parental, doença mental, significados e perceções negativas, problemas de personalidade, abuso de substâncias, défice na qualidade de cuidados prestados à criança, história de experiências adversas por parte dos cuidadores na infância, violência doméstica, isolamento familiar, problemas económicos, perceção de falta de apoio social e não visitar a criança internada; ● Criança: baixo peso no nascimento, defeitos congénitos, atraso no desenvolvimento, choro irritável e temperamento difícil.
<p>Aumento dos Fatores de Proteção:</p> <p><i>Programas de Promoção e apoio à parentalidade:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apoio na Gravidez e Saúde Materna

- Aumento do conhecimento dos pais sobre gravidez e parto;
- Adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- Promoção de relações conjugais saudáveis.
- Promoção Parentalidade Positiva
 - Aumento conhecimento/capacidades dos pais na satisfação das necessidades da criança;
 - Promoção do desenvolvimento infantil e segurança da criança;
 - Disciplina Positiva;
 - Promoção do conhecimento/capacidade dos pais/cuidadores em educar as crianças sobre situações potencialmente abusivas – abuso sexual.
- Programas de informação e sensibilização sobre SSB
 - Comportamentos parentais adequados perante o choro;
 - Aumento do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil;
 - Aumento do conhecimento sobre riscos em sacudir um bebé;
 - Diminuição da raiva e da frustração perante o choro do bebé;
 - Ganho de estratégias para gerir choro do bebé.

Programa de educação infantil:

- Diminuição no comportamento violento das crianças e aumento da empatia, controlo de emoções e resolução de conflitos;
- Desenvolvimento de competências das crianças de autoproteção e segurança corporal.

Redes de suporte e apoio:

- Diminuição do isolamento social da família;
- Fortalecimento de segurança financeira – ligação serviços sociais.

2.3 DISCUSSÃO

No âmbito da intervenção da saúde, o EESIP detém um papel de destaque na prevenção dos maus-tratos pela sua especial proximidade à criança e sua família, independentemente do contexto em que se encontra inserido, promovendo e defendendo os direitos das crianças e o seu superior interesse (Hornor et al., 2022).

As perspetivas ecológicas têm assumido um papel central na explicação dos maus-tratos, especificamente o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Lopes & Anastácio, 2021).

Bronfenbrenner (1996) define o desenvolvimento humano como um produto resultante da interação entre o indivíduo que se encontra em desenvolvimento e o meio ecológico e multissistémico em que este se insere. O modelo de desenvolvimento humano compreende um fenómeno de mudanças das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos e que se estende ao longo do ciclo de vida humano, pelas gerações e contextos e ao longo do tempo histórico (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento humano e conseqüentemente dos maus-tratos infantis, é necessário considerar todo o sistema bioecológico que envolve o indivíduo, enquanto ele se desenvolve. No seu construto, Bronfenbrenner considera o desenvolvimento dependente de quatro dimensões que interagem entre si, denominadas de “Modelo PPCT” - Processo, Pessoa, Contexto e Tempo. Este modelo possibilita conhecer a interação desses núcleos e os aspetos que envolvem o desenvolvimento e funcionamento familiar (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

No Modelo PPCT, o desenvolvimento humano refere-se ao resultado de um processo proximal, ou seja, interações recíprocas complexas que acontecem de forma gradual, entre o sujeito e as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato. Neste sentido, são vistos como padrões de processos proximais o alimentar e confortar um bebé, o brincar com uma criança, as atividades entre crianças, as brincadeiras individuais ou em grupo, ler, a resolução de problemas e adquirir novos conhecimentos (Bronfenbrenner, 2005).

De acordo com Bronfenbrenner (2005), o segundo elemento fulcral deste modelo é a Pessoa. A análise da pessoa engloba as suas características adquiridas pela herança e aquelas que foram construídas na interação com o ambiente, sendo compreendidas como produtoras e produtos do desenvolvimento, uma vez que influenciam e são resultado desses processos proximais.

A terceira e mais explorada propriedade do modelo, o Contexto, é descrito como qualquer acontecimento que ocorre fora do organismo e que influencia ou é influenciado pelo sujeito em desenvolvimento (Lopes & Anastácio, 2021). À luz deste Modelo, os maus-tratos são explicados através das interações que ocorrem durante o desenvolvimento da criança e contém cinco níveis estruturais de sistemas abertos: o microsistema, o mesossistema, o exossistema, o macrosistema e o cronossistema. O

microssistema é o ambiente no qual a criança em desenvolvimento estabelece relações face a face, estáveis e significativas e essa estrutura permite, como contexto primário de desenvolvimento, que ela observe e participe em atividades conjuntas, que se determinam cada vez mais complexas, com o auxílio direto de sujeitos com quem ela tem uma relação afetiva positiva, como por exemplo, a família, a creche e a pré-escola; o mesossistema, que são as relações existentes no microssistema, ou seja, as inter-relações e processos que se estabelecem num dado momento, entre dois ou mais sistemas onde a criança em desenvolvimento se encontra inserida (as relações entre a casa e a creche/pré-escola ou entre a família e o centro de saúde); o exossistema, referente a inter-relações e processos que englobam ambientes onde a criança não se encontra inserida, mas que a afetam (as relações dos cuidadores no ambiente de trabalho, as decisões tomadas pela escola), o macrossistema, que consiste na cultura e sociedade onde a família se insere (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Por fim, emerge o tempo (cronossistema), que se refere à frequência de tempo no qual o sujeito em desenvolvimento tem estado exposto a um processo proximal e ao ambiente (Lopes & Anastácio, 2021).

Este modelo possibilita conhecer a interação dessas dimensões e os aspetos que envolvem o funcionamento familiar e analisar ampla e especificamente os fatores de risco e de proteção presentes no meio familiar/social, adquirindo-se um panorama das relações, das causas e consequências dos maus-tratos nesse contexto (Lopes & Anastácio, 2021). De acordo com as mesmas autoras, em todos os contextos vivenciados pela pessoa, há fatores de risco e de proteção ativos e com ações que vão influenciar os processos familiares em desenvolvimento. O risco/condição de vulnerabilidade, de acordo com a intensidade, frequência e duração poderá desencadear um distúrbio ou uma doença, e os fatores de proteção poderão fortalecer a pessoa diante dessa adversidade (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Abordagem Multissistêmica

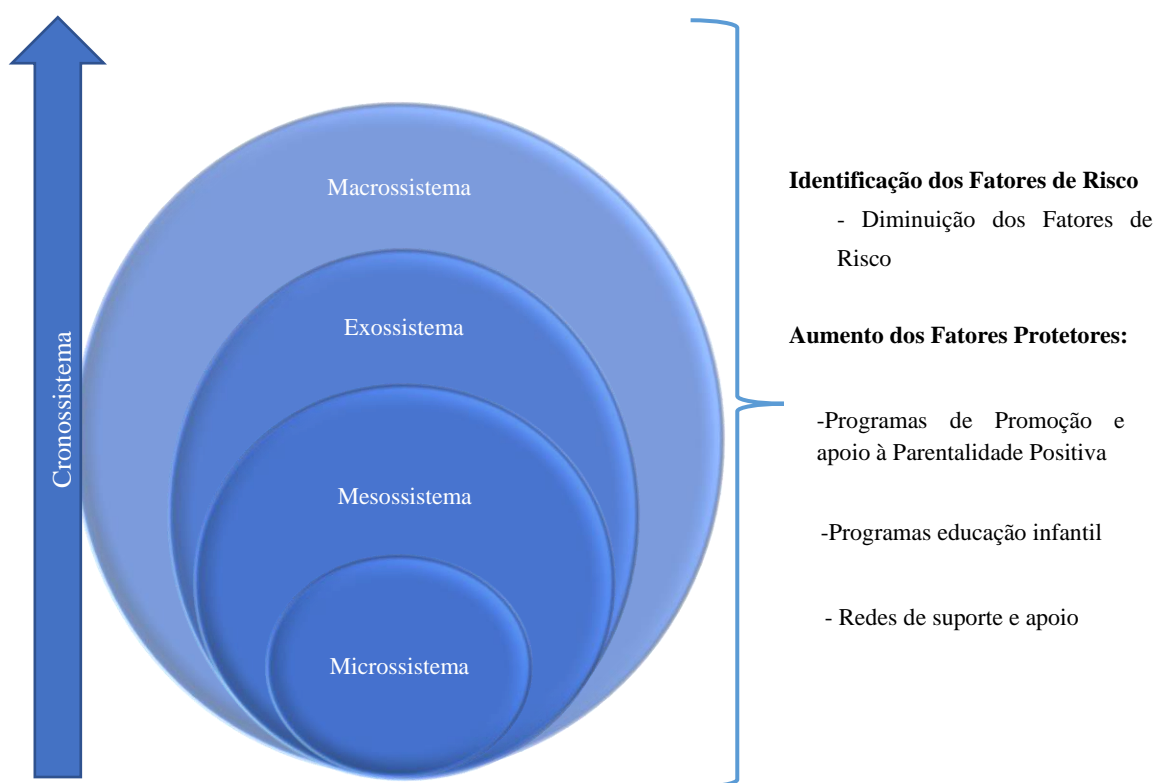
Como abordamos anteriormente, o Modelo Bioecológico permite compreender o funcionamento de um indivíduo dentro do contexto onde está inserido, no qual estabelece

relações e é conseqüentemente influenciado por um sistema de multiníveis: micro, meso, exo, macro e cronossistema, movendo-se do nível interno para o externo.

Assim sendo, com esta RIL, obtivemos estratégias do EESIP preventivas em vários sistemas (Figura 4).

Figura 4

Intervenções preventivas do EESIP



Fonte. Adaptado de Bronfenbrenner, 1998

Constatamos como estratégias preventivas a identificação dos fatores de risco e o aumento dos fatores protetores, nomeadamente em Programas de Promoção e apoio à Parentalidade, em Programas de educação infantil e no aumento de redes de suporte e apoio.

Todas estas intervenções deverão ser implementadas nos diversos contextos em que a criança está inserida, desde a sua família até à sociedade, ao longo do tempo e ao

longo de gerações, de forma a efetivar a prevenção e a quebrar o ciclo dos maus-tratos infantis.

Este modelo enfatiza os múltiplos fatores dos maus-tratos infantis e a interação dos fatores de risco que interagem na família e nos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e económico.

Identificação fatores de risco da criança/família

Diminuição/Eliminação dos Fatores de Risco

Dado o número de crianças afetadas por maus-tratos na infância e as terríveis consequências que podem ocorrer, a identificação imediata de maus-tratos na infância é crucial (Hornor et al., 2017). O EESIP detém um papel crítico na prevenção do abuso infantil e a deteção precoce dos fatores de risco é essencial, de forma a prevenir os maus-tratos infantis e as consequências negativas que daí advêm (Chambers et al., 2021).

Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influência(s) que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos e representam variáveis biopsicossociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens (Schols et al., 2019). Os fatores de risco, por si só, não provam a existência de maus-tratos, apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento.

Os fatores de risco podem ser alusivos aos pais - história de gravidez múltipla, gravidez indesejada, gravidez na adolescência, idade jovem da mãe, mãe/pai solteiro, separação mãe-filho, ansiedade e stress parental, doença mental, significados e percepções negativas, problemas de personalidade, abuso de substâncias, défice na qualidade de cuidados prestados à criança, história de experiências adversas por parte dos cuidadores na infância, violência doméstica, isolamento familiar, problemas económicos, percepção de falta de apoio social e não visitar a criança internada (Hornor et al., 2017; Ninomiya et al., 2017; Saltmarsh & Wilson, 2017; Schols et al., 2019; Van der Put et al., 2017; YoshiokaMaeda & Fujii, 2022); e à criança - no que respeita aos fatores de risco associados à criança até aos cinco anos de idade, segundo os mesmos autores, estes são

referentes ao baixo peso no nascimento, a defeitos congênitos, a atrasos no desenvolvimento, ao choro irritável e temperamento difícil.

Como referido anteriormente, a exposição à violência conjugal tem sido associada a uma variedade de resultados negativos para as crianças, incluindo o aumento do risco de sofrer maus-tratos infantis, problemas na vinculação/ligação e problemas psicossociais e de comportamento (Hornor et al., 2017). Também a experiência dos pais de maus-tratos na infância aumenta o risco dos seus filhos sofrerem maus-tratos (Van der Put et al., 2017). O abuso de drogas e álcool pelos pais tem sido associado a uma variedade de consequências negativas para as crianças: filhos de pais que abusam de substâncias têm maior risco de ansiedade e depressão, défice das habilidades interpessoais, problemas de comportamento, insucesso escolar, abuso de substâncias e a depressão dos pais pode resultar em consequências negativas para as crianças através de cuidados negligentes (Smith et al., 2016).

Bebés prematuros são especialmente vulneráveis e correm maior risco de problemas no neurodesenvolvimento devido a fatores ambientais, stressores nos seus cérebros que continuam a desenvolver-se mesmo após o nascimento. Além disso, irritabilidade, choro inconsolável e o não responder de acordo com as expectativas dos pais aumenta a sua vulnerabilidade para os maus-tratos, o que por sua vez aumenta o *stress* e ansiedade dos pais (Saltmarsh & Wilson, 2017).

Os enfermeiros estão bem posicionados para identificar precocemente fatores de risco (*red flags*) nas famílias durante a gravidez e logo após o nascimento, protegendo desde logo o bebé e assim interagindo e criando ligação com a família e aumentando conhecimentos e habilidades, promovendo vínculo e facilitando a parentalidade (Saltmarsh & Wilson, 2017).

Hornor et al. (2017) referem que os enfermeiros habitualmente não rastreiam maus-tratos infantis e fatores de risco psicossociais, sendo a triagem e orientação antecipada elementos essenciais para a integridade do cuidado à criança e à sua família.

A identificação precoce dos fatores de risco, com recurso a escalas de avaliação, como verificamos através do uso da *Early Risks of Physical Abuse and Neglect Scale* (ERPANS) e da *Identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect* (IPARAN), ambas escalas aplicadas para detetar famílias em risco de maus-tratos e a intervenção precoce, não só demonstra reduzir os primeiros sinais de negligência em bebés,

fornecendo apoio precoce, fortalecendo as habilidades dos pais e prevenindo consequências atuais e futuras na saúde das crianças, como também resulta numa diminuição da taxa de encaminhamentos para centros de proteção de crianças (Ninomiya et al., 2017; Schols et al., 2019; Van der Put et al., 2017).

Aumento dos Fatores de Proteção

Programas de promoção e apoio à Parentalidade:

Programas de promoção e apoio à Parentalidade, são uma abordagem de prevenção de maus-tratos na primeira infância e intervêm num período crítico quando as crianças estão em maior risco, promovendo um reforço dos fatores de proteção dentro da família bem como a diminuição ou eliminação dos fatores de risco (Robling et al., 2022). A VD realizada pelo EESIP é um exemplo deste tipo de intervenção e pode ter um importante papel ao realizar-se o mais precocemente possível e ao longo do ciclo vital, nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de apoios que as façam ultrapassar de forma saudável essas crises (Lugg-Widger et al., 2017). Os enfermeiros têm a flexibilidade de visitar as famílias com regularidade e frequência, com base nas necessidades do cliente. A intensidade dessa intervenção oferece oportunidades para avaliar continuamente o ambiente doméstico, a qualidade e a segurança das relações dentro do lar e as respetivas mudanças.

Nos Estados Unidos da América, houve um grande investimento na implementação de programas de VD, nomeadamente o modelo *Nurse-Family Partnership* (NFP), programa realizado a adolescentes e jovens mulheres grávidas, mães pela primeira vez e em condições socioeconómicas desfavorecidas, que se realiza no início da gravidez (por volta da 28^a semana de gestação) e continua regulamente até aos dois anos de vida da criança, com uma média de 64 visitas efetuadas e cada sessão tem a duração de 60 a 90 minutos, com recurso a folhetos, vídeos, *role-playing* (Barnes et al., 2017; Dodge et al., 2019; Eckenrode et al., 2017; Goodman et al., 2021; Jack et al., 2021; Matone et al., 2018; Robling et al., 2022).

O enfermeiro tem um papel importante na prevenção dos maus-tratos infantis e iniciar este trabalho durante a gravidez é fundamental (Jack et al., 2021; Matone et al.,

2018). O início das VD no período pré-natal proporciona um período de tempo substancial no qual há uma identificação dos fatores de risco, como por exemplo depressão, história de maus-tratos na infância da mãe/pai, violência conjugal, pobreza e fracas condições habitacionais e estabelece o início de uma relação terapêutica (Matone et al., 2018). O EESIP inicia a relação terapêutica e trabalha para apoiar essas famílias a fazerem escolhas de vida saudáveis para melhorar a sua saúde e bem-estar durante a gravidez, através da promoção de conhecimentos e mudanças no estilo de vida maternas (depressão e ansiedade, tabagismo, alcoolismo, drogas), permitindo a ligação com redes de suporte, apoiando o desenvolvimento saudável do papel parental ajudando-as a cuidarem dos seus filhos, o que se traduz numa redução do *stress* e ansiedade, fortalecendo a segurança e confiança durante a gravidez (Barnes et al., 2017; Dodge et al., 2019; Eckenrode et al., 2017; Goodman et al., 2021; Jack et al., 2021; Matone et al., 2018; Robling et al., 2022). Os mesmos autores referem que permite igualmente discutir a violência conjugal, promovendo relacionamentos saudáveis.

Após o nascimento da criança, os enfermeiros mantêm como foco a melhoria da saúde mental materna, como por exemplo a depressão pós-parto, violência intrafamiliar, permitindo ligações com serviços comunitários (apoio social, apoio emocional, apoio de vizinhos), refletindo menores taxas de problemas na saúde mental materna - ansiedade e depressão (Dodge et al., 2019; Goodman et al., 2021; Jack et al., 2021).

Barnes et al (2017) referem que programas de promoção e apoio à parentalidade permitem aumentar conhecimento e capacidades dos pais na satisfação das necessidades básicas das crianças – abordando temas como amamentação, alimentação, afeto, sono e higiene. Os mesmos autores evidenciam que mães submetidas a este programa eram mais propensas a amamentar até aos 6 meses de idade; promovia o desenvolvimento infantil - instrui os pais em como responder com afeto ao choro da criança e em como estimularem o seu filho. Matone et al (2018) defendem a utilização da música ou o brincar com brinquedos apropriados para a idade, e abordam a disciplina como prática parental educativa, em vez da punição física, tal como o ensino aos pais de segurança infantil, como por exemplo através da preparação de um ambiente seguro e sem perigos.

Verifica-se igualmente que as crianças que usufruem deste programa são mais propensas a atingir um bom nível de desenvolvimento até à idade escolar - leitura, escrita, matemática e ciências (Robling et al., 2022).

De facto, as evidências demonstram que o acompanhamento de famílias de risco por estes programas de promoção e apoio à Parentalidade, detêm uma menor recorrência ao serviço de urgência até aos 5 anos de idade da criança (Goodman et al., 2021), taxas menores de investigação de maus-tratos por serviços de proteção de crianças e maus-tratos efetivos à criança (Dodge et al., 2017; Eckenrode et al., 2017).

Os programas de promoção e apoio à Parentalidade permitem igualmente abordar os pais/cuidadores, aumentando os seus conhecimentos e capacidades em educar as crianças sobre situações potencialmente abusivas – prevenção do abuso sexual.

Zhang et al. (2020) realizaram um estudo cujo objetivo foi investigar as atitudes, conhecimentos e comportamentos dos pais com crianças em idade pré-escolar sobre a educação para a prevenção do abuso sexual e os resultados demonstraram que os pais tinham relutância em abordar habilidades de proteção do abuso sexual com os seus filhos, e menos de metade dos participantes disse a seus filhos que, se o abuso sexual acontecer, os pais ou outros adultos de confiança devem ser informados. Isto sugere que é imperativo implementar a educação de prevenção do abuso sexual infantil por parte dos pais e cuidadores.

Um outro programa de promoção e apoio à Parentalidade é referente à sensibilização e informação sobre o SSB e pode ser implementado em maternidades, CSIJ e em VD.

O SSB, um traumatismo cranioencefálico, historicamente conhecido como síndrome do bebé sacudido/abanado é um importante problema de saúde pública (Lopez-Bushnell et al., 2017). É uma forma grave de abuso físico infantil com mortalidade e morbidade significativas, elevados custos médicos, fragmentação da família e fragilidade da sociedade (Barr et al., 2018).

Como já referido anteriormente, a maioria dos casos ocorre quando um dos pais ou cuidadores está cansado, frustrado e chateado, como por exemplo, porque o bebé não para de chorar, abanando-o repetida e violentamente, causando-lhe um movimento do tipo chicote cervical (McInerney et al., 2020). Os bebés são especialmente suscetíveis a lesões quando sacudidos, porque os seus tecidos e estrutura óssea ainda não estão suficientemente desenvolvidos para oferecer proteção. De acordo com o *National Center on Shaken Baby Syndrome* (NCSBS) estas lesões podem resultar em danos cerebrais, hemorragia craniana, cegueira, surdez, atraso na fala/aprendizagem, deficiências

intelectuais, paralisia cerebral e morte, sendo a principal causa de morte por abuso infantil nos EUA para crianças menores de um ano de idade (NCSBS, 2019).

Os pais necessitam compreender que o choro faz parte do normal desenvolvimento infantil: os bebês progredem através de estádios de desenvolvimento, onde o choro aumenta a partir da segunda semana de vida, atinge o pico aos 2 meses de idade e diminui aos 4-5 meses (Dias et al., 2017). Padrões de choro precoce, embora frustrantes, fazem parte do desenvolvimento normal do bebê e é importante compartilhar essas informações com os cuidadores, de forma a prevenir o SSB (McInerney et al., 2020).

The Period of PURPLE Crying® (ou conhecido como *PURPLE*), é um programa de prevenção universal, com mais de 50 anos de pesquisa (Barr et al., 2018; Kempe, 1971; NCSBS, 2019), projetado para educar os novos pais sobre o choro infantil, aumentar o conhecimento e os comportamentos de segurança (Dias et al., 2017; Duzinski et al., 2018; Groisberg et al., 2020; Pavuluri et al., 2021; Lopez-Bushnell et al., 2017), e foi implementado em todos os 50 estados dos EUA, Canadá, Austrália, Israel, Japão, Ilhas Caimão e Coreia do Sul (Duzinski et al., 2018).

Partindo da premissa de que a frustração com o choro de uma criança é o principal causador do SSB, educar os pais e cuidadores sobre as tendências normais do choro infantil pode alterar as suas respostas ao choro, melhorar as competências e habilidades do cuidador e reduzir a frustração (Stephens et al., 2014).

Diversos autores (Barr et al., 2018; Dias et al., 2017; Duzinski et al., 2018; Groisberg et al., 2020; Pavuluri et al., 2021; Lopez-Bushnell et al., 2017) avaliaram diretamente mudanças no conhecimento e comportamento dos pais em relação ao choro infantil e concluíram que os pais que participam nestes programas são mais propensos a manifestar comportamentos adequados perante o choro e a demonstrarem mais conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, tais como os perigos em abanar um bebê, traduzindo-se numa diminuição da raiva e frustração do cuidador perante o choro.

As intervenções desta educação padronizada consistem em suporte informativo verbal, realizado através de uma breve sessão educativa voluntária, para um dos pais ou os dois, seguido da visualização de um vídeo. Posteriormente é distribuído um livreto/folheto/póster contendo as principais mensagens do programa e um DVD, não só contendo o vídeo visualizado, bem como outros vídeos educativos sobre o choro do bebê, que os pais podem levar para o domicílio e compartilharem com outros cuidadores (Barr

et al., 2018; Dias et al., 2017; Duzinski et al., 2018; Groisberg et al., 2020; Lopez-Bushnell et al., 2017).

O uso de novas tecnologias (*iPad*) como meio auxiliar de suporte informativo, veio a demonstrar uma melhoria significativa em termos de adesão dos novos pais à visualização de um vídeo preventivo de SSB, comparativamente ao método convencional que utiliza um aparelho de DVD (Pavuluri et al., 2021), significando que quanto maior a população que adere à visualização do vídeo, maior a probabilidade de aquisição de conhecimentos e competências parentais.

Bar et al (2018) incidiram o seu estudo na influência deste tipo de programas nas taxas de hospitalização de crianças com suspeitas de maus-tratos, no estudo realizado no Canadá, durante 8 anos, foi verificado uma diminuição nas taxas de hospitalização em 35% após implementação deste programa de prevenção (Barr et al., 2018).

Os programas educativos na educação dos pais relativamente à prevenção de SSB são eficazes, mostrando que dotá-los de conhecimentos, habilidades e atitudes, para um papel parental adequado, não só é facilitador e promotor da parentalidade, através da criação de um ambiente adequado ao crescimento e desenvolvimento biopsicossocial da criança, como também se revela preventivo deste tipo de mau-trato (Barr et al., 2018; Dias et al., 2017; Duzinski et al., 2018; Groisberg et al., 2020; Pavuluri et al., 2021; Lopez-Bushnell et al., 2017).

No entanto, também a sensibilização/formação dos enfermeiros na área do SSB é importante, pois a educação nesta área aumenta o nível de conhecimentos e confiança dos enfermeiros na educação realizada para os pais/cuidadores, sendo útil para padronizar e melhorar a educação na prevenção (McInerney et al., 2020; Tortolano et al., 2021).

O EESIP é um elemento estrutural e funcional de apoio à parentalidade e, como tal, deve fornecer material de leitura, sessões educativas, terapia com grupos de pais como forma de promover a parentalidade positiva que se configura como relevante nos primeiros anos de vida da criança, um período de vida em que esta depende dos seus cuidadores, bem como uma fase marcada pelas oportunidades únicas de aprendizagem e desenvolvimento (Neves, 2022).

Programas de educação infantil

Os primeiros cinco anos de vida constituem um período crítico no qual as primeiras experiências das crianças em termos cognitivos, comportamentais e emocionais, bem como desenvolvimento social ganham impulso (Ayyildiz et al., 2019). Vivenciar experiências positivas nos primeiros anos de vida da criança fortalece as estruturas e funções biológicas em desenvolvimento e favorece a aquisição de competências (Shonkoff et al., 2012).

É na primeira infância que se inicia o processo de autorregulação, o qual se estenderá ao longo do desenvolvimento do indivíduo durante o qual cuidadores principais da criança têm um papel relevante, atuando como correguladores que irão permitir o alcance da autorregulação (Linhares & Martins, 2015). Segundo os autores, a autorregulação é uma habilidade que as crianças possuem em gerir os seus comportamentos e emoções, em diversas situações, controlando os seus impulsos.

Dadas as sequelas adversas associadas aos maus-tratos infantis, as intervenções sociais e emocionais da criança surgem como modalidades importantes para promover resultados de desenvolvimento adaptativo (Toth & Manly, 2019).

Em relação às competências sociais e emocionais da criança a partir dos 3 anos de idade, esta pode ser educada relativamente à sua capacidade de autorregulação das suas emoções e comportamentos adequados, expressando de forma positiva os seus sentimentos (Ayyildiz et al., 2019).

A aprendizagem baseada em habilidades sociais e emocionais nas crianças é uma parte importante de uma intervenção para prevenir os maus-tratos (Ayyildiz et al., (2019). Décadas de pesquisa mostram que ensinar habilidades a crianças e jovens para lidar com o *stress*, resolver conflitos e gerir as suas emoções e comportamentos pode prevenir a vitimização e perpetuação da violência, bem como o uso indevido de substâncias, infeções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e gravidez na adolescência (Ayyildiz et al., 2019; Toth & Manly, 2019).

Os enfermeiros podem conduzir programas de educação infantil, que considerem o risco individual, familiar e ambiental das crianças e assim contribuir para o desenvolvimento de habilidades das mesmas em empatia, resolução de problemas e controlo emocional (Ayyildiz et al., 2019). Segundo os mesmos autores, um estudo

referente à intervenção em crianças a partir dos três anos de idade, em que foi aplicado um programa de desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais - focado na empatia, resolução de problemas e controle da raiva, demonstrou que, submetidas a este programa, as crianças apresentam uma diminuição no comportamento violento e um aumento das suas capacidades sociais, em termos de empatia, controle de emoções e resolução de conflitos. Por conseguinte, os pais relataram mais assertividade com os seus filhos e uma melhor ligação.

Webster-Stratton & Reid (2018) destacam os principais focos na promoção de competências sociais e emocionais das crianças, que o EESIP pode implementar e efetuar o ensino aos pais. Nestes ensinamentos, o EESIP vai incidir na promoção do comportamento positivo, através da atenção, incentivos e elogios, em envolver os pais nos planos de disciplina, em ensinar as crianças mais novas a brincarem umas com as outras e a falarem com os amigos, incentivar os pais a brincarem com os seus filhos em casa, em usar jogos e atividades para promover o uso da linguagem sobre sentimentos, ensinar às crianças estratégias de relaxamento e em fazerem uma pausa.

Programas baseados na prevenção de comportamentos violentos em crianças através do desenvolvimento de habilidades de autorregulação das suas emoções e comportamentos adequados, propiciam relações fortes, confiantes e cooperativas com os outros (Ayyildiz et al., 2019).

Desta forma, é igualmente possível a partir desta faixa etária implementar programas que abordem a educação sexual nas crianças. Estes programas têm o intuito de educar a criança a respeito do seu corpo e das suas características, levando-a a compreender os limites do contato físico com outras crianças e até mesmo com outros adultos (Citak Tunc et al., 2018).

Vários estudos têm demonstrado que crianças com 3 anos de idade, independente do sexo, já conseguem aprender a reconhecer toques abusivos, distinguindo-os de toques não abusivos, assim como a verbalizar pedidos desadequados, mesmo quando provenientes de pessoas de confiança (Citak Tunc et al., 2018).

É fundamental a prevenção deste tipo de abuso em idade pré-escolar, uma vez que as crianças encontram-se a desenvolver as suas bases de aprendizagem, a adquirir uma maior consciência do seu corpo e a adquirir maior capacidade de socialização (Zhang et al., 2020).

Alguns programas têm vindo a ser implementados na pré-escola com o intuito de aumentar o conhecimento das crianças sobre prevenção do abuso e adquirir autoeficácia para agir perante uma situação insegura (Russel et al., 2020). De acordo com estes autores, a maioria dos programas utiliza intervenções focadas no *Body Safe Training Program* (BST) - programa desenvolvido nos EUA, adequado para crianças entre os 3 e os 7 anos que permite melhorar o conhecimento das crianças sobre segurança corporal, toque apropriado e toque inapropriado e autoeficácia para agir (falar, pedir ajuda), com apoio de livros, histórias, vídeos e teatro.

O programa é composto por 10 sessões e utilizam-se histórias com figuras sobre crianças (jogos do *What If Situation Test*), colocadas em situações potencialmente perigosas por um estranho ou conhecido. As histórias transmitem regras de segurança nos diversos contextos retratados e discutem-se as ideias.

Os seus pontos fundamentais baseiam-se no reconhecimento da criança de que ela é dona do seu próprio corpo e que o toque inapropriado nunca é culpa sua; em identificar a localização das suas partes íntimas; em reconhecer os pedidos para olhar ou tocar nas suas partes íntimas (olhar ou tocar nas suas partes íntimas é aceitável) e que é inapropriado que sejam tocadas ou examinadas por outra pessoa (exceto médicos, enfermeiros ou pais podem tocar ou olhar as partes íntimas da criança por motivos de saúde ou higiene) e/ou sejam forçadas a tocar nas partes íntimas dessa pessoa.

As crianças desenvolvem igualmente competências de proteção pessoal, quer sejam verbais (dizer não) ou comportamentais (como contar a alguém de confiança) (Russel et al., 2020).

Todas as crianças em idade pré-escolar que foram submetidas a este programa, foram capazes de reconhecer corretamente o toque apropriado do inapropriado, demonstraram uma maior capacidade em identificar situações potencialmente abusivas, bem como um maior conhecimento acerca de conceitos como a culpa não ser sua, revelando que um programa de treino de segurança corporal é eficaz para aumentar a prevenção do abuso sexual infantil e as habilidades em crianças em idade pré-escolar (Citak Tunc et al.,2018).

Facultar informação que visa a proteção da criança através do reconhecimento do toque apropriado, do toque inapropriado e da autoeficácia para agir (dizer sim, dizer não, falar, pedir ajuda) são eficazes para a consolidação de conhecimentos e competências.

Aumento das redes de suporte e apoio

Bowlby (1979) refere que redes de suporte e apoio eficiente estão associadas à prevenção de violência e ao fortalecimento de competências. Bronfenbrenner (1996), aponta estudos que salientam a influência de redes de apoio afetiva na produção de estratégias eficazes em situações de crise. A eficácia das redes expressa-se por respostas com significativa redução de sintomas psicopatológicos, tais como depressão e sentimentos de desamparo. Na ausência destas redes, pode-se verificar o aumento da vulnerabilidade das pessoas frente a uma situação de risco (Ono & Honda, 2017). Melhorar abordagens das redes para famílias com fatores de risco é recomendado para a prevenção do abuso infantil.

Ono & Honda, (2017), pretendiam esclarecer a associação entre potencial de abuso, apoio social e fatores sociodemográficos, e concluíram que as mães que apresentaram alto *score* de potencial de abuso, eram solteiras/divorciadas, com baixo status económico, isoladas e com baixo apoio social.

A família, como um dos microssistemas e unidade básica de interação social também influencia e é influenciada pela rede de apoio social. As relações com pessoas e instituições significativas podem ser recursos protetores para os membros da família e seus vínculos, permitindo enfrentar e superar momentos de crise (Seibel et al., 2017).

Pais que enfrentam dificuldades financeiras têm maior probabilidade de sofrer *stress*, depressão e conflitos nos seus relacionamentos, o que compromete a parentalidade aumentando o risco de maus-tratos e outras experiências adversas. A pobreza e o isolamento social constituem-se como fatores de risco revelando um impacto indireto na parentalidade, expondo os pais a fatores de *stress* que extrapolam para a relação pais-filhos, bem como menos recursos para lidar com eles, aumentando a probabilidade em fornecerem cuidados negligentes à criança e colocando-os em situação de vulnerabilidade (Ono & Honda, 2017).

De facto, o fortalecimento da segurança financeira familiar, através do encaminhamento pelo EESIP para serviços de apoio social pode reduzir o abuso e a negligência infantil, melhorando a capacidade dos pais em satisfazer as necessidades básicas das crianças (por exemplo, alimentação, saúde, higiene, afeto e educação),

fornecer cuidados infantis adequados ao desenvolvimento e reduzir o *stress* e a depressão dos pais, ambos fatores de risco para maus-tratos infantis.

O EESIP deve incentivar a família a interagir com amigos, grupos e familiares, diminuindo o isolamento social e permitindo a ligação da família a serviços e redes de apoios, como aconselhamento sobre saúde mental, o uso de substâncias e sobre apoio social - recursos financeiros (Dodge et al., 2019; Goodman et al., 2021; Jack et al., 2021; Ninomiya et al., 2017).

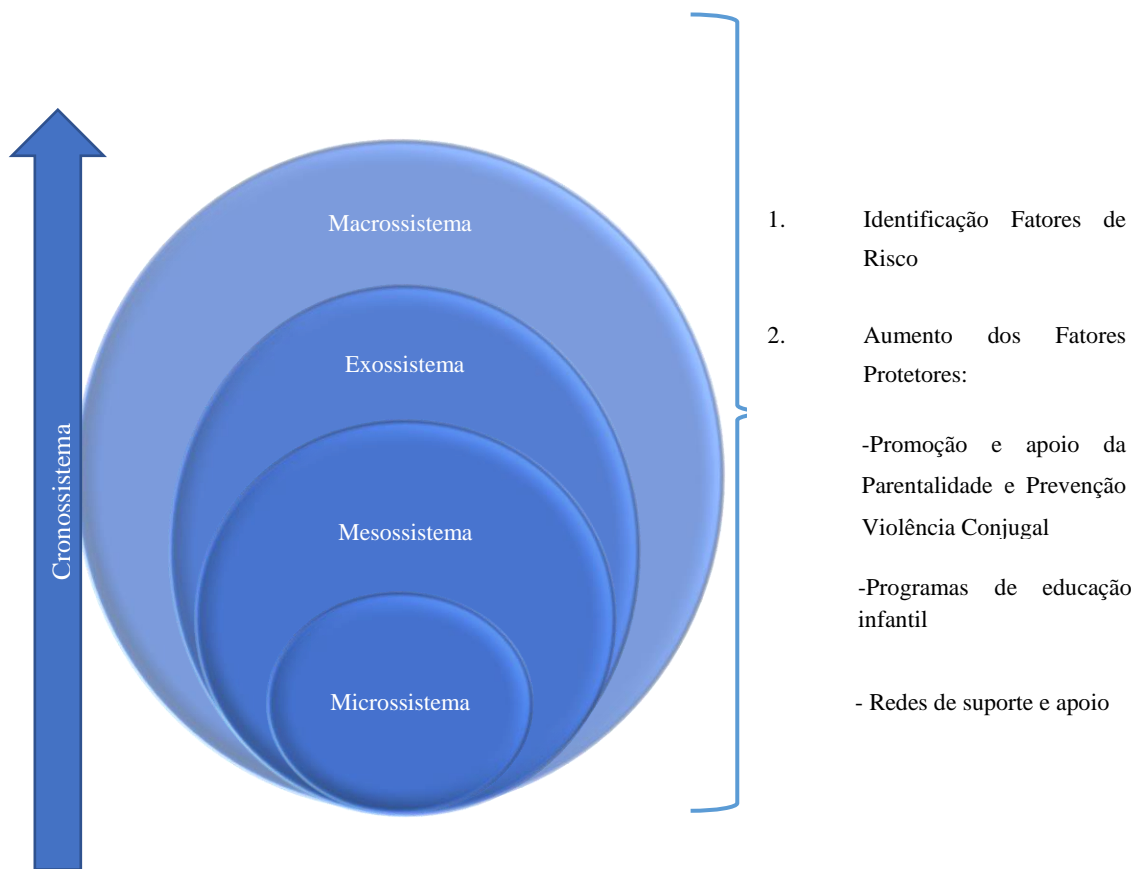
2.4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Uma proposta de intervenção define-se como um plano de trabalho estruturado, baseado na melhor evidência científica existente, que propõe e indica as ações com vista à resolução de um problema identificado, que preocupa os intervenientes e que exige a sua participação ativa e sistemática, bem como da população dentro do contexto (Ruivo et al., 2010).

O tema da presente proposta de intervenção inclui-se na linha de trabalho direcionada para a “Criança em Risco” e centrou-se na intervenção do EESIP na prevenção dos maus-tratos infantis a crianças dos 0 aos 5 anos de idade, tendo em consideração a transversalidade deste projeto a todos os locais de estágio e atendendo aos resultados/conclusões obtidos com esta RIL (Figura 5).

Figura 5

Proposta de Intervenção: Intervenções preventivas do EESIP nos maus-tratos a crianças dos 0 até aos 5 anos de idade



Fonte. Adaptado de Bronfenbrenner, 1998

Compreender o desenvolvimento humano e conseqüentemente o fenómeno dos maus-tratos na primeira infância, a partir de uma perspectiva Bioecológica, delinea estratégias com base em cuidados responsivos para respostas intersectoriais, que consideram a importância de um ambiente estável e sensível às necessidades de saúde das crianças, com proteção contra adversidades, oportunidades de aprendizagem precoce e interações positivas, estimulantes do desenvolvimento. Esses cuidados devem ser apoiados por uma variedade de contextos sociais (na família, no trabalho dos pais, na creche e pré-escola, comunidade mais ampla e sociedade), a partir de componentes interligados, onde se incluem conhecimentos, habilidades e atitudes nos cuidados (saúde, higiene e alimentação); estimulação (falar, cantar e brincar); responsividade (vínculo, confiança, disciplina e comunicação positiva); e segurança (prevenção de acidentes).

Considerando a importância da identificação precoce dos fatores de risco da família, tendo em conta o contexto individual, social e comunitário, sugere-se a validação de uma escala de triagem para a sua identificação. Conforme evidenciado com a execução desta RIL, a *Early Risk of Physical Abuse and Neglect Scale* (ERPANS) é um instrumento que pode ser utilizado logo após o nascimento da criança, que aborda o relacionamento entre pais e filhos, problemas na comunicação e problemas psicológicos dos pais, através de 31 itens. Como é uma escala aplicada precocemente, fornece informações importantes sobre o risco de maus-tratos infantis, permitindo fornecer apoio atempadamente, fortalecendo as habilidades dos pais e prevenindo consequências atuais e futuras na saúde das crianças e possível encaminhamento para programas de intervenção precoce. Deverá ser implementada em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários.

Sugerimos campanhas educativas realizadas a nível nacional direcionadas para a Promoção da Parentalidade e sensibilização para a prevenção da violência conjugal.

Educação direcionada para a promoção da parentalidade usando técnicas de marketing social têm sido usadas eficazmente na saúde pública para alterar comportamentos, nomeadamente em reforçar à sociedade de que práticas parentais positivas favorecem o desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças na primeira infância e que a punição física é reprovável, pois transmite modelos agressivos e dificulta a relação entre pais e filhos, reduzindo assim as crenças de que o castigo corporal é apropriado. O EESIP pode igualmente informar a sociedade em geral dos riscos em abanar um bebé – sensibilizando e informando para o risco do SSB; Campanhas educativas sobre a prevenção do abuso sexual infantil devem ser implementadas pelo EESIP através de estratégias que foquem o papel da sociedade em identificar sinais de risco e proteger as crianças e em transmitir-lhes conhecimento e competências para que estas adquiram a capacidade em reconhecer situações potencialmente abusivas, garantindo a sua autoproteção e segurança corporal.

Sensibilizar a sociedade para a violência conjugal como crime público e como forma de maus-tratos para as crianças é importante, pois como já abordamos anteriormente a criança percebe a violência como forma resolutiva de problemas, replicando esse modelo, diminuindo a sua capacidade de resolução de problemas e manutenção de relações afetivas saudáveis, aumentando a probabilidade em usar a violência na vida adulta.

Anualmente, a nível nacional, o mês de abril é considerado o mês da prevenção contra os maus-tratos infantis, havendo várias campanhas para a sensibilização nesta temática.

Assim, o EESIP pode exercer a sua função neste contexto e nestas temáticas através de campanhas nacionais na TV ou em programas de rádio, workshops e seminários abertos para a população em geral e igualmente através da distribuição de livretos e folhetos, que a sensibilizam, abordando os principais aspetos da parentalidade positiva, nomeadamente a satisfação das necessidades básicas das criança e a sua segurança, a importância do estabelecimento do vínculo e da disciplina positiva e a prevenção do SSB.

Atitudes, conhecimentos, habilidades e comportamentos parentais podem ser positivamente influenciados por programas de promoção e apoio à Parentalidade Positiva a nível do microssistema.

Através de Programas de promoção e apoio à parentalidade, o EESIP vai iniciar a sua prática no período pré-natal, através de EPS realizadas em consultas ou VD direcionadas para a preparação para a gestação, maternidade e paternidade. O planeamento e a promoção de conhecimentos aos futuros pais poderão fortalecer a sua segurança e confiança durante este período e posteriormente, nos cuidados responsivos a prestar ao seu bebé. Estas EPS devem ser direcionadas não só para a mulher, mas igualmente para o pai, de forma a ser mais ativo no apoio durante a gestação, nascimento e cuidado ao bebé.

No decorrer da gestação e após o nascimento, o EESIP deve iniciar a promoção do vínculo no período pré-natal, apoiar a saúde materna, aconselhando a mãe sobre o consumo de tabaco, alimentação, sono, depressão pós-parto e estabelecimento de relações conjugais saudáveis (importância de uma boa base de comunicação e resolução de conflitos), promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis para a mãe e para o feto. Fornece cuidados antecipatórios e manutenção de um ambiente seguro, estimulante para o desenvolvimento saudável da criança, através do aconselhamento de brinquedos e objetos adequados para a criança, música, uso do elogio e disciplina positiva, defendendo e implementando práticas parentais que desenvolvam adultos atenciosos, responsáveis e empáticos.

Como o choro excessivo do bebê é um *trigger* significativo para o SSB, programas de informação e sensibilização sobre SSB diretamente focados nos pais/cuidadores são igualmente preventivos pois têm como alvo o aumento do conhecimento sobre o normal desenvolvimento infantil, gestão da raiva e frustração perante o choro e os perigos em sacudir o bebê.

Sugerimos que este tipo de programas sejam implementados a ambos os pais em hospital/maternidade aquando da alta do bebê, com reforço nas CSIJ e VD, incidindo não só sobre a mãe, mas igualmente sobre o cuidador do sexo masculino, uma vez que a literatura indica que grande parte dos agressores são do sexo masculino (Kesler et al., 2008).

Destacamos programas que tem revelado ser eficazes na promoção à Parentalidade Positiva. O modelo *Positive Parenting Program - Triple P* é um programa implementado em alguns países que tem como objetivo capacitar os pais com as habilidades e a confiança de que precisam para serem autossuficientes e serem capazes de gerir as questões familiares sem apoio contínuo. O programa visa promover nos pais autonomia e autoeficácia para melhorar as práticas parentais de forma eficiente e atender às necessidades da criança, através da disciplina positiva e de um ambiente de aprendizagem. A nível nacional são vários os programas existentes promotores do apoio e promoção à parentalidade positiva, entre eles salientamos o programa *Family Building*®, que desenvolve estratégias baseadas neste modelo de Parentalidade Positiva, de forma a apoiar as famílias perante adversidades que vão surgindo no decorrer do seu ciclo de vida.

Quando a criança frequenta instituições educacionais, o seu curso de desenvolvimento é influenciado não só pela família, mas também pela pré-escola. As relações que ela desenvolve em cada um destes sistemas são diferentes, e, portanto, têm influências diferentes no seu desenvolvimento. É função do EESIP intervir nesses mesmos contextos. Pais com maior consciência sobre a prevenção dos maus-tratos podem indiretamente influenciar o sucesso dos programas de prevenção oferecidos nas pré-escolas.

Em relação às competências sociais e emocionais da criança, como verificamos anteriormente, a partir dos 3 anos de idade esta pode ser educada relativamente à sua capacidade em regular as suas emoções e comportamentos adequados, expressando de

forma efetiva e positiva os seus sentimentos e propiciando relações fortes, confiantes e cooperativas com os outros. Por isso, o EESIP deve implementar estas estratégias não só às crianças e pais, em ambiente familiar, como também a professores e educadores, em ambiente pré-escolar, através da comunicação e disciplina positiva.

No que concerne à prevenção do abuso sexual infantil, o EESIP pode ensinar conhecimentos e habilidades sobre abuso sexual para crianças pequenas, sendo eficaz na consciencialização das crianças sobre autoproteção e igualmente no aumento de conhecimentos/capacidades dos pais relativamente à prevenção do abuso sexual infantil, nomeadamente através da transmissão de informações antecipatórias aos seus filhos para que estes adquiram a capacidade em reconhecer situações potencialmente abusivas, em agir e em falar, no seu meio familiar ou pré-escolar, facilitando o desenvolvimento de competências de autoproteção e segurança corporal. Os pais devem abordar desde cedo este tema com os seus filhos e envolver os professores e educadores neste processo é fundamental.

Para além do suporte informativo verbal, o EESIP pode facultar o apoio aos pais e professores, como por exemplo através de *puzzles*, moldes de figuras para recortar e decorar, cartões com imagens, de forma a facilitar o envolvimento da criança e implementar atividades que abordam os principais conteúdos do *Body Safe Training* (por exemplo, o que é o abuso sexual, distinguir toque apropriado de toque inapropriado e autoeficácia para agir).

Em Portugal foram implementados alguns programas de prevenção primária de abuso sexual para crianças em idade pré-escolar, como por exemplo no ACES Gerês/Cabreira, que desenvolveu um programa que aborda temas como segurança corporal e direitos da criança, através do conto de uma história para as crianças e desenvolveu um guião para os pais, onde lhe fornecem as ferramentas necessárias para que possam abordar esta temática juntos dos seus filhos.

É, portanto, necessário que o EESIP desenvolva e difunda mais projetos de intervenção na educação da prevenção do abuso sexual e intervenha com os pais/educadores e crianças, utilizando vários recursos, como histórias, peças de teatro, desenhos, canções, para que a prevenção seja eficaz e alcance resultados positivos.

Políticas que fortalecem a segurança financeira familiar (apoios sociais, outras formas de assistência temporária e salários dignos) e políticas de trabalho favoráveis à

família, como licença remunerada e horários de trabalho flexíveis, podem prevenir os maus-tratos infantis aumentando a estabilidade económica familiar, aumentando o emprego materno e melhorando a capacidade dos pais em atender às necessidades básicas das crianças e em obterem cuidados infantis de alta qualidade.

Através da identificação de fatores de risco e fatores protetores, cabe ao EESIP orientar estas famílias para recursos da comunidade, como por exemplo serviços de apoio social e apoio em familiares/grupos. O isolamento social gera tensões e *stress*, pois implica o afastamento da família do círculo de amigos e adultos de referência, que oferecem apoios e recursos para superarem algum tipo de adversidade. A intervenção do EESIP a este nível passa em todos os contextos da prática de atuação, seja em meio hospitalar – internamento ou serviço de urgência, ou em cuidados de saúde primários, em consultas e VD. Intervenções exercidas em CSP em contexto de consulta ou VD para famílias identificadas como sendo de risco revela-se uma mais-valia pelo conhecimento da família e do contexto em que esta se insere, permitindo a identificação de fatores de risco e de fatores protetores e agir atempadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido ao longo do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica termina com a elaboração deste relatório, que se afigura ser o início para uma continuidade do aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Com recurso a uma metodologia critico-reflexiva, pretendeu-se espelhar todas as atividades desenvolvidas ao longo dos diversos contextos da prática formativa, permitindo desenvolver e adquirir um perfil de competências, comuns e específicas do EESIP e ainda do grau de mestre, de acordo com o decreto-Lei n.º 74/2006, conectando desta forma o ensino clínico e a oportunidade de mobilização da PBE. Realça-se o desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente no domínio da assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, e no domínio da prestação de cuidados particularizados em resposta às necessidades da criança e jovem durante o seu ciclo de vida e de desenvolvimento.

Através dos estágios realizados, foi possível constatar que a parceria de cuidados é a base do cuidar em pediatria, nomeadamente na promoção da parentalidade positiva. Dotar os pais de conhecimentos, comportamentos e atitudes para o exercício de um papel parental adequado é um dos desafios da enfermagem e evidencia-se como estratégia preventiva dos maus-tratos infantis.

Os maus-tratos infantis são considerados um problema de saúde pública com efeitos nefastos no desenvolvimento biopsicossocial da criança, especialmente nos primeiros cinco anos de idade, e que podem perdurar durante todo o seu ciclo de vida. O EESIP encontra-se, por isso, numa posição privilegiada para implementar estratégias de intervenções preventivas pela proximidade que detém com a criança e família.

Conforme foi evidenciado no decorrer do percurso formativo, o EESIP assume como competência detetar precocemente situações que coloquem em risco ou que afetem negativamente a qualidade de vida das crianças, independentemente do contexto em que se encontra inserido, tanto em cuidados diferenciados, como em cuidados de saúde primários. Prevenir estas situações em crianças é imprescindível, pois os ganhos obtidos traduzem-se não só em conhecimentos e competências que serão mobilizados na prestação de cuidados de excelência realizados pelo EESIP à criança e família, através de uma parceria de cuidados, mas também na oportunidade de partilha e divulgação de

evidências científicas. É importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e dotados de competências para que assim possam agir de forma mais efetiva na prevenção dos maus-tratos. Por este motivo, é necessário investir mais na formação e capacitação dos pares nesta área.

A elaboração deste relatório de estágio culmina com uma proposta de intervenção do EESIP referente a intervenções preventivas de maus-tratos a crianças até aos 5 anos de idade, com base no construto de Bronfenbrenner. A escolha por este modelo conceptual demonstrou ser uma mais-valia em termos de intervenção multissetorial, dado intervir nos vários sistemas, e implementar desta forma estratégias e intervenções que visem a proteção e segurança da criança, garantindo o seu normal crescimento e desenvolvimento, livre de adversidades.

De facto, os maus-tratos infantis são um fenómeno social que está dependente do seu contexto e que devem ser compreendidos e trabalhados tendo em conta este aspeto. Parece assim fundamental ter em consideração os fatores múltiplos que interagem e que estão na origem deste fenómeno, tais como as características da criança, o contexto ambiental mais próximo que a rodeia (microsistema), as relações entre os microsistemas (mesossistema), a comunidade (exossistema) e o sistema que engloba todos os outros contextos ambientais (macrossistema).

Ressalta-se, enquanto limitação sentida durante a realização da RIL, a escassez de artigos referentes à prevenção do abuso sexual nesta faixa etária. Embora a própria definição de maus-tratos já englobe a dimensão do abuso sexual, para pesquisas futuras sugerimos colocar os descritores e operadores booleanos em específico para cada forma de mau-trato.

Sugerem-se também investigações futuras que validem escalas de triagem para a identificação precoce de fatores de risco, que como já verificamos anteriormente, são eficazes pois permitem fornecer apoio atempadamente, fortalecendo assim as habilidades dos pais e prevenindo consequências atuais e futuras na saúde das crianças, bem como possível encaminhamento para programas de intervenção precoce. Estas escalas deverão ser implementadas quer a nível de cuidados primários, quer em cuidados diferenciados.

Constatamos assim as intervenções preventivas do EESIP perante os maus-tratos infantis, atuando desde a nível individual (pais, criança), até ao nível mais amplo da

sociedade, permitindo aumento do conhecimento e mudança nas atitudes e comportamentos.

A prevenção dos maus-tratos infantis tem igualmente o potencial de compartilhar outras formas de prevenção da violência ao longo da vida da criança. Embora as intervenções tenham sido selecionadas com base no seu impacto nos maus-tratos infantis, podem ser observadas outras formas de violência, refletindo assim a ligação e sobreposição entre os fatores de risco e proteção para os maus-tratos infantis e fatores de risco e de proteção para outras formas de violência. Assim, a implementação de intervenções destinadas a prevenir os maus-tratos infantis têm o potencial para prevenir outros tipos de violência.

Erradicar os maus-tratos infantis é uma prioridade. Todas as crianças têm o direito de vivenciarem uma infância feliz, livre de violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2022). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 31(5-6), 532-547. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Afifi, T. O., Mota, N., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2017). The relationships between harsh physical punishment and child maltreatment in childhood and intimate partner violence in adulthood. *BMC Public Health*, 17(1), 493. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4359-8>
- Almeida Gomes, A. C., Silva, A. T. M. F., dos Santos, C. M., & de Castro Palermo, T. A. (2019). Brinquedo terapêutico no alívio da dor em crianças hospitalizadas. *Biológicas & Saúde*, 9(29). <https://doi.org/10.25242/886892920191717>
- Associação Nacional para a Intervenção Precoce (ANIP). (2022). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância*. Disponível em: <https://www.anip.pt/guia-ebook/>
- Ayyildiz, T. K., & Cimete, G. (2019). The effect of a social skills program on violent behaviors in children aged 60-72 months. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(6), 771-782. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.6.771>
- Babakr, Z., Mohamedamin, P., & Kakamad, K. (2019). Piaget's cognitive developmental theory: Critical review. *Education Quarterly Reviews*, 2(3). <https://doi.org/10.31014/aior.1993.02.03.84>
- Balice-Bourgois, C., Zumstein-Shaha, M., Vanoni, F., Jaques, C., Newman, C. J., & Simonetti, G. D. (2020). A systematic review of clinical practice guidelines for acute procedural pain on neonates. *The Clinical Journal of Pain*, 36(5), 390-398. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000808>
- Barnes, J., Stuart, J., Allen, E., Petrou, S., Sturgess, J., Barlow, Macdonald, G., Spiby, H., Aistrop, D., Melhuish, E., Kim, S. M., & Elbourne, D. (2017). Randomized controlled trial and economic evaluation of nurse-led group support for young mothers during pregnancy and the first year postpartum versus usual care. *Trials*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2259-y>

- Barr, R. G., Barr, M., Rajabali, F., Humphreys, C., Pike, I., Brant, Hlady, J., Coulburn, M., Fugiwara, T. & Singhal, A. (2018). Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention. *Child Abuse & Neglect*, *84*, 106-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.004>
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, (52-I), 211-229. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., ... & Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *92*, 641-655. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.129247>
- Benoit, B., Newman, A., Martin-Misener, R., Latimer, M., & Campbell-Yeo, M. (2021). The influence of breastfeeding on cortical and bio-behavioural indicators of procedural pain in newborns: findings of a randomized controlled trial. *Early Human Development*, *154*, 105308. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105308>
- Biolatto, L. (2018). Estrategias con adolescentes para prevenir el consumo problemático de alcohol: modalidades y ámbitos de aplicación. *Hacia Promoción en Salud*. *23*(2) 48-66. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.4>
- Borba, A., Santos, B. M., & Puggina, A. C. G. (2017). Barreiras de comunicação nas relações enfermeiro-paciente: revisão integrativa. *Revista Saúde-UNG-Ser*, *11*(1/2), 48-61.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, *2*(4), 637-638. doi:10.1017/S0140525X00064955
- Bozzini, A. B., Bauer, A., Maruyama, J., Simões, R., & Matijasevich, A. (2020). Fatores associados a comportamentos de risco na adolescência: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *43*, 210-221. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.467>
- Bradford, J. Y., Stapleton, S. J., Horigan, A., Barnason, S., Foley, A., Johnson, M., Kaiser, J., Killian, M., MacPherson-Dias, R., Proehl, J. A., Reeve, N. E., Slivinski, A., Vanhoy, M. A., Zaleski, M. E., Gillespie, G., Proehl, J. A., Bishop-Royse, J.,

- Wolf, L., Delao, A., Gates, L. (2019). Clinical practice guideline: needle-related or minor procedural pain in pediatric patients. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 437-e1. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.05.015>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano* (Vol. 80). Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons Inc.
- Bullinger, L. R., Carr, J. B., & Packham, A. (2021). COVID-19 and crime: Effects of stay-at-home orders on domestic violence. *American Journal of Health Economics*, 7(3), 249-280. <https://doi.org/10.1086/713787>
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2018). Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26. <http://dx.doi.org/10.1590/010407072017002070017>
- Catarino, M. S. I. (2018). *Cuidados à Criança/Jovem com Necessidades de Saúde Especiais: O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria* (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde).
- Carvalho, A. I. M. A. (2020). *Desenvolvimento de Competências em Enfermagem* (Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Leiria (Portugal)).
- Carvalho, O. D. C., Galinha, S., & Teixeira, I. (2022). Intervenção precoce, desenvolvimento, práticas centradas na família, necessidades, criança. Atas ICCA. <http://hdl.handle.net/11328/4604>.
- Cavalheiro, A. P. G., Silva, C. L. D., & Veríssimo, M. D. L. Ó. R. (2021). Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. *12*(3), 540-545. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4305>
- Chambers, D., Cantrell, A., & Booth, A. (2021). Recognition of risk and prevention in safeguarding of children and young people: a mapping review and component

- analysis of service development interventions aimed at health and social care professionals. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07257-8>
- Citak Tunc, G., Gorak, G., Ozyazicioglu, N., Ak, B., Isil, O., & Vural, P. (2018). Preventing Child Sexual Abuse: Body Safety Training for Young Children in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(4), 347–364. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477001>
- Comissão Nacional de promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJC). (2021). *Relatório Anual de avaliação da atividade das CPCJ*. Lisboa. Disponível em <https://www.cnpdpjc.gov.pt/relatorio-atividades>
- Costa, F. C. B. D. (2020). *Perspetiva sobre os maus-tratos a crianças e jovens—um estudo de psicologia forense* (Master's thesis). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
- Couto, C. F. (2022). *Negligência Infantil: a importância dos Estilos Parentais* (2ª Ciclo de estudos em Ciências Forenses Ramo de Psiquiatria e Psicologia Forenses. Universidade do Porto).
- Cuartas, J., Ward, K. P., Ma, J., & Grogan-Kaylor, A. (2020). Physical punishment and Colombian children and adolescents' cognitive and behavioral outcomes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 68, 101140. Doi: 10.1016/j.appdev.2020.101140
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.ª série, n.º 60, artigo 15.º
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde. Diário da República, 1.ª série, 38,1182-1189
- Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho (2018). Diário da República, 1.ª série -N.º129. Ministério da Educação. Lisboa
- Deepika, S. R., & Rahman, J. (2020). Patient and family centered care: practices in pediatrics. *Amarjeet Kaur Sandhu*, 12(4), 443. <https://doi.org/10.37506/ijone.v12i4.11215>
- Dhollande, S., Taylor, A., Meyer, S., & Scott, M. (2021). Conducting integrative reviews: A guide for novice nursing researchers. *Journal of Research in Nursing*, 26(5), 427-438. <https://doi.org/10.1177/1744987121997907>

- Dias, M. S., Rottmund, C. M., Cappos, K. M., Reed, M. E., Wang, M., Stetter, C., Shaffer, M. L., Hollenbeak, C. S., Paul, I. M., Christian, C. W., Berger, R. P. & Klevens, J. (2017). Association of a postnatal parent education program for abusive head trauma with subsequent pediatric abusive head trauma hospitalization rates. *JAMA Pediatrics*, 171(3), 223-229. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4218>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação da DGS n. ° 14/2010, de 14/12/2010. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). *Maus-tratos em crianças e Jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/tipologia.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Norma n. °015/2015 de 12/08/2015
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª ed). https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Dodge, K. A., Goodman, W. B., Bai, Y., O'Donnell, K., & Murphy, R. A. (2019). Effect of a community agency-administered nurse home visitation program on program use and maternal and infant health outcomes: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914522-e1914522. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.14522](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14522)
- Dryden, P., & Greenshields, S. (2020). Communicating with children and young people. *British Journal of Nursing*, 29(20), 1164-1166. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.20.1164>
- Duffee, J. H., Mendelsohn, A. L., Kuo, A. A., Legano, L. A., Earls, M. F., Childhood, C. O. E., Chilton, L. A., Flanagan, P. J., Dilley, K. J., Green, A. E., Gutierrez, J. R., Keane, V. A., Krugman, S. D., Linton, J. M., McKelvey, C. D., Nelson, J. L., Flaherty, E. G., Gavril, A. R., Idzerda, S. M., Laskey, A. ... & Committee on

- Child Abuse And Neglect. (2017). Early childhood home visiting. *Pediatrics*, *140*(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2150>
- Dupont, P., El-Dine, G. P., & dos Santos, S. K. Z. (2021). Relevância da comunicação de más notícias pelo profissional da saúde de maneira adequada: revisão narrativa. *Revista Eletronica Acervo Saúde*, *13*(9), e8695-e8695. <https://doi.org/10.25248/reas.e8695.2021>
- Duzinski, S. V., Guevara, L. M., Barczyk, A. N., Garcia, N. M., Cassel, J. L., & Lawson, K. A. (2018). Effectiveness of a pediatric abusive head trauma prevention program among Spanish-speaking mothers. *Hispanic Health Care International*, *16*(1), 5-10. <https://doi.org/10.1177/1540415318756859>
- Eckenrode, J., Campa, M. I., Morris, P. A., Henderson Jr, C. R., Bolger, K. E., Kitzman, H., & Olds, D. L. (2017). The prevention of child maltreatment through the nurse family partnership program: Mediating effects in a long-term follow-up study. *Child Maltreatment*, *22*(2), 92-99. <https://doi.org/10.1177/1077559516685185>
- Erçelik, Z. E., & Yardimci, F. (2020). Non-Pharmacological Postoperative Pain Management in Pediatric Nursing. *Advances in Health Sciences Research*, *142*.
- Eriksson, M., & Campbell-Yeo, M. (2019). Assessment of pain in newborn infants. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 24, No. 4, p. 101003). WB Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.04.003>
- Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da *Resilience Scale*® de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, *3*(1), 73-80.
- Fernandes, V. E. I. (2018). *Contributo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na promoção da parentalidade*. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/22375>
- Figueiredo, Â. M. S., de Freitas, M. D. L. L., de Jesus Loureiro, L. M., & Backes, D. S. (2020). A resiliência de adolescentes com doença crónica: o papel do enfermeiro na sua promoção. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-7. <http://doi.org/10.12707/RV20008>

- Fitri, S. Y. R., Nasution, S. K., Nurhidayah, I., & Maryam, N. N. A. (2021). Massage therapy as a non-pharmacological analgesia for procedural pain in neonates: A scoping review. *Complementary Therapies in Medicine*, 59, 102735. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102735>
- Foster, M., & Shields, L. (2020). Bridging the child and family centered care gap: Therapeutic conversations with children and families. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43(2), 151-158. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1559257>
- Friedrichsdorf, S. J., & Goubert, L. (2021). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Der Schmerz*, 35, 195-210. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000804>
- Fundação Rui Osório de Castro (FROC)-(2022). *Diagnóstico de um cancro para adolescentes e jovens adultos*. https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2023/02/Publicac%CC%A7a%CC%83o-adolescentes_2023.pdf
- Gaglani, A., & Gross, T. (2018). Pediatric pain management. *Emergency Medicine Clinics*, 36(2), 323-334. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2017.12.002>
- Gesser, A. M., dos Santos, M. S., & Gambetta, M. V. (2021). Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias Spikes: a protocol for communicating bad news. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 103334-103345. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>
- Goes, A. F., & da Silva Leite, I. (2017). A Importância do Enfermeiro no Programa do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. *Saúde e Desenvolvimento*, 10(6).
- Gomes, R. (2022). Alcoolismo na adolescência: consequências e prevenção. *Revista Cereus*.
- Gonçalves, R., Coutinho, V., & Lobão, C. (2014). Simulação e desenvolvimento de competências. Martins J, Mazzo A, Mendes I, Rodrigues M, organizadores. *A simulação no ensino de enfermagem*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 125-133.
- Goodman, W. B., Dodge, K. A., Bai, Y., Murphy, R. A., & O'Donnell, K. (2021). Effect of a universal postpartum nurse home visiting program on child maltreatment and emergency medical care at 5 years of age: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 4(7), e2116024-e2116024.

- https://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2021.16024&utm_campaign=articlePDF%26utm_medium=articlePDFlink%26utm_source=articlePDF%26utm_content=jamanetworkopen.2021.16024
- Grezoski, K. K., & De Farias, C. S. (2022). Brinquedo Terapêutico- Cuidado Humanizado na Assistência do Enfermeiro. *Revista Journal of Health-ISSN 2178-3594*, 90-99.
- Groisberg, S., Hashmi, S. S., & Girardet, R. (2020). Evaluation of the Period of PURPLE Crying: an abusive head trauma prevention programme. *Child Abuse Review*, 29(3), 291-300. <https://doi.org/10.1002/car.2625>
- Guimarães, T. M., Pacheco, S. T. D. A., Nunes, M. D. R., & Silva, L. F. D. (2020). Perceptions of adolescents with cancer undergoing palliative care about their illness process. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190223>
- Harding, L., Davison-Fischer, J., Bekaert, S., & Appleton, J. V. (2019). The role of the school nurse in protecting children and young people from maltreatment: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.017>
- Hatfield, L. A., Murphy, N., Karp, K., & Polomano, R. C. (2019). A systematic review of behavioral and environmental interventions for procedural pain management in preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.004>
- Herr, K., Coyne, P. J., Ely, E., Gélinas, C., & Manworren, R. C. (2019). Pain assessment in the patient unable to self-report: clinical practice recommendations in support of the ASPMN 2019 position statement. *Pain Management Nursing*, 20(5), 404-417. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.07.005>
- Hill, R., & Flanagan, J. (2020). The maternal–infant bond: Clarifying the concept. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(1), 14-18. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12235>
- Hockenberry, M. J., & D. Wilson. (2014). *Perspetivas de enfermagem pediátrica*. WONG, (9.^a ed.). Lusociência.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, WONG, (10a Edição). Loures: Lusociência.

- Hodgdon, H. B., & Landers, A. L. (2021). Psychological Maltreatment of Children: Influence Across Development. In *Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan: A project of the National Partnership to End Interpersonal Violence Across the Lifespan (NPEIV)* (pp. 1115-1136). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89999-2_10
- Hopia, H., Latvala, E., & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *30*(4), 662-669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- Honor, G. (2022). Child maltreatment prevention: Essentials for the pediatric nurse practitioner. *Journal of Pediatric Health Care*, *36*(2), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.09.006>
- Honor, G., Bretl, D., Chapman, E., Herendeen, P., Mitchel, N., Mulvaney, Quinones, S. G., VanGraafeiland, B. (2017). Child maltreatment screening and anticipatory guidance: A description of pediatric nurse practitioner practice behaviors. *Journal of Pediatric Health Care*, *31*(6), e35-e44. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.05.006>
- Jack, S. M., Gonzalez, A., Marcellus, L., Tonmyr, L., Varcoe, C., Van Borek, N., ... & Waddell, C. (2021). Public health nurses' professional practices to prevent, recognize, and respond to suspected child maltreatment in home visiting: An interpretive descriptive study. *Global qualitative nursing research*, *8*, 2333393621993450. <https://doi.org/10.1177/2333393621993450>
- Jaramillo, R., Monteiro, P., Borges, M. (2019). Coping religioso/espiritual: um estudo com familiares de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enfermagem*, *24*, 62297. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62297>
- João, B., & Loureiro, F. (2021). *Construção de uma ferramenta de auxílio à avaliação do desenvolvimento infantil*. X Jornadas Nacionais e VIII Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare T., Officer, A., (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, *380*(9845), 899-907. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)

- Kempe, C. H. (1971). Paediatric implications of the battered baby syndrome. *Archives of Disease in Childhood*, 46(245), 28.
- Kesler, H., Dias, M. S., Shaffer, M., Rottmund, C., Cappos, K., & Thomas, N. J. (2008). Demographics of abusive head trauma in the Commonwealth of Pennsylvania. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 1(5), 351-356. <https://doi.org/10.3171/PED/2008/1/5/351>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., & Huber, L. R. B. (2017). Pediatric inpatient nurses' perceptions of child maltreatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of advanced nursing*, 73(2), 302-322. <https://doi.org/10.1111/jan.13101>.
- Lines, L., Grant, J., & Hutton, A. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? a scoping review. *Journal of pediatric nursing*, 43, e75–e84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>.
- Linhares, M. B. M., & Martins, C. B. S. (2015). O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 281-293.
- Lopes, E., & Anastácio, Z. (2021). A importância da teoria bioecológica na compreensão e diagnóstico do fenómeno dos maus-tratos infantis. *INFAD Revista de Psicología* <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200012>.
- Lopez-Bushnell, K., Torrez, D., Robertson, J. V., Torrez, C., & Strickler, L. (2017). Shaken Baby Syndrome: A hospital-based education and prevention program in the intermediate care and the newborn intensive care nurseries. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(3), 142-150. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.09.004>
- Lugg-Widger, F. V., Cannings-John, R., Channon, S., Fitzsimmons, D., Hood, K., Jones, K. H., Kemp, A., Kenkre, J., Longo, M., McEwan, K., Moody, G., Owen-Jones, E., Sanders, J., Segrott, J., & Robling, M. (2017). Assessing the medium-term

- impact of a home-visiting programme on child maltreatment in England: protocol for a routine data linkage study. *BMJ Open*, 7(7), e015728. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015728>
- Maclean, M. J., Sims, S., Bower, C., Leonard, H., Stanley, F. J., & O'Donnell, M. (2017). Maltreatment risk among children with disabilities. *Pediatrics*, 139(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1817>.
- Maia, A. A. A., Pinto, A. P. O., Viana, J. N., de Sousa, G. A., & Mourão, G. G. (2022). Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(2), e9711-e9711. <https://doi.org/10.25248/reas.e9711.2022>
- Manz, P. H., & Ventresco, N. E. (2019). Observing home-visiting quality across time: A longitudinal reliability study of the Home Visit Rating Scales. *Infant Mental Health Journal*, 40(3), 363-379. <https://doi.org/10.1002/imhj.21780>.
- Martins, V. E., Silva, M. P. C., dos Santos Machado, C., Teixeira, C. L. S. B., do Amaral Rocha, J. B., & Contim, D. (2022). Níveis de ruído em Unidade Terapia Intensiva Neonatal antes e após intervenção educativa [Noise levels in a Neonatal Intensive Care Unit before and after an educational intervention][Niveles de ruido en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales antes y después de una intervención educativa]. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), 67466. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.67466>
- Matone, M., Kellom, K., Griffis, H., Quarshie, W., Faerber, J., Gierlach, P., Whittaker, J., Rubin, D. M., Cronholm, P. F. (2018). A mixed methods evaluation of early childhood abuse prevention within evidence-based home visiting programs. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1), 79-91. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2530-1>
- McInerney, S., Nanassy, A. D., Lavella, H., Thompson, R., Sandhu, R., & Meyer, L. K. (2020). Implementation of an abusive head trauma prevention program through interdisciplinary collaboration: a pilot study. *Journal of Trauma Nursing*, 27(5), 276-282. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000529>
- McPherson, C., Miller, S. P., El-Dib, M., Massaro, A. N., & Inder, T. E. (2020). The influence of pain, agitation, and their management on the immature brain. *Pediatric Research*, 88(2), 168-175. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0744-6>

- Milovidov, J. D. (2020). *Parenting in digital age-Positive parenting strategies for different scenarios*. Council of Europe. <https://edoc.coe.int/en/children-and-the-internet/8316-parenting-in-digital-age-positive-parenting-strategies-for-different-scenarios.html>
- Monteiro, D. T., Siqueira, A. C., & Trentin, L. S. (2021). Comunicação de notícias difíceis em uma unidade de oncologia pediátrica. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 41(101), 205-216.
- Moog, N. K., Heim, C. M., Entringer, S., Simhan, H. N., Wadhwa, P. D., & Buss, C. (2022). Transmission of the adverse consequences of childhood maltreatment across generations: Focus on gestational biology. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 173372. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2022.173372>
- Moraes, E., & Freire, M. (2019). Procedimentos dolorosos, estressantes e analgesia em neonatos na visão dos profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 177-84. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0326>. <https://www.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0326>
- Mourão, A. R. D. S. C. (2021). *O temperamento de crianças entre os 6 e os 11 anos em situação de risco: alguns fatores de influência*. Mestrado em Psicologia. Universidade do Porto
- National Center on Shaken Baby Syndrome. (NCSBS). (2019). *Facts & Info*. <https://www.dontshake.org/learn-more/itemlist/category/13-facts-info>.
- Neto, G. G. P., de Brito Nunes, W., de Andrade, L. D. F., de Souza Vieira, D., da Silva Reichert, A. P., & de Brito Santos, N. C. C. (2020). Child developmental monitoring: implementation through the family health strategy nurse/Vigilância do desenvolvimento infantil: implementação pelo enfermeiro da estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 1309-1315. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9885>
- Neves, F. A. A. (2022). *Promover o desenvolvimento infantil na primeira infância: intervenção do enfermeiro especialista*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Universidade Católica Portuguesa.
- Ninomiya, T., Hashimoto, H., Tani, H., & Mori, K. (2017). Effects of primary prevention of child abuse that begins during pregnancy and immediately after childbirth. *The*

- Journal of Medical Investigation*, 64(1.2), 153-159.
<https://doi.org/10.2152/jmi.64.153>
- Noronha, M. G. R. D. C., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centa, M. D. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 497-506. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200018>
- Nozes, R. C. T. (2018). *A intervenção com famílias de crianças em risco familiar e ambiental*. <http://hdl.handle.net/10400.26/22783>
- Oermann, M. H., & Knafel, K. A. (2021). Strategies for completing a successful integrative review. *Nurse Author & Editor*, 31(3-4), 65-68. <https://doi.org/10.1111/nae2.30>
- Oliveira, C. M. P., & Gameiro, M. (2021). Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20096>
- Ono, M., & Honda, S. (2017). Association between social support and child abuse potential among Japanese mothers. *Children and Youth Services Review*, 73, 88-92. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.003>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas práticas: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário Da República*, 133(2), 19192–19194.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. *Diário Da República*, 26(6), 4744–4750.
- Pavuluri, H., Grant, A., Hartman, A., Fowler, L., Hudson, J., Springhart, P., & Kennedy, A. B. (2021). Implementation of iPads to increase compliance with delivery of new parent education in the mother–baby unit: retrospective study. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 4(2), e18830. <https://doi.org/10.2196/18830>
- Pedrosa, A. R. G. (2018). *Experiências adversas na infância-consequências psicopatológicas e a importância de uma boa orientação*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto

- Pertence, L., & Kohlsdorf, M. (2020). Resiliência familiar no processo de hospitalização infantil. *Perspectivas em Psicologia*, 24(1), 1-27.
- Queirós, M., & Caseiro, J. (2018). Child maltreatment and mental disorders—the role of epigenetics. *Nascer e Crescer-Birth and Growth Medical Journal*, 27(3), 166-175. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v27.i3.13431>
- Querido, D. J. (2021). *A promoção da vinculação ao recém-nascido internado: a intervenção do enfermeiro especialista*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa).
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados – revisión scoping. *Enfermería Global*, 21(2), 594–637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Rêgo, C., Lopes, C., Durão, C., Pinto, E., Mansilha, H., Pereira da Silva, L., Nazareth, M., Graça, P., Ferreira, R., Lima, R. M., Vale, S. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos—Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Direção Geral de Saúde.
- Reticena, K. D. O., Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2022). Promoção da Parentalidade Positiva: Perceção de Enfermeiros da atenção básica. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0203pt>
- Robling, M., Lugg-Widger, F. V., Cannings-John, R., Angel, L., Channon, S., Fitzsimmons, D., ... & Slater, T. (2022). Nurse-led home-visitation programme for first-time mothers in reducing maltreatment and improving child health and development (BB: 2-6): longer-term outcomes from a randomised cohort using data linkage. *BMJ Open*, 12(2), e049960. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049960>
- Robling, M., Lugg-Widger, F., Cannings-John, R., Sanders, J., Angel, L., Channon, S., Fitzsimmons, D., Hood, K., Kenkre, J., Moody, G., Owen-Jones, E., Pockett, R., Segrott, J., & Slater, T. (2021). *The Family Nurse Partnership to reduce maltreatment and improve child health and development in young children: the BB:2–6 routine data-linkage follow-up to earlier RCT*. NIHR Journals Library. <http://dx.doi.org/10.3310/phr09020>

- Rodrigues, B. A., José, S. A. P., do Carmo, S. A., da Silva, G. C. L., & Silva, T. O. (2021). A comunicação de notícias difíceis pelos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológico pediátricos: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development, 10*(10), e335101018788-e335101018788. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18788>
- Rossato, L., Benfato, J. C., Ullán, A. M., & Scorsolini-Comin, F. (2022). Religious–spiritual experiences of family members and caregivers of children and adolescents with cancer. *Palliative & Supportive Care, 20*(5), 711-719. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001590>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos, 15*, 1-37.
- Russotti, J., Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2021). Child maltreatment: an intergenerational cascades model of risk processes potentiating child psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 112*, 104829. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104829>
- Saltmarsh, T., & Wilson, D. (2017). Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15-16), 2244-2255. <https://doi.org/10.1111/jocn.13645>
- Scapatucci, S., Neri, C. R., Marseglia, G. L., Staiano, A., Chiarelli, F., & Verduci, E. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on lifestyle behaviors in children and adolescents: an international overview. *Italian Journal of Pediatrics, 48*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01211-y>
- Schardong, F., de Oliveira Cardoso, N., & Mazoni, C. G. (2017). Estratégias de enfrentamento e a ansiedade dos pais de crianças com câncer: Uma revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 20*(1), 32-54. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.20.230>
- Schols, M. W., Serie, C. M., Broers, N. J., & de Ruiter, C. (2019). Factor analysis and predictive validity of the Early Risks of Physical Abuse and Neglect Scale (ERPANS): A prospective study in Dutch public youth healthcare. *Child Abuse & Neglect, 88*, 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.011>
- Seibel, B. L., Falceto, O. G., Hollist, C. S., Springer, P. R., Fernandes, C. L. C., & Koller, S. H. (2017). Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal

- sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando famílias*. 21(1), 120-136.
<http://hdl.handle.net/10183/185176>
- Shonkoff, J. P. (2012). Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(supplement_2), 17302-17307.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>
- Silva, A. K. L., da Silva, T. S. F., Rodrigues, L. G. F., de Souza, M. O., & Teixeira, V. P. G. (2018). O impacto da negligência familiar no desenvolvimento infantil. *Gep News*, 1(1), 274-279.
<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/6392>
- Smith, V. C., Wilson, C. R., Ryan, S. A., Gonzalez, P. K., Patrick, S. W., Quigley, J., Siqueira, L., Walker, L. R. (2016). Families affected by parental substance use. *Pediatrics*, 138(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1575>
- Stein, A., Dalton, L., Rapa, E., Bluebond-Langner, M., Hanington, L., Stein, K. F., ... & Yousafzai, A. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, 393(10176), 1150-1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33201-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33201-X)
- Stephens, A., Kaltner, M., & Liley, W. (2014). Infant abusive head trauma prevention: acceptability of the Period of PURPLE Crying® program in far north Queensland, Australia. *Rural and Remote Health*, 14(1), 254-259.
- Suzuki, K., Paavilainen, E., Helminen, M., Flinck, A., Hiroshima, N., Hirose, T., Okubo, N., & Okamitsu, M. (2017). Identifying and Intervening in Child Maltreatment and Implementing Related National Guidelines by Public Health Nurses in Finland and Japan. *Nursing research and practice*, 5936781.
<https://doi.org/10.1155/2017/5936781>.
- Tortolano, D. N. P., Neuman, M. E., & Simonovich, S. D. (2021). Prevention of shaken baby syndrome among high-risk neonates: program implementation and evaluation. *Today Peer Reviewed Research, News and Information*, 16(6), 3.
https://via.library.depaul.edu/csh_etd?utm_source=via.library.depaul.edu%2Fcs_h_etd%2F449&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages

- Toth, S. L., & Manly, J. T. (2019). Developmental consequences of child abuse and neglect: Implications for intervention. *Child Development Perspectives, 13*(1), 59-64. <https://doi.org/10.1111/cdep.12317>
- UNICEF (2017). A Family Face: Violence in the lives of children and adolescents. <https://www.unicef.org/reports/familiar-face>.
- Van der Put, C. E., Bouwmeester-Landweer, M. B., Landsmeer-Beker, E. A., Wit, J. M., Dekker, F. W., Kousemaker, N. P. J., & Baartman, H. E. (2017). Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: the predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN). *Child Abuse & Neglect, 70*, 160-168. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.016>
- Vu-Ngoc, H., Uyen, N. C. M., Thinh, O. P., Danh, N. V. T., Truc, N. T. T., Vi, V. T., ... & Duong, P. D. T. (2020). Analgesic effect of non-nutritive sucking in term neonates: A randomized controlled trial. *Pediatrics & Neonatology, 61*(1), 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2019.07.003>
- Wang, D. S., Chung, C. H., Chang, H. A., Kao, Y. C., Chu, D. M., Wang, C. C., Chen, S. J., Tzeng, N. S., & Chien, W. C. (2020). Association between child abuse exposure and the risk of psychiatric disorders: A nationwide cohort study in Taiwan. *Child Abuse & Neglect, 101*, 104362. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104362>
- Watson, J. (2018). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto-Enfermagem, 26*. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2018). The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 122–141). The Guilford Press.
- Werner, P., Lopez-Martinez, D., Walter, S., Al-Hamadi, A., Gruss, S., & Picard, R. W. (2019). Automatic recognition methods supporting pain assessment: A survey. *IEEE Transactions on Affective Computing, 13*(1), 530-552. <https://doi.org/10.1109/TAFFC.2019.2946774>

- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Xiang, M., Zhang, Z., & Kuwahara, K. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 63(4), 531. <https://doi.org/10.1016%2Fj.pcad.2020.04.013>
- Yoon, S., Howell, K., Dillard, R., Shockley McCarthy, K., Rae Napier, T., & Pei, F. (2021). Resilience following child maltreatment: Definitional considerations and developmental variations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 541-559. <https://doi.org/10.1177/1524838019869094>
- Yoshioka-Maeda, K., & Fujii, H. (2022). Mothers susceptible to child maltreatment and requiring public health nurses' continuous support. *Public health nursing*, 39(1), 48-61. <https://doi.org/10.1111/phn.13004>
- You, S. Y., & Kim, A. R. (2020). South Korean nurses' lived experiences supporting maternal postpartum bonding in the neonatal intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1831221. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1831221>.
- Zhang, W., Ren, P., Yin, G., Li, H., & Jin, Y. (2020). Sexual abuse prevention education for preschool-aged children: Parents' attitudes, knowledge and practices in Beijing, China. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(3), 295-311.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - FOLHETOS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

- Em casas ou hotéis com piscina, o risco de afogamento é maior. Todas as piscinas devem ser protegidas com vedações com um mínimo de 1,10m de altura, aberturas inferiores a 9 cm, que não sejam escaláveis e cujo portão abra para o exterior e feche automaticamente;
- Ao utilizarem as piscinas, as crianças devem estar constantemente vigiadas por um adulto que saiba nadar e consiga agir e usar braçadeiras aprovadas pelas normas de segurança. As boias e outros insufláveis não evitam o afogamento.

Intoxicação:

- Os medicamentos, os corrosivos, produtos de limpeza e outros tóxicos devem ser guardados fora do alcance e da vista das crianças, num armário alto e fechado à chave (nunca debaixo do lava-loiças) e guardados nas suas embalagens originais, com os rótulos de origem;
- Os adultos devem evitar tomar medicamentos em frente das crianças (que vão querer imitá-los). Em caso de intoxicação, deve ligar de imediato para o CIAV e não avançar para nenhum procedimento (como provocar o vômito) sem indicação de um profissional de saúde. O número do CIAV deve estar afixado num local visível e gravado no telemóvel – 808 250 143).

Número Nacional de Socorro – 112

CIAV – 808 250 143

SAÚDE 24 – 808 24 24 00

SOS Criança – 800 202 651

APSI – 218 844 100

Elaborado por:

Diana Pereira

Aluna do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Enfermeira Tutora:

Liliana Silva

Bibliografia:

- APSI. (2021). Consulta de saúde infantil: Orientações técnicas para a prevenção de acidentes
- Safe Kids Worldwide (2022). A parents guide to child safety. Disponível em <https://www.safekids.org/parents-guide-child-safety>



O bebé tem que se desenvolver e explorar o mundo que o rodeia. Um ambiente seguro não é fechar o seu bebé.

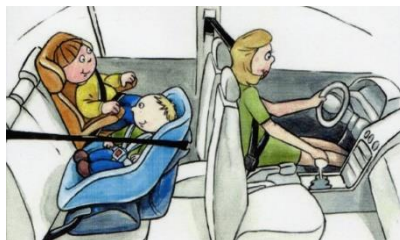
Necessita de um ambiente pleno de tolerância, afeto e liberdade.



Mesmo logo após o nascimento e à medida que vai ganhando mais competências, o seu bebé corre o risco de ter acidentes, seja a andar de carro, seja em casa, por isso é importante saber como preveni-los.

Acidentes Rodoviários:

- O Código da Estrada obriga a transportar sempre o seu bebé numa cadeirinha própria, até aos 13kg ou 75 cm, conforme seja homologada pelo Regulamento 44 ou Regulamento 129 (i-size);
- Deve ser instalada de costas para o sentido do trânsito, de preferência nos lugares de trás. Não pode ser usada num lugar com airbag frontal ativo;
- O arnês (cinto interno que prende o bebé) deve estar sempre apertado, regulado à altura do ombro ou ligeiramente abaixo e com uma folga máxima de 1 dedo entre o arnês e o corpo do bebé (medida do ombro). Não devem ser colocadas mantas, almofadas ou outros acessórios por baixo do corpo do bebé, ou entre o bebé e o arnês;
- A criança deve viajar no 'ovinho' até o mais tarde possível (pelo menos até aos 18 meses): enquanto a cabeça estiver bem apoiada, o arnês estiver à altura do ombro ou ligeiramente abaixo ou até atingir o peso máximo, mesmo que as pernas fiquem um pouco dobradas ou encolhidas. Quando um destes critérios for atingido, os pais devem procurar uma cadeira que permita transportar a criança de costas até aos 3 ou 4 anos, por esta ser a forma mais eficaz de proteger a cabeça e pescoço da criança;
- Existem espelhos que podem ser colocados no encosto de cabeça do banco que permitem manter o contacto visual com a criança;
- O 'ovinho' deve ser usado essencialmente para viajar de automóvel. A criança não deve dormir nem permanecer nele por longos períodos de tempo.



- Não guarde sacos de plástico para fraldas sujas, ou outros, no local onde cuida do bebé;
- Não coloque o berço ou cama de grades junto de janelas ou estores, ou perto de candeeiros, pois o bebé pode sufocar com os fios pendurados;
- Retire do alcance do seu bebé objetos pequenos ou peças de brinquedos com diâmetro inferior a 32 mm (moeda de 2 €) ou inferior a 45 mm se forem esféricos ou semiesféricos (bolas, berlindes, peões);
- Nunca deixe a criança sozinha a comer, pois pode engasgar-se com os alimentos (pedaços de pão, papas e purés de legumes);
- Parta os alimentos sólidos em pequenos pedaços e retire cuidadosamente ossos, espinhas ou caroços e evite alimentos duros e lisos como amendoins, castanhas, tremeços e frutos com caroço;
- Existe também o risco de aspiração e asfixia com as pilhas (dos brinquedos ou aparelhos eletrónicos), que podem provocar queimaduras internas ao serem ingeridas.



Afogamento:

- Um bebé pode afogar-se num palmo de água, em poucos minutos. Nunca deixe o seu bebé sozinho no banho, nem por um segundo, mesmo que já se consiga sentar;
- Evite as cadeiras de banho. São instáveis e podem voltar-se;
- Lembre-se que os bebés ficam escorregadios com o sabonete e óleos de limpeza;
- Após a utilização, despeje imediatamente a banheira, alguidares, baldes e piscina insuflável. Guarde a tampa da banheira num local alto;



- Coloque protetores em esquinas que possam ferir (bem presos para que a criança não os consiga retirar e pôr na boca);
- Os fios elétricos de candeeiro, eletrodomésticos, etc., devem ser enrolados e atados para que a criança não consiga puxá-los;
- Não deixe pequenos eletrodomésticos ligados à corrente à beira das bancadas na cozinha (varinha mágica, picadora, torradeira). A criança pode puxar o fio e queimar-se ou cortar-se.

Asfixia/Estrangulamento:

- Para dormir, o seu bebé deve ser deitado de costas, salvo indicação em contrário do profissional de saúde, com os pés encostados ao fundo da cama, para que a roupa da cama fique à altura dos ombros e não cubra a cabeça;
- Não coloque fios ao pescoço do seu bebé, nem mesmo para pendurar chupeta;
- Não ponha almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama e evite o uso de alcofas. Se usar uma alcofa, escolha uma de estrutura rígida e coloque-a sempre num suporte próprio e estável no chão. Lembre-se que o bebé ao mexer-se pode desequilibrar a alcofa e fazê-la cair. O melhor é comprar logo uma cama;
- A cama deve ser estável e sólida. As grades devem ter no mínimo 60cm de altura, e qualquer abertura deve ser inferior a 6cm. Escolha uma cama que obedeça às normas de segurança europeias e um colchão firme e bem-adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades;
- Se colocar uma proteção almofadada por dentro da cama ao longo do colchão, deve prendê-la bem, de forma a não cair sobre o bebé. Se a grade for de subir e descer, verifique sempre se acionou o travão e se este ficou bem preso;



Quedas:



- Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima de uma cama, sofá, trocador de fralda, nem que seja por um segundo - tenha aquilo que precisa à mão antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho ao seu bebé;
- Mantenha sempre uma mão em cima do bebé quando mudar a fralda;
- Coloque o 'ovinho', a alcofa e a espreguiçadeira no chão, nunca em cima de móveis ou cadeiras;
- Aperte sempre o cinto – na espreguiçadeira, no 'ovo' e no carrinho de passeio;
- Não deixe que outras crianças peguem no seu bebé sem a supervisão de um adulto;
- Não pendure sacos ou outros objetos no carrinho de passeio, porque o peso pode fazê-lo virar;
- Não desça escadas com o carrinho de passeio, nem utilize as escadas rolantes. Use elevadores ou rampas;

Embora aos 6 meses o seu bebé ainda não se desloque sozinho pela casa, em breve conseguirá ficar sentado e arrastar-se, gatinhar e dar os primeiros passos. É importante a antecipação às novas aquisições do bebé e começar a preparar a casa:

- A cadeira alta de comer deve ser estável e o cinto sempre apertado;
- A cadeira de encaixar na mesa nunca deve ser utilizada em mesas de vidro ou cujos tampos não sejam estáveis e sólidos. Não deve ser colocada uma cadeira por baixo, onde a criança possa apoiar os pés para se levantar;
- Nunca use andarilhos, voadores ou aranhas. Podem provocar quedas graves, para além de entalões em portas, pancadas com a cabeça, queimaduras, etc., e pode atrasar o desenvolvimento;
- Coloque cancelas no primeiro e no último degrau, sendo que a do topo das escadas deve ser aparafusada à parede,



para que não caia se a criança a empurrar. As cancelas devem cumprir as normas de segurança – não devem ser escaláveis, os intervalos entre as barras não podem ser superiores a 6 cm e o topo deve ser liso;

- As varandas ou terraços devem ter guardas com um mínimo de 1,10 m de altura. Se as guardas não forem seguras, podem ser protegidas com um painel em acrílico ou vidro resistente ao impacto, colocado pelo interior. Esta proteção deve cumprir a norma de segurança respetiva;
- Coloque limitadores de abertura ao tipo de janela e que não permitam uma abertura superior a 9 cm;
- Os brinquedos não devem ficar espalhados, para não provocarem queda da criança ou adulto.

Queimaduras :

- Antes de começar a dar o banho, verifique sempre a temperatura da água – primeiro a água fria e depois a água quente;
- Mantenha sempre os líquidos quentes (água, café ou chá) afastados da criança – não transporte ou ingira líquidos/alimentos quentes com o bebé ao colo;
- Antes de dar o biberão, verifique a temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso. Não utilize o micro-ondas para o aquecer. Se o fizer, agite bem o biberão antes de ver se está quente. Lembre-se que o vidro pode estar morno, mas o leite a ferver e queimar a boca do bebé; se aquecer alimentos no micro-ondas, mexa bem e só depois prove. Se necessário, mude de recipiente;



- Evite levar a criança para cozinha, enquanto prepara as refeições. Se não for possível deixá-la com um adulto enquanto cozinha, poderá colocar-se uma cancela na porta para evitar que a criança entre inesperadamente;
- Com a introdução da alimentação diversificada, entre os 4 e os 6 meses, aumenta o risco de queimadura. Verifique a temperatura do leite, da sopa ou da papa antes de os dar ao bebé;
- Quando começar a levar o seu bebé à praia, evite exposição solar entre as 11h e as 17h. Coloque sempre protetor solar de grau elevado;
- Não coloque aquecedores em zonas de passagem;
- Coloque proteções nas lareiras, nos recuperadores de calor e salamandras e radiadores;
- Prefira fornos com portas que nunca atingem temperaturas altas;
- Opte por tomadas e fichas triplas com os alvéolos protegidos ou coloque protetores nas tomadas. Verifique regularmente se não estão danificadas;
- Utilize toalhas curtas ou individuais, pois as crianças poderão puxar as toalhas compridas ao tentarem apoiar-se ou alcançar objetos em cima da mesa;
- O ferro de engomar deve ser deixado a arrefecer num local onde a criança não consiga alcançá-lo.



Outros traumatismos:

- Ao pôr-se de pé, a criança agarra-se aos móveis e pode tentar trepar para alcançar um objeto que lhe desperte a atenção. Fixe as estantes e outros móveis à parede;
- Coloque travões em gavetas pesadas e limitadores de abertura em armários onde se guardam objetos perigosos (facas e outros utensílios de cozinha, por exemplo);
- Reorganize o espaço para que a criança possa movimentar-se com maior liberdade (retirar mesas baixas, sobretudo se forem de vidro ou com cantos pontiagudos e outro mobiliário de que possa prescindir-se nesta fase);

Intoxicação:

- A criança consegue abrir facilmente gavetas e armários, mas também as tampas dos frascos e outras embalagens; é também capaz de trepar e subir, pelo que conseguirá alcançar lugares mais altos;
- Os medicamentos, os corrosivos, produtos de limpeza e outros tóxicos devem ser guardados fora do alcance e da vista das crianças, num armário alto e fechado à chave (nunca debaixo do lava-loiças), nas suas embalagens originais, com os rótulos de origem;
- Os adultos devem evitar tomar medicamentos em frente das crianças (que vão querer imitá-los). Em caso de intoxicação, deve ligar de imediato para o CIAV e não avançar para nenhum procedimento (como provocar o vómito) sem indicação de um profissional de saúde. O número do CIAV deve estar afixado num local visível e gravado no telemóvel – 808 250 143).

Número Nacional de Socorro – 112

CIAV – 808 250 143

SAÚDE 24 – 808 24 24 00

SOS Criança – 800 202 651

APSI – 218 844 100

Elaborado por:

Diana Raquel Pereira

Aluna do 1.º Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Enfermeira Tutora:

Liliana Silva

Bibliografia:

- APSI. (2021). Consulta de saúde infantil: Orientações técnicas para a prevenção de acidentes
- Safe Kids Worldwide (2022). A parents guide to child safety. Disponível em <https://www.safekids.org/parents-guide-child-safety>



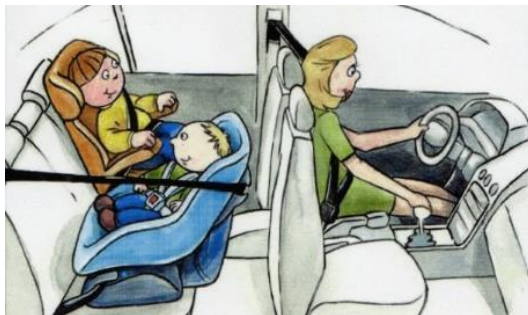
A partir desta idade, o seu filho vai começar a andar, a correr e quererá explorar tudo, movido por uma enorme curiosidade.

As novas aquisições dificultam a sua vigilância e tornam este período perigoso.



Acidentes Rodoviários:

- A criança continua vulnerável enquanto passageira, porque o seu corpo ainda é muito frágil e imaturo, sobretudo o pescoço e coluna vertebral;
- Deve viajar para trás até aos 3-4 anos, numa cadeira homologada para a instalação de costas até aos 18 Kg ou 25 Kg (R44) ou 105 cm (R 129- i-Size). Se não for possível optar por um dos modelos anteriores, o seu filho deverá viajar de costas no mínimo até aos 18 meses ou 2 anos;
- Deve ser instalada de costas para o sentido do trânsito, de preferência nos lugares de trás. Não pode ser usada num lugar com airbag frontal ativo;
- O arnês (cinto interno que prende o bebé) deve estar sempre apertado;
- Existem espelhos que podem ser colocados no encosto de cabeça do banco que permitem manter o contacto visual com a criança;



Afogamento:

- Nunca deixe o seu filho sozinho no banho, nem mesmo por um breve instante;
- A banheira deve ser esvaziada imediatamente após o uso, e a tampa guardada num lugar alto;
- Os baldes, alguidares, bem como piscinas insufláveis devem ser despejados assim que deixam de ser usados. Se estiverem no exterior, volte-os para baixo para não acumularem água da chuva;
- Se houver uma piscina, esta deve ser vedada. A vedação deve ter cerca de 1,10m não escalável e deve ter aberturas com mais de 9 cm. O portão deve abrir para o exterior e ter fecho automático;
- Ao utilizarem as piscinas, as crianças devem estar constantemente vigiadas por um adulto que saiba nadar e consiga agir, devem usar braçadeiras aprovadas pelas normas de segurança. As boias e outros insufláveis são brinquedos perigosos, que não evitam o afogamento.



- Não deixe pequenos eletrodomésticos ligados à corrente à beira das bancadas na cozinha (varinha mágica, picadora, torradeira). A criança pode puxar o fio e queimar-se ou cortar-se.

Asfixia/Estrangulamento:

- Os alimentos sólidos devem ser partidos em pequenos pedaços e retirados cuidadosamente os ossos, espinhas e caroços;
- Alimentos duros e lisos como amendoins, castanhas, tremoços e frutas com caroço não devem ser dados às crianças desta idade;
- Os rebuçados, gomas e outras guloseimas podem levar a criança a engasgar-se. Se os quiser dar, deve parti-los e a criança deverá comê-los sentada e com supervisão;
- Não deixe ao alcance da criança brinquedos com peças de tamanho reduzido ou objetos pequenos (menores que 32 mm ou 45 mm para objetos esféricos ou semiesféricos);
- Retire do alcance da criança balões vazios ou rebentados e sacos de plástico;
- Os fios de estores e outros candeeiros pendurados devem ser enrolados e mantidos altos, afastados da cama da criança.



Quedas:

- Coloque limitadores de abertura ao tipo de janela e que não permitam uma abertura superior a 9 cm;
- Ensine a criança a descer de barriga para baixo de camas, sofás e cadeiras;
- Retire ou baixe a grade da cama quando a criança começar a tentar sair sozinha;
- Mantenha as varandas ou terraços protegidos com guardas com um mínimo de 1,10 m de altura, sem elementos que permitam a escalada (barras horizontais) e com aberturas inferiores a 9 cm. Se as guardas não forem seguras, podem ser protegidas com um painel em acrílico ou vidro resistente ao impacto, colocado pelo interior. Esta proteção deve cumprir a norma de segurança respetiva;
- Não deixe móveis, brinquedos ou vasos nas varandas perto de janelas, pois a criança pode utilizá-los para trepar;
- Os brinquedos não devem ficar espalhados, para não provocarem queda da criança ou adulto;
- A cadeira alta de comer deve ser estável e encostada à parede;
- A cadeira de encaixar na mesa nunca deve ser utilizada em mesas de vidro ou cujos tamos não sejam estáveis e sólidos. Não deve ser colocada uma cadeira por baixo, onde a criança possa apoiar os pés para se levantar;
- Coloque cancelas no primeiro e no último degrau, sendo que a do topo das escadas deve ser aparafusada à parede, para que não caia se a criança a empurrar. As cancelas devem cumprir as normas de segurança – não devem ser escaláveis, os intervalos entre as barras não podem ser superiores a 6 cm e o topo deve ser liso;



- Em todas as cadeiras o cinto deve estar apertado e o limite de peso recomendado não deve ser excedido.

Queimaduras:

- Verifique sempre a temperatura da água – primeiro a água fria e depois a água quente;
- Evite levar a criança para a cozinha enquanto prepara as refeições. Se não for possível deixá-la com um adulto enquanto cozinha, poderá colocar-se uma cancela na porta para evitar que a criança entre inesperadamente;
- Mantenha sempre os líquidos quentes (água, café ou chá) afastados da criança – não transporte ou ingira líquidos/alimentos quentes com a criança ao colo;



- Utilize de preferências os bicos de trás do fogão e vire as pegas dos tachos e das frigideiras para dentro;
- Prefira fornos com portas que nunca atinjam temperaturas altas;
- Deixe os alimentos arrefecerem antes de os levar para a mesa. Quando são aquecidos no micro-ondas, mexa muito bem antes de os dar à

- criança;
- Utilize toalhas curtas ou individuais, pois as crianças poderão puxar as toalhas compridas;
- Coloque proteções nas lareiras, nos recuperadores de calor e em salamandras e radiadores;

- Opte por tomadas e fichas triplas com os alvéolos protegidos ou coloque protetores nas tomadas. Verifique regularmente se não estão danificadas;
- O ferro de engomar deve ser deixado a arrefecer num local onde a criança não consiga alcançá-lo;
- Na praia, evite a exposição solar entre as 11h e as 17h e coloque sempre protetor solar de grau elevado.

Outros traumatismos:



- A criança consegue, cada vez com maior facilidade, alcançar objetos que podem puxar e cair sobre si. Fixe à parede estantes e outros móveis, sobretudo se forem altos e pesados;
- Coloque travões em gavetas pesadas e limitadores de abertura em armários onde se guardam objetos perigosos (facas e outros utensílios de cozinha, por exemplo);
- Evite ter objetos decorativos pesados, televisores ou outros equipamentos em móveis pouco estáveis;
- Coloque protetores de esquinas em móveis que possam ferir, sobretudo se ficarem à altura da cabeça e olhos da criança;
- Coloque protetores em esquinas que possam ferir (bem presos para que a criança não os consiga retirar e pôr na boca);
- Os fios elétricos de candeeiro, eletrodomésticos, etc., devem ser enrolados e atados para que a criança não consiga puxá-los;

Intoxicação:

- A criança consegue abrir facilmente gavetas e armários, mas também as tampas dos frascos e outras embalagens; é também capaz de trepar e subir, pelo que conseguirá alcançar lugares mais altos;
- Os medicamentos, os corrosivos, produtos de limpeza e outros tóxicos devem ser guardados fora do alcance e da vista das crianças, num armário alto e fechado à chave (nunca debaixo do lava-loiças), nas suas embalagens originais, com os rótulos de origem;
- Os adultos devem evitar tomar medicamentos em frente das crianças (que vão querer imitá-los). Em caso de intoxicação, deve ligar de imediato para o CIAV e não avançar para nenhum procedimento (como provocar o vómito) sem indicação de um profissional de saúde. O número do CIAV deve estar afixado num local visível e gravado no telemóvel – 808 250 143).

Número Nacional de Socorro – 112

CIAV – 808 250 143

SAÚDE 24 – 808 24 24 00

SOS Criança – 800 202 651

APSI – 218 844 100

Elaborado por:

Diana Raquel Pereira

Aluna do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Enfermeira Tutora:

Liliana Silva

Bibliografia:

- APSI. (2021). Consulta de saúde infantil: Orientações técnicas para a prevenção de acidentes
- Safe Kids Worldwide (2022). A parents guide to child safety. Disponível em <https://www.safekids.org/parents-guide-child-safety>



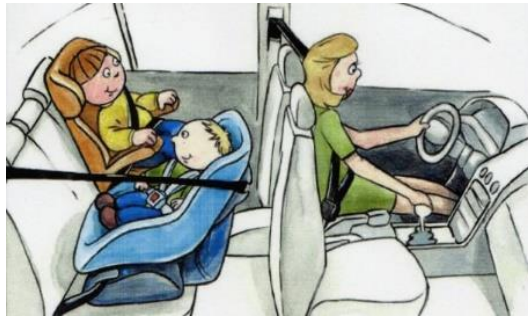
A partir desta idade, o seu filho vai começar a andar, a correr e em breve começará a andar de bicicleta e triciclo.

É importante ter autonomia, mas com uma vigilância permanente.



Acidentes Rodoviários:

- A criança deve continuar a viajar de costas até aos 3-4 anos. Quando já não for possível transportá-la de costas poderá usar uma cadeira do grupo II/III, dos 15 kg aos 36 kg, em que o cinto de segurança do carro prende a criança na cadeira em simultâneo ao banco do automóvel;



- Ao andar a pé com o seu filho, este deve ir sempre pela mão, do lado de dentro do passeio. Está cada vez mais atento ao comportamento dos pais e tentará imitá-los, pelo que devem dar o exemplo;
- Não deixe o seu filho andar sem acompanhamento, de triciclo ou bicicleta, perto da estrada, mas apenas em parques, jardins ou outros locais vedados/limitados. Deve usar sempre um capacete homologado, adaptado ao tamanho da cabeça e bem ajustado.

Afogamento:

- Nunca deixe a criança sozinha no banho, nem mesmo por um breve instante;
- A banheira deve ser esvaziada imediatamente após o uso, e a tampa guardada num lugar alto;
- A porta da casa de banho deverá estar fechada ou com a abertura limitada, para evitar que a criança brinque com a água ou prepare o seu próprio banho;
- Os baldes, alguidares, bem como piscinas insufláveis devem ser despejados assim que deixam de ser usados; se estiverem no exterior, volte-os para baixo para não acumularem água da chuva;
- Se houver uma piscina, esta deve ser vedada. A vedação deve ter cerca de 1,10m não escalável e deve ter aberturas com mais de 9 cm. O portão deve abrir para o exterior e ter fecho automático;
- Ao utilizarem as piscinas, as crianças devem estar constantemente vigiadas por um adulto que saiba nadar e consiga agir, devem usar braçadeiras aprovadas pelas normas de segurança. Em atividades aquáticas e passeios de barco, devem usar um colete salva-vidas, que cumpra também as normas. As boias e outros insufláveis são brinquedos perigosos, que não evitam o afogamento.



Asfixia/Estrangulamento:

- Evite a utilização de fios ao pescoço, casacos e camisolas com cordões ou capuz;
- Não utilize o capacete de bicicleta quando o seu filho brinca em parques infantis – ao cair ou ao descer no escorrega poderá ficar preso;
- Evite alimentos duros e lisos como amendoins, castanhas, tremoços e frutas com caroço;
- Os rebuçados, gomas e outras guloseimas podem levar a criança a engasgar-se. Se os quiser dar, deve parti-los e a criança deverá comê-los sentada e com supervisão;
- Evite que a criança, sobretudo com menos de 3 anos brinque com brinquedos com peças de tamanho reduzido ou objetos pequenos (menores que 32 mm ou 45 mm para objetos esféricos ou semiesféricos);
- Retire do alcance da criança balões vazios ou rebentados e sacos de plástico.



Quedas:

- Coloque limitadores de abertura ao tipo de janela e que não permitam uma abertura superior a 9 cm;
- Mantenha as varandas ou terraços protegidos com guardas com um mínimo de 1,10 m de altura, sem elementos que permitam a escalada (barras horizontais) e com aberturas inferiores a 9 cm. Se as guardas não forem seguras, podem ser protegidas com um painel em acrílico ou vidro resistente ao impacto, colocado pelo interior. Esta proteção deve cumprir a norma de segurança respetiva;
- Os brinquedos não devem ficar espalhados, para não provocarem queda da criança ou adulto;
- Nos locais ao ar livre como parques infantis, a família deve escolher espaços e equipamentos em bom estado de conservação, sem peças partidas ou em falta, e com um piso que amortecia as quedas (a areia é um excelente material amortecedor);
- Calce o seu filho com sapatos bem presos aos pés pois os chinelos aumentam o risco de quedas e entorses.



Queimaduras:

- Evite levar a criança para a cozinha, enquanto prepara as refeições;
- Mantenha sempre os líquidos quentes (água, café ou chá) afastados da criança – não transporte nem ingira líquidos/alimentos quentes com a criança ao colo;



- Utilize de preferências os bicos de trás do fogão e vire as pegas dos tachos e das frigideiras para dentro;
 - Prefira fornos com portas que nunca atingem temperaturas altas;
 - Deixe os alimentos arrefecerem antes de os levar para a mesa. Quando são aquecidos no micro-ondas, mexa muito bem antes de os dar à criança;
 - Utilize toalhas curtas ou individuais, pois as crianças poderão puxar as toalhas compridas;
- Coloque proteções nas lareiras, nos recuperadores de calor e nas salamandras e radiadores;
 - O ferro de engomar deve ser deixado a arrefecer num local a arrefecer onde a criança não consiga alcançá-lo;
 - Na praia, evite a exposição solar entre as 11h e as 17h e coloque sempre protetor solar de grau elevado.

Outros traumatismos:



- A criança consegue, cada vez com maior facilidade, alcançar objetos que podem puxar e cair sobre si. Fixe à parede estantes e outros móveis, sobretudo se forem altos e pesados;
- Coloque travões em gavetas pesadas e limitadores de abertura em armários onde se guardam objetos perigosos (facas e outros utensílios de cozinha, por exemplo);
- Evite ter objetos decorativos pesados, televisores ou outros equipamentos em móveis pouco estáveis;
- Coloque protetores de esquinas em móveis que possam ferir, sobretudo se ficarem à altura da cabeça e olhos da criança;
- Não deixe pequenos eletrodomésticos ligados à corrente na bancada da cozinha. A criança pode puxar o fio e queimar-se ou cortar-se;
- Coloque protetores em esquinas que possam ferir (bem presos para que a criança não os consiga retirar e pôr na boca);
- Os fios elétricos de candeeiro, eletrodomésticos, etc., devem ser enrolados e atados para que a criança não consiga puxá-los;
- Não deixe pequenos eletrodomésticos ligados à corrente à beira das bancadas na cozinha (varinha mágica, picadora, torradeira). A criança pode puxar o fio e queimar-se ou cortar-se;
- Não deixe a criança deslocar-se com talheres, copos ou chávenas nem com objetos na boca (lápiz, chupa-chupa).





Prevenção de Acidentes 5 aos 8 Anos

A partir desta idade, e com a entrada para a escola, para além dos acidentes domésticos, a criança corre o risco de acidentes em meio escolar e desportivo.

Ainda não consegue relacionar um perigo com o risco de acidente, nem avaliar as lesões daí resultantes.

Elaborado por:

Diana Raquel Pereira

Aluna do 1.º Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Enfermeira Tutora:

Liliana Silva

Bibliografia:

- APSI. (2021). Consulta de saúde infantil: Orientações técnicas para a prevenção de acidentes
- Safe Kids Worldwide (2022). A parents guide to child safety. Disponível em <https://www.safekids.org/parents-guide-child-safety>



Acidentes Rodoviários:

- A criança deve continuar a viajar numa cadeira do grupo II/III – banco elevatório com costas – até aos 36 kg, pelo menos até aos 8, 9 anos, sobretudo em viagens longas, pois dá apoio lateral para tronco e cabeça, mantendo-se o cinto de segurança entre as zonas ósseas do corpo;
- A precinta diagonal do cinto de segurança nunca deve ser colocada por baixo do braço, pois pode provocar lesões muito graves em órgãos como o fígado ou o baço;
- O banco elevatório só deve ser usado em situações excecionais como táxis, autocarros ou quando é de todo impossível utilizar a cadeira de apoio;
- Acompanhe sempre a criança, e sempre que possível, treine gradualmente para que comece a deslocar-se sozinha; dê especial atenção aos locais para atravessar a rua, à importância de andar de frente para os carros e ser bem visível (usar roupa clara ou com materiais refletivos);
- Para andar de bicicleta, patins ou skate, a criança deve usar um capacete homologado e bem-adaptado ao tamanho da sua cabeça (em caso de queda, reduz em 7 vezes a probabilidade de lesões cerebrais);
- Até aos 10 anos pode circular de bicicleta nos passeios;
- Coloque corretamente o capacete: centrado na parte superior da cabeça, nunca descaído para a frente ou para trás. As correias devem passar uma atrás da orelha e outra à frente e ficar bem apertadas debaixo do queixo.



Intoxicação:

- A criança consegue abrir facilmente gavetas e armários, mas também as tampas dos frascos e outras embalagens; é também capaz de trepar e subir, pelo que conseguirá alcançar lugares mais altos;
- Os medicamentos, os corrosivos, produtos de limpeza e outros tóxicos devem ser guardados fora do alcance e da vista das crianças, num armário alto e fechado à chave (nunca debaixo do lava-loiças), nas suas embalagens originais, com os rótulos de origem;
- Os adultos devem evitar tomar medicamentos em frente das crianças (que vão querer imitá-los). Em caso de intoxicação, deve ligar de imediato para o CIAV e não avançar para nenhum procedimento (como provocar o vómito) sem indicação de um profissional de saúde. O número do CIAV deve estar afixado num local visível e gravado no telemóvel – 808 250 143).

• Número Nacional de Socorro – 112

- CIAV – 808 250 143
- SAÚDE 24 – 808 24 24 00
- SOS Criança – 800 202 651
- APSI – 218 844 100

Afogamento:

- Avalie as situações de maior risco nos terrenos em redor da casa e nos locais de brincadeira; as piscinas e os tanques devem estar vedados e os poços cobertos com tampas resistentes e presas com cadeado; ensine a criança a informar sempre para onde vai brincar e a estar alerta para estes riscos;
- Ao utilizarem as piscinas e praia, as crianças devem estar constantemente vigiadas por um adulto que saiba nadar e consiga agir; devem usar braçadeiras aprovadas pelas normas de segurança;
- Em atividades aquáticas e passeios de barco, deverá usar um colete salva-vidas, que cumpra também as normas. As boias e outros insufláveis são brinquedos perigosos, que não evitam o afogamento;
- As aulas de natação são importantes, mas ainda não são suficientes para evitar o afogamento.



Quedas:

- Mantenha as varandas ou terraços protegidos com guardas com um mínimo de 1,10 m de altura, sem elementos que permitam a escalada (barras horizontais) e com aberturas inferiores a 9 cm. O vão das escadas deve ser protegido, como por exemplo com painéis de acrílico ou vidro, de altura superior à guarda, de forma a impedir que escorreguem pelo corrimão;
- Os equipamentos de jogo (balizas, tabelas de basquete, escorrega e outros), devem estar bem presos para evitar que caiam sobre as crianças. O piso deve estar bem mantido, sem buracos ou obstáculos;
- Deve evitar que a criança calce chinelos – o risco de quedas é maior.



Queimaduras:

- Evite que a criança tenha acesso a isqueiros, fósforos, acendalhas e outros produtos; se a criança mostra curiosidade ou tenta usá-los, explique o risco de incêndio e queimadura;
- Ensine a criança a utilizar fósforos e combinar regras de utilização (por exemplo, chamar sempre a mãe ou o pai);



- Instrua a criança a mexer muito bem os alimentos aquecidos no micro-ondas para uniformizar a temperatura;
- A criança começa a querer ajudar na cozinha, nunca a deixe sozinha;
- Confirme periodicamente o estado e conservação de eletrodomésticos e candeeiros;

- Habitue a criança a secar o cabelo no quarto e não na casa de banho, pois há um risco maior de eletrocussão pela presença de água e acumulação de humidade;
- Na praia, evite a exposição solar entre as 11h e as 17h e coloque sempre protetor solar de grau elevado.

Outros traumatismos:



- Pelos 7 ou 8 anos é natural que a criança comece a brincar com ferramentas: é importante arranjar materiais adequados ao seu tamanho e brinque com ela para a treinar a reduzir os riscos envolvidos – cortes, perfuração, ...
- Gradualmente, ensine o seu filho a utilizar o 112 e a importância de não fazer chamadas falsas.

Asfixia/Estrangulamento:

- Evite a utilização de fios ao pescoço, casacos e camisolas com cordões ou capuz quando a criança brinca na escola ou em parques infantis – ao cair pode ficar presa;
- Pelo mesmo motivo, não deve trepar às árvores ou brincar em equipamentos de parque infantil com um capacete de bicicleta na cabeça;
- Explique ao seu filho o risco de tentar fazer pequenos balões, dentro da boca, com balões rebentados.





Prevenção de Acidentes 10 aos 13 Anos



A partir dos 10 anos há uma mudança do ciclo escolar, o que implica maior contacto com crianças mais velhas, novos ambientes e atividades.

Prepare o seu filho para avaliar as consequências de comportamentos e resistir à pressão do grupo.

A partir dos 12 anos, já adquire a capacidade para identificar os perigos, reconhecer riscos e compreender as consequências dos acidentes.

Elaborado por:

Diana Raquel Pereira

Aluna do 1.º Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Enfermeira Tutora:

Liliana Silva

Bibliografia:

- APSI. (2021). Consulta de saúde infantil: Orientações técnicas para a prevenção de acidentes
- Safe Kids Worldwide (2022). A parents guide to child safety. Disponível em <https://www.safekids.org/parents-guide-child-safety>



Acidentes Rodoviários:



- Aos 10 anos a criança pode continuar a viajar numa cadeira do grupo II/III, sobretudo em viagens longas em que adormece;
- A partir de 1,35m de altura, a lei permite que use apenas o cinto de segurança, mas se a criança se sentir mais confortável, pode continuar a utilizar a cadeira de apoio ou o banco elevatório;
- Explique ao seu filho a importância de usar sempre o cinto de segurança, mesmo quando viaja sem os pais, tanto em veículos ligeiros, como autocarros, por mais curta que seja a viagem. Num choque frontal a 45km/h, todos os passageiros e objetos soltos dentro de um veículo, são projetados com uma força de 20 vezes o seu peso. Uma criança que pese 50Kg ficará a pesar uma tonelada!
- Alerta o seu filho para não aceitar boleia de estranhos;
- A partir dos 10 anos, prepare com a criança os percursos casa-escola ou outros frequentes, quer a pé, quer em transportes públicos, alertando-a para possíveis situações de perigo. Esta deve ser responsabilizada pela sua segurança e pela dos outros, pois em grupo nem sempre os comportamentos são os mais seguros (empurrões, atravessar sem olhar...);
- As crianças já andam sozinhas na rua, por isso deve explicar-lhes como acontecem os atropelamentos e quais as estratégias para os evitar – caminhar de frente para os carros e a meio do passeio, atravessar nas passeadeiras, evitar locais com menos visibilidade, esperar pelos transportes públicos afastadas da berma, e nunca na beira do passeio;
- Alertar para a importância de ter todos os sentidos focados quando caminha no passeio pela berma e quando atravessa a estrada. O risco de atropelamento aumenta quando se utiliza um telemóvel;

Intoxicação:

- Sensibilize o seu filho para o risco da automedicação, ou medicação por pares;
- A intoxicação por álcool pode levar ao coma alcoólico. Reforce que o álcool aumenta a probabilidade de ocorrerem acidentes devido a reações mais lentas além de erros na avaliação e perceção do risco;
- Os medicamentos, os corrosivos, produtos de limpeza e outros tóxicos devem ser guardados longe dos alimentos, e mantidos nas suas embalagens originais, com os rótulos de origem;
- Em caso de intoxicação, deve ligar de imediato para o CIAV e não avançar para nenhum procedimento (como provocar o vómito) sem indicação de um profissional de saúde. O número do CIAV deve estar afixado num local visível e gravado no telemóvel – 808 250 143).

• **Número Nacional de Socorro – 112**

- **CIAV – 808 250 143**

- **SAÚDE 24 – 808 24 24 00**

- **SOS Criança – 800 202 651**

- **APSI – 218 844 100**

Acidentes na Água:

- A partir dos 10 anos, os afogamentos são mais frequentes em ambientes naturais como rios, lagos e barragens;
- Explique ao seu filho a importância de avisar sempre para onde vai nadar e de não nadar sozinho. Pode não ter força nem capacidade para se desenvencilhar sozinho se ficar em dificuldades, devido a correntes, fundões, etc;
- As aulas de natação são importantes, mas ainda não são suficientes para evitar o afogamento;
- Ensine a criança a não mergulhar nem saltar de cabeça para a água quando desconhece a profundidade do local, ou se há outros perigos;
- Sensibilizar para a escolha de locais vigiados com nadador-salvador, ensine a conhecer e respeitar a sinalização e outros avisos e a evitar brincadeiras perigosas em grupo – empurrões para a água, lutas dentro de água,...



- Ao andar de bicicleta ou skate, usar sempre capacete homologado, devidamente colocado – centrado na parte superior da cabeça, nunca descaído para a frente ou para trás, com as correias bem apertadas por baixo do queixo. Em caso de queda o capacete reduz em 7 vezes a probabilidade de lesões cerebrais;
- Usar calças justas e sapatos bem presos aos pés para andar de bicicleta, patins ou skate para evitar quedas e lesões;
- A partir dos 10 anos os ciclistas não podem usar o passeio, mas algumas crianças poderão não estar preparadas para circular no trânsito. Neste caso, deve acompanhar o seu filho, avaliando o seu controlo da bicicleta e conhecimento das regras de trânsito. Deve escolher as zonas de tráfego moderado ou nas quais existe uma separação entre o trânsito automóvel e a circulação de bicicletas.



Quedas :

- Explique ao seu filho o risco de se pendurar em janelas, varandas e sentar-se em parapeitos ou caminhar sobre muros;
- Verifique, nos locais onde a criança brinca, se os pisos nas zonas de queda não apresentam sinais de desgaste ou má conservação ou objetos que possam ferir o seu filho;
- Por volta dos 12, 13 anos, na prática de desportos radicais, como o parkour, o slide, o rappel – a família deve garantir que a criança utiliza

equipamentos adequados e de boa qualidade, e de que os pratica em grupo e com a supervisão de um monitor experiente.

Queimaduras:

- Explique à criança como usar fósforos e isqueiros, e que compreenda a responsabilidade de os utilizar corretamente: riscar os fósforos de dentro para fora, apagá-los bem antes de os colocar no lixo, nunca os atirar para zonas com árvores, papéis ou outros produtos inflamáveis;
- A criança já pode aquecer e preparar pratos simples, por isso deve saber como usar a cozinha e alguns equipamentos. Não deve cozinhar com mangas demasiado compridas/largas ou objetos ao pescoço e ter em atenção a cabelos compridos. Explique que os tecidos sintéticos como o nylon e viscose, pegam fogo com facilidade;
- Explique à criança que nunca deve mexer em aparelhos elétricos com as mãos molhadas nem lavá-los ligados à corrente;
- A criança deve compreender o risco de brincar com bombinhas e estalinhos, no Carnaval. Além de queimaduras graves podem provocar amputação de dedos;
- Deve saber utilizar um extintor ou manga ignífuga.



Outros traumatismos:



- As crianças devem retirar capacetes, cordões ou camisolas com capuz, cachecóis ou colares quando brincam em locais altos (podem cair e ficar presas pelo pescoço);
- Pelo mesmo motivo, não deve trepar às árvores ou brincar em equipamentos de parque infantil com um capacete de bicicleta na cabeça;
- Ensine o seu filho a utilizar com segurança instrumentos como tesouras, x-atos, facas, chaves de fendas, serras, martelos e outros. No início, estas atividades devem ser executadas com o acompanhamento de um adulto, para lhe explicar os riscos, demonstrar, supervisionar e corrigir comportamentos pouco seguros;
- A criança deve aprender noções de primeiros socorros o mais cedo possível, para saber o que fazer em situações de emergência, saber usar o número 112, dar o alerta e pedir socorro;
- Reforce a importância de não fazer chamadas falsas;
- Explique ao seu filho o risco de tentar fazer pequenos balões, dentro da boca, com balões rebentados.



Quedas :

- As quedas continuam a ser o acidente mais comum nos adolescentes, sobretudo em atividades desportivas e de lazer;
- Pratica estas atividades em grupo e com elementos experientes, ou monitores especializados e utiliza sempre equipamento adequado;
- Não te pendures em tabelas de basquete ou em balizas, nem os transportes de um lado para o outro, pois há um risco elevado de morte por esmagamento.



Outros traumatismos:

- Muitas das lesões que acontecem na prática desportiva são contusões, hematomas e fraturas. Para as evitares, realiza exercícios de aquecimento;
- A partir de uma determinada idade podes começar a trabalhar, mas tem atenção aos acidentes domésticos - queres terminar rápido as tarefas, mas lembra-te que ainda tens pouca experiência;
- É importante que tenhas formação profissional contínua, iniciada no momento do estágio curricular ou profissional. Utiliza equipamentos de proteção adequados às tarefas e previne-te de riscos específicos – utiliza capacete, óculos, fatos protetores, luvas, calçado apropriado, etc.

Elaborado por:

Diana Raquel Pereira
Aluna do 1.º Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Enfermeira Tutora:

Liliana Silva

Bibliografia:

- APSI. (2021). Consulta de saúde infantil: Orientações técnicas para a prevenção de acidentes
- Safe Kids Worldwide (2022). A parents guide to child safety. Disponível em <https://www.safekids.org/parents-guide-child-safety>



Prevenção de Acidentes 15 aos 18 Anos

Agora que és adolescente, já desenvolveste o sentido de responsabilidade pela tua vida e a dos outros, bem como adquiriste competências de avaliares os riscos das tuas escolhas.

O consumo de álcool e drogas está associado a uma maior probabilidade de lesões acidentais, porque influenciam a tua capacidade de avaliares o perigo, e aumenta o tempo de reagires a situações imprevistas.



Acidentes Rodoviários:

- Principal causa de morte nesta faixa etária, enquanto condutores e passageiros (bicicleta, motorizada, automóvel);
- Usa SEMPRE o cinto de segurança – num choque frontal a 45km/h, o peso de todos os passageiros ou objetos soltos dentro de um automóvel aumenta 20 vezes. Um jovem com 70 kg será projetado a uma força equivalente a 1400kg! Um telemóvel de 200 gr pesará 4 Kg;
- Nestas idades o consumo de álcool e a velocidade excessiva também estão associados a acidentes rodoviários. Nunca aceites boleia de desconhecidos ou com amigos que consumiram álcool ou com pouca experiência na condução;
- Nas saídas à noite uma boa estratégia é chamarem um táxi e partilharem esse mesmo veículo, ou designarem semanalmente um pai responsável para assegurar o transporte. Nos jovens mais velhos, é eficaz rodar um elemento do grupo para não beber, e assim transportar os outros;
- Ao andares de motorizada, moto-quatro, bicicleta, patins ou skate, usa sempre o capacete – evita até 75% dos traumatismos da cabeça em caso de queda. Se andares de mota, o seu uso é OBRIGATÓRIO também para o pendura;
- Adota uma condução defensiva (bicicleta, moto, carro), ou seja: conduz sempre com as luzes de presença ligadas; adequa a velocidade ao tipo de estrada, trânsito e condições atmosféricas; mantém uma distância adequada aos veículos da frente; evita ultrapassagens em locais com pouca visibilidade, ‘cavalinhos’ e outras ‘habilidades’;
- Na condução de motorizadas, utiliza fatos de proteção adequados, com materiais refletivos que aumentam a visibilidade e utiliza calçado apropriado – vai reduzir o risco de lesões em caso de acidente;



- Enquanto peão, adota igualmente um comportamento defensivo, ou seja, enquanto andas a pé ou de transportes públicos, nunca atraveses atrás ou à frente dos veículos, sobretudo aqueles pesados, devido à menor visibilidade;
- Evita o uso de telemóvel e outros dispositivos na rua pois afetam na tua capacidade de audição e atenção ao meio envolvente.

Afogamento:

- Não mergulhes nem saltes de cabeça para a água quando desconheces a profundidade do local ou se há outros perigos, mesmo em brincadeiras com os teus amigos – este tipo de acidentes pode provocar lesões permanentes que vão limitar a tua vida, criando dependência total ou parcial;
- Deves nadar paralelamente à margem e ter em atenção fundões, correntes e objetos submersos (ramos e pedras) que te possam impedir de regressares à superfície;
- Opta por lugares vigiados e segue as instruções e recomendações dos nadadores-salvadores e informações disponibilizadas pelas bandeiras;
- Entra lentamente na água após exposição solar prolongada para evitares um choque térmico e respeita os períodos de digestão após as refeições;
- Em caso de passeios de barco ou desportos náuticos, usa sempre colete salva-vidas, mesmo que nades bem.



APÊNDICE II - LIVRETO PREVENÇÃO SÍNDROME SHAKEN BABY

Lembre-se, é **IMPORTANTE** que você reconheça o perigo de abanar um bebê!

Não importa o quão impaciente ou irritada(o) você esteja, nunca é seguro sacudir, bater ou empurrar uma criança – isso não resolve o problema!

Se se sentir deprimida (o) e/ou com dificuldades em lidar com as emoções, fale com o seu médico e enfermeiro.

Elaborado por:

Diana Pereira

Aluna do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Enfermeira Tutora:

Liliana Silva

Bibliografia:

- ✓ American Academy Pediatrics (2020). How to Prevent Shaken Baby Syndrome and Other Forms of Abusive Head Trauma. Disponível em https://drive.google.com/file/d/1Nx6NsTxBZKe-5DdZs_hN9tkTllaQHpun/preview
- ✓ Faheim, S. S., Ahmed, S. S., & Farrag, J. M. (2022). Effect of an Educational Guideline Program on Mothers' Performance regarding Shaken Baby Syndrome Prevention. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 10(29), 183-195.



Como lidar com o choro do seu bebê



- ★★ Cada bebê é diferente e são muitos os motivos porque choram;
- ★★ Chorar é a única maneira que os bebês têm para expressar as suas necessidades;
- ★★ Chorar não significa que o seu bebê não gosta de si.

Os bebês geralmente choram quando precisam de algo. Eles podem estar com fome ou com cólicas; podem ter frio ou calor, ou precisam apenas que lhe troque a fralda. No entanto, às vezes choram sem motivo aparente.

Vários tipos de choro

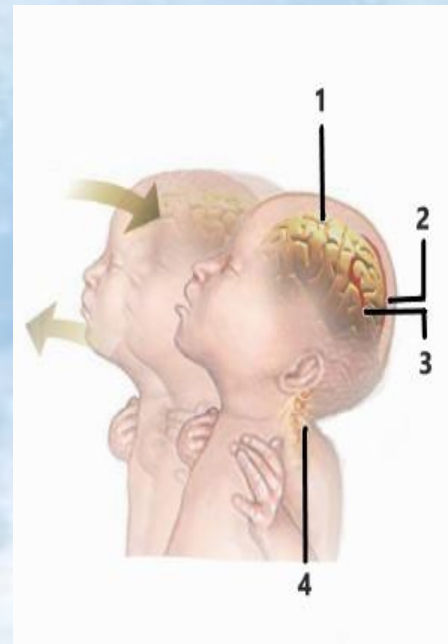
À medida que você conhece os padrões de choro do seu bebê, pode sentir que pode identificar necessidades específicas pela maneira como ele chora. Está com fome? Nervoso? Com dor? Sonolento? Cada bebê usará a sua voz de forma diferente.

Como responder ao choro do seu bebê

Aqui estão algumas dicas para confortar o seu filho. Pode precisar de algumas tentativas, mas com paciência e prática você descobrirá o que funciona e o que não funciona para o seu bebê:

Ocorre sempre que uma criança é abanada repetida e violentamente, causando-lhe um movimento do tipo chicote cervical.

A maioria dos casos ocorre quando um dos pais ou cuidador está cansado, frustrado e chateado, como por exemplo, porque o bebê não para de chorar.



- 1- O cérebro do bebê embate no crânio quando é sacudido;
- 2- Pequenos vasos sanguíneos entre o cérebro e o crânio podem causar hemorragia;
- 3- Grandes coágulos sanguíneos podem formar-se e causar edema maciço;
- 4- Os músculos subdesenvolvidos do pescoço do bebê oferecem resistência ao abanão, vértebras podem esmagar a medula espinhal;

⚠ Estas lesões podem resultar em danos cerebrais, hemorragia craniana, cegueira, surdez, atraso na fala/aprendizagem, deficiências intelectuais, paralisia cerebral e morte.

Tente ser paciente...

- ✓ Bebés com cólicas ou agitados superam eventualmente essa fase.
- ✓ Manter o bebé seguro é a coisa mais importante que você pode fazer. É normal sentir-se chateada (o), frustrada (o) ou até com raiva, mas é importante manter o seu comportamento sob controlo.



Os bebés são especialmente suscetíveis a lesões quando abanados e sacudidos, porque os seus tecidos e estrutura ósseas ainda não estão suficientemente desenvolvidos para oferecer proteção.

O Síndrome de Shaking Baby ou criança sacudida/abanada é uma forma de mau trato infantil, que causa lesões na cabeça e pescoço da criança. Estas lesões podem causar danos cerebrais permanentes ou morte.

- Verifique a fralda do seu bebé, e troque-a se estiver molhada ou suja;
- Verifique as meias e roupas do bebé. Meias apertadas, roupas amarrotadas ou 1 fio solto preso num dedo do bebé pode causar desconforto. Vista o bebé de forma confortável;
- Verifique se é fome. Acompanhe os horários de alimentação do seu bebé e procure sinais precoce de fome;
- Alimente o bebé lentamente e faça-o arrotar com frequência para ajudar a evitar as cólicas;
- Evite superalimentar o bebé, pois isso pode deixá-lo desconfortável. Tente esperar pelo menos 2 a 2 horas e meia do início de uma alimentação para a próxima;
- Verifique se há obstrução nasal, cólicas ou eritema das fraldas;
- Avalie a temperatura (febre superior a 38°C retal, 37,6º axilar), vômitos ou outros sinais de que o bebé possa estar doente e contacte o pediatra;
- Olhe para o seu bebé, deixando-o ver os seus olhos;
- Enrole o corpo do bebé numa manta leve. Ajuda a sentirem-se seguros;
- Ofereça uma chupeta ao seu bebé. A sucção para alguns bebés pode ser reconfortante;
- Segure o seu bebé em contacto com a pele, como no peito ou bochecha;
- Balance o seu bebé com movimentos lentos e rítmicos;

- Cante para o seu bebê ou coloque uma música suave e relaxante;
- Coloque o bebê perto de uma fonte de ruído branco, ou uma aplicação que reproduza ruído branco;
- Pode também tentar diminuir a intensidade da interação: fale mais baixo, mova-se mais devagar, use menos expressões faciais;
- Se você já tentou todas estas sugestões e o seu bebê continua a chorar, lembre-se de que 1 em cada 10 tentativas de parar uma crise de choro não irá funcionar.

A maioria dos bebês cansa--se após chorar por um longo tempo, e acaba por adormecer.



Quando tudo falha - Faça uma pausa!

- Se você tentou acalmar o seu bebê, mas nada parece funcionar, precisa de um momento para si mesma(o). Chorar pode ser difícil de lidar, especialmente se você estiver fisicamente cansada(o) e mentalmente exausta(o).

- Quanto mais relaxada(o) você permanecer, mais fácil será consolar o seu filho.

- Mesmo bebês muito pequenos são sensíveis à tensão e reagem a ela chorando. Ouvir um recém-nascido chorar pode ser agonizante, mas deixar a sua frustração transformar-se em raiva ou pânico apenas irá intensificar os gritos do bebê.

- Respire fundo e conte até 10;
- Se possível, entregue o bebê a outro adulto para tomar conta; se não for possível:
 - Coloque o seu bebê num local seguro, como o berço, sem cobertores e brinquedos, saia da sala e deixe o bebê chorar por 10 minutos;
 - Enquanto o seu bebê estiver num local seguro, considere algumas ações que podem ajudar a acalmá-la(o):
 - Ligue para um membro da família ou amigo para obter apoio emocional;
 - Faça tarefas domésticas simples, ou ouça música;
- Se você não se acalmou após 10 minutos, verifique o seu bebê, mas não pegue nele ao colo até sentir que se acalmou;
- Quando você se acalmar, volte e pegue no seu bebê;
- Ligue para o médico do seu filho. Pode haver alguma razão médica pela qual o seu bebê está a chorar.

**APÊNDICE III - TABELA DE COLHEITA DE DADOS DOS ARTIGOS
ELEGÍVEIS**

Autores (data)/ Título	Objetivos	Metodologia (com Amostra)	Resultados/Conclusão
<p>Matone et al (2018)</p> <p>A Mixed Methods Evaluation of Early Childhood Abuse Prevention Within Evidence-Based Home Visiting Programs.</p>	<p>Determinar o impacto de 3 programas de Visita Domiciliária na primeira infância com grupos de controlo de cuidados usuais, nos EUA (Pensilvânia)</p>	<p>Metodologia Mista</p> <p>Qualitativa: entrevistas com funcionários e clientes (n=150)</p> <p>Quantitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo do NFP n= 8736 pais inscritos e Grupo Controlo n = 165033 - Grupo do PAT n = 851 pais inscritos e Grupo Controlo n = 2929 - Grupo do EHS n = 866 pais inscritos e Grupo Controlo 3100 	<p>Durante o acompanhamento de 24 meses das crianças/pais pertencentes aos 3 programas de Visita Domiciliária foi verificado que, em todos os modelos, as crianças foram mais propensas a experimentar um episódio de abuso do que as crianças dos grupos de controlo NFP 1,4% vs 1,1% do grupo de controlo; PAT 1,1% vs grupo controlo 0,3%; EHS 1,3% vs 0,4% do grupo de controlo</p> <p>Enfermeiros referem como foco o incentivo da parentalidade positiva, a ligação e vinculação e a gestão do stress parental, pois avaliam as necessidades da família e da criança, abordam a disciplina como prática parental educativa, em vez da punição física, alterando o comportamento da família e quebrando o ciclo de violência, o que se traduz numa diminuição do stress parental.</p> <p>-Pais valorizam o apoio e orientação na gestão do stress e em lidar com o comportamento dos filhos.</p> <p>Embora o foco seja a promoção da parentalidade, melhorar a saúde materna e gravidez, neste estudo efetuado na Pensilvânia, as visitas domiciliárias não reduziram os maus-tratos infantis.</p>
<p>Dodge et al (2019)</p>	<p>Testar a implementação e o impacto de um programa de visita domiciliar, o <i>Family</i></p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>Escalas; Entrevistas</p>	<p>- Famílias designadas para receber este programa de apoio à parentalidade, tiveram taxas 44% menores de investigação de maus-tratos;</p>

<p>Effect of a Community Agency-Administered Nurse Home Visitation Program on Program Use and Maternal and Infant Health Outcomes: A Randomized Clinical Trial.</p>	<p><i>Connects</i> (FC), na Carolina do Norte</p>	<p>Grupo Intervenção N= 158 pais de recém-nascidos Grupo Controlo N= 158 pais de recém-nascidos</p> <p>O FC é um programa que permite apoiar as famílias logo após o nascimento, avaliando as suas necessidades e encaminhando-as para recursos da comunidade.</p> <p>Providencia 1 a 3 visitas domiciliárias e um contacto telefónico.</p> <p>Este programa atua em 12 domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -saúde dos pais e bebé; -casa; -planeamento cuidados infantis; -relacionamento pais-bebé; -gestão choro do bebé; -apoio material -apoio social; -violência familiar; -exposição anterior a maus-tratos; -depressão e ansiedade materna -abuso de substâncias pelos pais. 	<p>- O grupo de intervenção obteve mais ligações com serviços comunitários (apoio social, apoio de vizinhos) traduzindo-se em menores taxas de problemas na saúde mental materna (ansiedade e depressão).</p> <p>Este programa reduz as investigações de maus-tratos durante os primeiros 24 meses de vida da criança, melhora a saúde mental materna e ligações com recursos da comunidade.</p>
---	---	---	--

<p>Goodman et al (2021)</p> <p>Effect of a Universal Postpartum Nurse Home Visiting Program on Child Maltreatment and Emergency Medical Care at 5 Years of Age: A Randomized Clinical Trial.</p>	<p>Determinar o efeito de um programa de visitas domiciliária, o <i>Family Connects</i> nos maus-tratos, e em situações de urgência até aos 5 anos de idade, na Carolina do Norte</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>N= 2327 famílias de recém-nascidos para o programa de intervenção <i>Family Connects</i></p> <p>N= 2440 famílias de recém-nascidos para serviços usuais</p> <p>De 1 julho de 2009 a 31 dezembro de 2010</p>	<p>Este estudo revelou que as famílias atribuídas ao programa FC apresentavam menos 39% de referenciação a serviços de proteção de crianças, e 33% menos recorrência a serviços de emergência, até aos 5 anos de idade.</p> <p>O programa de visita domiciliária “FC” está associado a taxas reduzidas de investigações de maus-tratos infantis e uso de atendimento médico de emergência até aos 5 anos de idade.</p>
<p>Robling et al (2022)</p> <p>Nurse-led home-visitation programme for first-time mothers in reducing maltreatment and improving child health and development (BB: 2-6): longer-term outcomes from a randomised cohort using data linkage</p>	<p>Avaliar a eficácia de um programa de visita domiciliária (FNP) na redução dos maus-tratos infantis e melhoria da saúde materna e infantil, resultados de desenvolvimento e educação e custos</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>Acompanhamento de uma coorte de um estudo anterior, o BB:0-2, por mais 5 anos (criança com 7 anos no momento atual)</p> <p>n= 1618 mães com idade igual ou inferior a 19 anos, cujos primogénitos foram recrutados para o estudo anterior.</p> <p>O programa FNP oferece, durante a gravidez e até aos 2 anos da criança, um</p>	<p>As crianças do grupo FNP eram mais propensas a atingir um bom nível de desenvolvimento até idade escolar (55,5%) – na leitura, escrita, matemática e ciências do que as dos cuidados habituais - 50,1%, mas sem diferença na redução dos maus-tratos.</p> <p>Nenhuma diferença encontrada na taxa de crianças avaliadas em risco: FNP – 21,2% e Cuidados Habituais – 21,7%.</p>

		<p>máximo de 64 visitas domiciliárias, onde se aborda parentalidade, recursos comunidade, saúde materna e infantil.</p> <p>Os participantes do estudo foram aleatoriamente designados para o programa de FNP, ou cuidados habituais.</p>	
<p>Jack et al (2021)</p> <p>Public Health Nurses' Professional Practices to Prevent, Recognize, and Respond to Suspected Child Maltreatment in Home Visiting: An Interpretive Descriptive Study.</p>	<p>Compreender as experiências dos enfermeiros na prevenção e abordagem na suspeita de maus-tratos, em contexto de visita domiciliária.</p>	<p>Metodologia Mista</p> <p>Questionários, entrevistas</p> <p>N= 47 enfermeiras de saúde pública</p> <p>As visitas domiciliárias começam no início da gravidez (28 semanas) e continuam regularmente até aos 2 anos da criança. Pretendem melhorar os resultados da gravidez promovendo estilos de vida saudáveis, melhorar resultados da saúde infantil através da promoção de pais competentes e responsáveis e promove a autossuficiência económica materna.</p>	<p>Os enfermeiros têm um papel importante na prevenção dos maus-tratos infantis e iniciar este trabalho durante a gravidez é fundamental. O início das VD no período pré-natal proporciona um período de tempo substancial no qual há uma identificação dos fatores de risco e o estabelecimento de uma relação terapêutica. As enfermeiras relataram que estabelecem relações terapêuticas e trabalham para apoiar essas mães a fazerem escolhas de vida saudáveis para melhorar a sua saúde e bem-estar durante a gravidez, apoiar o desenvolvimento saudável do papel materno e prepará-las para cuidar dos seus filhos.</p> <p>- As estratégias que utilizaram desde a gravidez foram: demonstrar e modelar relacionamentos saudáveis incluindo violência doméstica; aumentar o conhecimento, a consciencialização e habilidades dos pais para fornecer práticas parentais seguras e sensíveis; estratégias de ensino para gerir o stress; conectar os clientes a serviços e apoios, como aconselhamento sobre saúde mental, uso de substâncias e apoio social.</p>

		<p>- Os enfermeiros identificam nas mulheres grávidas vários fatores de risco, como depressão, história de maus-tratos na infância da mãe, violência doméstica, pobreza e fracas condições habitacionais.</p> <p>Os enfermeiros têm a flexibilidade de visitar as famílias com regularidade e frequência, com base nas necessidades do cliente. A intensidade dessa intervenção oferece aos enfermeiros oportunidades para avaliar continuamente o ambiente doméstico, a qualidade e a segurança das relações dentro do lar e as respetivas mudanças.</p>	<p>Estar em contacto tão próximo com as famílias destaca que os enfermeiros têm um papel essencial na prevenção dos maus-tratos infantis, podendo estar associados na identificação precoce dos fatores de risco e implementar intervenções de enfermagem focadas em cuidados maternos sensíveis e responsivos.</p>
<p>Barnes et al (2017)</p> <p>Randomized controlled trial and economic evaluation of nurse-led group support for young mothers during</p>	<p>Determinar a eficácia e custo-benefício da FNP vs cuidados usuais na redução de fatores de risco para maus-tratos numa população vulnerável.</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Escalas, questionários, vídeo</p> <p>N= 166 mulheres grávidas (16 a 20 semanas) com idade inferior a 20 anos com pelo menos 1 filho ou mulheres grávidas</p>	<p>Entre 22 de agosto de 2013 e 17 de setembro de 2014:</p> <p>- Aos 12 meses de idade da criança, a média dos itens avaliados é idêntica nos 2 grupos. Apenas há uma evidência positiva no grupo do FNP, em que as mulheres são mais propensas a amamentar até aos 6 meses de idade da criança.</p> <p>- A avaliação económica demonstrou que é mais caro que o tratamento usual.</p>

<p>pregnancy and the first year postpartum versus usual care.</p>		<p>com idade entre 20 a 24 anos sem filhos e com baixa escolaridade</p> <p>A amostra foi dividida em 2 grupos: o grupo da FNP, que receberam as intervenções deste programa e o grupo de controlo, que fornece cuidados gerais como imunizações, avaliações de desenvolvimento e informações antecipatórias.</p> <p>A colheita de dados foi realizada desde a gravidez e em visita domiciliária quando os bebés tinham 2, 6 e 12 meses de idade.</p> <p>Foram avaliadas a parentalidade e a sensibilidade materna, bem como a depressão, o stress, competência, apoio social, tabagismo, uso de álcool e drogas, violência no relacionamento e amamentação até 6 meses.</p>	<p>O Programa FNP no Reino Unido começando na gravidez e continuado pelo menos até aos 12 meses da criança, não reduz os fatores de risco numa população vulnerável.</p>
<p>Eckenrode et al (2017)</p>	<p>Avaliar os efeitos a longo prazo do NFP na redução de</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p>	<p>De abril de 1978 a setembro de 1980</p>

<p>The Prevention of Child Maltreatment Through the Nurse Family Partnership Program: Mediating Effects in a Long-Term Follow-Up Study.</p>	<p>maus-tratos infantis, do estudo inicial reproduzido em Elmira, 15 anos após esse estudo original</p>	<p>Entrevistas</p> <p>Questionários</p> <p>N= 400 mulheres (sem filhos, inscritas pelo menos até às 25 semanas de gestação e pelo menos com um destes critérios – menos de 19 anos de idade, solteiras ou com baixo nível socioeconómico.</p> <p>Foram divididas em 4 grupos:</p> <p>Receberam triagem sensorial e de desenvolvimento da criança aos 12 meses e 24 meses;</p> <p>Receberam mesmos serviços do grupo 1 + transporte gratuito para pré-natal e puericultura até aos 2 anos de idade;</p> <p>Receberam os serviços do grupo 2 + visita domiciliária durante a gravidez;</p> <p>Receberam serviços do grupo 3 + visita domiciliária até aos 2 anos de idade da criança.</p>	<p>- Ao longo dos primeiros 15 anos de vida, os filhos primogénitos de mães com violência doméstica, que receberam visita domiciliária no período pré-natal e pós-parto, tiveram 4,52x menos relatos de maus-tratos comprovados.</p> <p>Mães visitadas em casa passaram menos meses na assistência pública e tiveram menos filhos subsequentes em comparação com os restantes grupos de controlo.</p> <p>Programa de visita domiciliária implementado a longo prazo, é preventivo e reduz os maus-tratos infantis.</p>
---	---	---	--

<p>Dias et al (2017)</p> <p>Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates.</p>	<p>Avaliar o efeito de um programa preventivo em traumatismos cranianos, com o síndrome de Shaken baby, em taxas de hospitalização e em ganho de conhecimentos e comportamentos parentais relatados pelos pais, nos EUA (Pensilvânia).</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>Questionários</p> <p>Comparados dados antes (maternidades e hospitais) e depois da intervenção (7 meses após)</p> <p>Fornecidos folhetos, vídeos e informações</p> <p>N= 1180291 pais de crianças com idades entre 0 a 23 meses</p>	<p>Durante 10 anos (janeiro 2003 e dezembro 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> - As taxas de hospitalização aumentaram de 24,1% para 26,6% no estado da Pensilvânia; - 91% das mães e 88,6% dos pais relataram aprender muito sobre a compreensão do choro infantil como normal; - 92,2% das mães e 88,9% dos pais relataram aprender sobre como acalmar o bebê; - 94,6% das mães e 91,9 % dos pais relataram aprender como acalmar-se perante o choro do bebê; - 85,1% das mães e 83,4 % dos pais relataram aprender a selecionar outro cuidador para criança. <p>94,8% das mães e 95,8% dos pais relataram que a informação diminuiu a probabilidade de sacudir um bebê.</p> <p>7 meses pós-intervenções, 76,2% dos pais lembravam o conteúdo das informações que receberam.</p> <p>Intervenções pós-natais em prevenção de Shaken Baby aumentam o conhecimento e atitudes dos pais em relação ao choro e ao perigo de sacudir um bebê, mas não diminuíram as taxas de hospitalizações associadas.</p>
--	--	--	--

<p>Duzinski et al (2018)</p> <p>Effectiveness of a Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Program Among Spanish-Speaking Mothers.</p>	<p>Avaliar o conhecimento dos participantes e a sua intenção em compartilhar as principais mensagens do programa PURPLE, numa população maioritariamente hispânica a residir nos EUA (Texas)</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>Questionário</p> <p>N= 59 mães hispânicas de bebés recém-nascidos</p> <p>Foi implementado o Programa <i>Period of the PURPLE Crying</i> a estas mães de origem hispânica antes da alta hospitalar, cujo intuito é educar os novos pais sobre o choro infantil, suas características, como tranquilizar o bebé e como lidar com o choro, aumentando os seus conhecimentos e comportamentos relativamente à segurança do bebé, prevenindo o síndrome da criança abanada. Consiste numa breve sessão de educação, seguido de um vídeo. Posteriormente é distribuído aos pais um livreto contendo as principais mensagens do programa e um DVD, não só contendo</p>	<p>- Todos os participantes relataram a intenção de compartilhar a educação com o seu parceiro ou outro cuidador.</p> <p>O programa de prevenção do síndrome de Shaken Baby demonstrou resultados positivos nos conhecimentos e comportamentos pretendidos, numa população considerada de risco.</p>
---	--	--	--

		o vídeo visualizado, bem como outros vídeos educativos sobre o choro do bebê.	
Barr et al (2018) Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention	Determinar se o Programa de prevenção Síndrome Shaken Baby reduziu as taxas de hospitalização em 8 anos.	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>N= 354477 pais de recém-nascidos no Canadá</p> <p>Implementação do Programa PURPLE desde Janeiro 2009 a Dezembro de 2016 em 3 fases:</p> <p>Maternidade – informações, DVD e livreto; Em consultas e Visitas Domiciliárias; Educação comunitária através de uma campanha anual.</p> <p>Como o choro é um gatilho significativo, este programa foca-se em educar os pais sobre o choro do bebê, em como gerir esse choro, e os perigos em sacudir o bebê, implementado antes da alta na maternidade, e posteriormente reforçado</p>	<p>-Este estudo verificou que as taxas de hospitalização por lesões suspeitas de Shaken Baby diminuíram em 35% para crianças com idade inferior a 24 meses.</p> <p>Uma implementação de um programa preventivo em Shaken Baby é eficaz como forma de prevenção, não só a nível individual, como também comunitário, pois reduz as taxas de hospitalizações de crianças com essas lesões.</p>

		<p>em visitas domiciliárias, contactos telefónicos e em consultas.</p> <p>Foi avaliado o número de crianças admitidas em meio hospitalar com essas lesões.</p>	
<p>Groisberg et al (2020)</p> <p>Evaluation of the Period of PURPLE Crying: An Abusive Head Trauma Prevention Programme.</p>	<p>Avaliar o efeito do Programa PURPLE, em comparação com informação 'básica' administrada no berçário.</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>Questionário</p> <p>N=271 pais de recém-nascidos</p> <p>O Programa foi introduzido num hospital do Texas, e os pais foram divididos em 2 grupos: o grupo do programa (receberam informações verbais sobre cuidados gerais ao recém-nascido, choro, perigos de sacudir um bebé, um livreto e DVD) e os do grupo de controlo (que receberam informações verbais sobre choro infantil e perigos em sacudir).</p> <p>5 a 8 semanas após a alta, foram contactados para preenchimento de um questionário.</p>	<p>- Os pais do grupo do programa (74%) eram mais propensos a saber que não há problema em afastarem-se quando não conseguem acalmar o bebé e que às vezes os bebés saudáveis podem chorar mais de 5h por dia, ao invés do grupo de controlo (53%).</p> <p>Programa de prevenção de Shaken Baby aumenta o conhecimento e comportamento adequado dos pais em relação ao choro do bebé.</p>

<p>McInerney et al (2020)</p> <p>Implementation of an Abusive Head Trauma Prevention Program Through Interdisciplinary Collaboration: A Pilot Study.</p>	<p>Aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre SSB e proporcionar educação aos pais/cuidadores (ambiente hospitalar e comunitário)</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>N= 120 enfermeiros</p> <p>N= 69 cuidadores de recém-nascidos ou pais de crianças com idade igual a inferior a 6 meses</p> <p>Os enfermeiros preencheram um pré-teste, tiveram formação (informações sobre o PURPLE, vídeo) e posteriormente preencheram um questionário</p> <p>Os cuidadores tiveram formação em ambiente hospitalar (informações acerca do programa PURPLE e distribuição de livreto e DVD); e ambiente comunitário, num centro que oferece aulas de preparação para o parto e pais de crianças pequenas (mesmas intervenções anteriores)</p>	<p>- Antes da formação, os enfermeiros pontuaram 8,03 em 10; e após a intervenção, pontuaram 9 em 10.</p> <p>Relativamente aos cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 71% lembravam do conteúdo do programa; - 94% recordavam as maneiras de confortar um bebé; - 93% recordavam por que sacudir é perigoso; <p>Este estudo aumentou o conhecimento dos enfermeiros sobre o SSB e proporcionou educação aos cuidadores sobre o SSB, aumentando igualmente o seu conhecimento.</p>
--	--	---	--

<p>Pavuluri et al (2021)</p> <p>Implementation of iPads to Increase Compliance with Delivery of New Parent Education in the Mother-Baby Unit: Retrospective Study.</p>	<p>Avaliar uma melhoria da qualidade da intervenção da educação preventiva aos pais sobre SSB, utilizando iPad.</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>N= 5231 pais de recém-nascidos de unidades hospitalares da Carolina do Sul</p> <p>A visualização do vídeo é voluntária.</p>	<p>De 1 agosto de 2018 a 25 maio de 2019:</p> <p>A adesão dos pais para visualizar um vídeo preventivo de SSB era de 41,93% (DVD ou telefone pessoal) e após a implementação do uso de iPad foi de 99,73%.</p> <p>Após a implementação de um protocolo baseado em iPad para fornecer educação aos novos pais, houve uma melhoria significativa em termos da adesão destes à visualização de um vídeo preventivo de SSB, o que traduz que o iPad pode ser um método viável e eficaz para fornecer educação hospitalar às famílias.</p>
<p>Tortolano et al (2021)</p> <p>Prevention of Shaken Baby Syndrome Among High-Risk Neonates: Program Implementation and Evaluation.</p>	<p>Avaliar a eficácia de um programa de prevenção de SSB (PURPLE) numa unidade de cuidados intensivos neonatais.</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>N= 47 enfermeiros neonatais num hospital de Chicago</p> <p>Os enfermeiros preencheram um pré-teste, posteriormente tiveram formação acerca do SSB, suas causas, pico do choro, dados de incidência.</p> <p>Posteriormente foram solicitados a entregar aos cuidadores o panfleto do</p>	<p>De fevereiro a abril de 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O conhecimento dos enfermeiros sobre SSB aumentou de 93% no pré-teste para 97% no pós-teste; - A confiança dos enfermeiros em fornecer educação sobre SSB aumentou de 86% para 97,1%; - A funcionalidade e eficácia da educação aumentou de 68% para 74%; <p>97% concorda com a consistência da mensagem.</p> <p>A educação dos profissionais de saúde, aumentou a sua confiança na educação sobre SSB e a maioria concorda que a intervenção foi útil para padronizar a educação em SSB.</p>

		<p>programa, a efetuar uma pós-educação e fazendo os pais a assistir ao vídeo.</p> <p>4 a 6 semanas após os participantes receberam o link para preencher o pós-teste.</p>	
<p>Lopez-Bushnell et al (2017)</p> <p>Shaken Baby Syndrome: A hospital-based education and prevention program in the intermediate care and the newborn intensive care nurseries.</p>	<p>Educar pais de bebês recém-nascidos hospitalizados sobre a prevenção do SSB e avaliar a sua compreensão.</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>Questionário</p> <p>N= 802 pais de recém-nascidos internados em unidades de cuidados intermédios e intensivos num hospital do Novo México</p> <p>Foram fornecidos pelos enfermeiros materiais educativos sobre SSB – folheto, vídeo de 11 minutos, boneca infantil que simula áreas afetadas ao sacudir um bebé e informação pertinentes de como gerir o choro do bebé.</p> <p>7 meses após a alta, os pais foram contactados para avaliar o efeito da educação.</p>	<p>7 meses após a intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 99% lembram-se de assistir a um vídeo; - 78% recordam-se dos folhetos, informações e <i>checklist</i>; - 65% relataram essa educação com outros cuidadores dos seus filhos. <p>Um programa educativo de prevenção de SSB, fornecido aos pais no hospital, aumenta o conhecimento dos pais sobre SSB e reduzir a sua incidência.</p>

<p>Honor et al (2017)</p> <p>Child Maltreatment Screening and Anticipatory Guidance: A Description of Pediatric Nurse Practitioner Practice Behaviors.</p>	<p>Descrever os comportamentos da prática do enfermeiro pediátrico relacionados com triagem e orientação antecipada para maus-tratos e seus fatores de risco psicossociais, nos EUA (Nova Iorque)</p>	<p>Metodologia Quantitativa</p> <p>Questionário</p> <p>N= 243 enfermeiros pediátricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 22% nunca/raramente faz exames anogenitais às crianças; - 14% nunca/raramente educa as crianças sobre as partes íntimas; - 17% nunca/raramente utiliza a disciplina não física; - 50% nunca/raramente faz perguntas aos pais sobre violência doméstica - 29% nunca/raramente faz perguntas aos pais sobre preocupações de saúde mental - 36% nunca/ raramente discute problemas de drogas/álcool com os pais <p>Este estudo mostra que um número significativo de enfermeiros não rastreia rotineiramente maus-tratos infantis e fatores de risco psicossociais.</p> <p>A experiência de maus-tratos infantis tem sido associada a uma série de resultados negativos ao longo da vida das crianças. A orientação antecipada e identificação de fatores de risco pode prevenir a ocorrência de maus-tratos e ajudar a fortalecer as famílias e habilidades dos pais.</p>
<p>Saltmarsh & Wilson (2017)</p> <p>Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection.</p>	<p>Explorar os processos que os enfermeiros de cuidados intensivos neonatais utilizam para proteger os bebês, na Nova Zelândia</p>	<p>Metodologia Qualitativa</p> <p>Entrevistas</p> <p>N= 10 enfermeiros neonatais</p>	<p>Enfermeiros neonatais recorrem ao conhecimento pessoal e profissional para identificar Fatores de risco nas famílias (<i>red flags</i>), protegendo o bebê e assim interagindo e criando ligação com a família aumentando conhecimentos e habilidades, promovendo vínculo. Nos casos em que isto não é possível, efetuar a sinalização.</p> <p>As enfermeiras relataram igualmente a falta de formação e treino em proteção infantil e violência familiar.</p>

		Foram partilhadas informações pelos enfermeiros, relativamente ao conhecimento, compreensão, crenças, experiências de abuso infantil e bebês prematuros, e o seu papel em relação à proteção da criança e prevenção abuso infantil.	A identificação de fatores de risco e sua sinalização, começa desde logo na neonatologia. Bebês prematuros têm vulnerabilidades adicionais que os colocam em maior risco de maus-tratos. Os enfermeiros de neonatologia estão bem posicionados para identificar famílias em risco de abuso infantil através do seu conhecimento pessoal e profissional, facilitando a parentalidade.
Ninomiya et al (2017) Effects of primary prevention of child abuse that begins during pregnancy and immediately after childbirth.	Investigar a associação entre pais identificados como sendo de risco, em maternidades e centros de saúde, e os resultados da intervenção, melhorando programas de prevenção primária	Metodologia Quantitativa N= 2252 pais de crianças com idade inferior a 3 anos identificados como sendo de risco (956 identificados em maternidades e 1296 identificados em centros de saúde – desde a gravidez) Pais foram identificados como sendo de risco com base numa avaliação de 21 fatores de risco – Programa de Identificação e Intervenção precoce. -gravidez múltipla ou baixo peso ao nascer -gravidez indesejada	- 15,8% dos pais foram encaminhados para centros de proteção infantil por possíveis maus-tratos, sendo 9,2% provenientes de maternidades e 20,7% encaminhados pelo centro de saúde. - A identificação de pais em risco durante a gravidez, e a intervenção precoce resultaram numa diminuição na taxa de encaminhamentos para centros de proteção de crianças. A identificação precoce de pais em risco durante a gravidez iniciada nos cuidados de saúde primários, e logo após o nascimento, é eficaz como forma de prevenção primária.

		<ul style="list-style-type: none">-gravidez na adolescência-experiências adversas na infância- história de separação mãe-filho-defeitos congénitos-atraso no desenvolvimento-absentismo nas consultas saúde infantil-perceções e significados negativos-défice na qualidade dos cuidados prestados-ansiedade e stress parental-doença mental-problemas de personalidade-dificuldade na gestão do stress-abuso de substâncias-mãe/pai solteiro-violência doméstica-problemas económicos-isolamento da família- habitação suja e desorganizada- percepção de falta de apoio social <p>Pais em risco identificados quer na maternidade quer pelos centros de saúde,</p>	
--	--	--	--

		<p>têm sempre o apoio de visitas domiciliárias.</p> <p>As visitas são continuadas até que as enfermeiras estejam confiantes de que as interações entre pais e filhos são apropriadas e que a situação é segura para a criança. Promovem uma parentalidade positiva, aumentam o conhecimento e habilidades dos pais em cuidar do bebê.</p>	
<p>Schols et al (2019)</p> <p>Factor analysis and predictive validity of the Early Risks of Physical Abuse and Neglect Scale (ERPANS): A prospective study in Dutch public youth healthcare.</p>	<p>Testar a validade de uma escala de avaliação do risco de maus-tratos de pais (ERPANS) numa comunidade holandesa</p>	<p>N= 1257 famílias holandesas com um filho recém-nascido</p> <p>3 semanas após nascimento do bebê, pais preencheram um questionário, o qual foi discutido com a enfermeira durante a visita domiciliária, focando temas como parentalidade, necessidades e pontos fortes dos pais/família. Cria um relacionamento com os pais e fornece informação sobre serviços disponíveis. Após a visita, a enfermeira preencheu a escala ERPANS e</p>	<p>Mães abusivas pontuaram significativamente mais alto em todos os 3 domínios em comparação com mães não abusivas.</p> <p>Os problemas psicológicos dos pais foram um preditor significativo de problemas familiares, incluindo o envolvimento dos serviços de proteção à criança, num acompanhamento médio de 22 meses.</p> <p>Esta escala de avaliação ajuda os enfermeiros a identificar precocemente os pais em risco de maus-tratos, logo após o nascimento do filho, de forma a encaminhar para programas de intervenção precoce.</p>

		<p>registou um resumo das informações sobre a família, como fatores de risco.</p> <p>(O ERPANS é uma escala com 31 itens, que aborda o relacionamento perturbado entre pais e filhos; problemas de comunicação e problemas psicológicos dos pais.)</p> <p>Outra medida adicional foi a verificação em arquivos eletrônicos, de denúncias de abuso infantil a essas crianças, 22 meses após conclusão do ERPANS.)</p>	
<p>YoshiokaMaeda & Fujii (2022)</p> <p>Mothers susceptible to child maltreatment and requiring public health nurses' continuous support.</p>	<p>Identificar mães que apresentem alto risco de maus-tratos infantis futuros, de forma a fornecer apoio contínuo prevenindo maus-tratos.</p>	<p>Quantitativa</p> <p>Questionário</p> <p>N= 206 mulheres grávidas e mães de risco</p> <p>Este estudo retrospectivo incluiu mulheres que foram registadas em 2018 por estarem em risco de futuros maus-tratos e</p>	<p>- 40,3% das mães já não apresentavam necessidade de apoio</p> <p>- 59,7% das mães precisavam de apoio.</p> <p>-Estas apresentavam menos apoio familiar, maior instabilidade mental e falta de habilidades parentais, bem como ansiedade em criar os filhos.</p> <p>Ao identificar os fatores de risco, os enfermeiros podem identificar as mães que precisam de apoio contínuo e prestar cuidados mais concentrados.</p>

		<p>necessitarem de ajuda em criar os seus filhos.</p> <p>A amostra foi dividida em 2 grupos: o grupo descontinuado – aquelas mães que já não precisavam mais do apoio, e o grupo continuado – aquelas mães que ainda precisavam de apoio (mantinham fatores de risco)</p>	
<p>Van der Put et al (2017)</p> <p>Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN).</p>	<p>Avaliar a validade de uma escala de identificação precoce de pais de risco de maus-tratos (IPARAN) e a sua combinação com o julgamento crítico do enfermeiro</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Questionário</p> <p>N= 4692 pais de recém-nascidos até 5 dias</p> <p>O IPARAN é um instrumento de medida (questionário) para identificar os pais de RN com maior risco de maus-tratos infantis, de forma a promover uma intervenção preventiva.</p>	<p>- Os pais preenchem um questionário (até 5º dia de vida do bebé), aquando visita domiciliária (até 14º dia de vida) a enfermeira preenchia o seu próprio questionário e recolhia o questionário preenchido pelos pais.</p> <p>- Para avaliar o resultado, foram verificados relatórios de maus-tratos nos serviços holandeses de proteção à criança, durante o período de acompanhamento de 3 anos</p> <p>- A sensibilidade do julgamento clínico dos enfermeiros na identificação de crianças em risco foi muito baixa – 21,4% contrastando com 66,7% da combinação do IPARAN e do julgamento clínico.</p> <p>A validade do IPARAN (identificação dos fatores de risco dos pais) em combinação com o julgamento clínico do enfermeiro, permite uma avaliação dos riscos numa fase inicial e o possível encaminhamento para programas de intervenção precoce.</p>

		<p>Pais (individualmente) e enfermeiras preencheram esse questionário de 16 perguntas.</p> <p>Famílias foram consideradas como sendo de alto risco se obtivessem uma pontuação total igual ou superior a 1.</p> <p>Foram selecionadas as famílias de alto risco com base no IPARAN, com base no julgamento clínico e com base na combinação do IPARAN e julgamento clínico.</p>	
<p>Ono et al (2017). Association between social support and child abuse potential among Japanese mothers.</p>	<p>Esclarecer a associação entre potencial de abuso, apoio social e fatores sociodemográficos, no Japão.</p>	<p>Quantitativa</p> <p>Questionários</p> <p>N= 309 mães de crianças em creches com idade inferior a 5 anos</p>	<p>- 9,4% das mães apresentaram alto score de potencial de abuso, sendo essas mesmas solteiras/divorciadas, com baixo status económico, com isolamento e baixo apoio social.</p> <p>Melhorar abordagens de apoio social para famílias com fatores de risco é recomendado para a prevenção do abuso infantil.</p>
<p>Ayyildiz et al (2019)</p>	<p>Determinar os efeitos de um programa para crianças e pais, no desenvolvimento das</p>	<p>Metodologia Mista</p> <p>Escalas, Formulários</p>	<p>De novembro de 2010 a abril de 2011:</p>

<p>The Effect of a Social Skills Program on Violent Behaviors in Children Aged 60~72 Months</p>	<p>habilidades sociais, para prevenir comportamentos violentos em crianças de 5-6 anos</p>	<p>N= 67 crianças e pais de uma pré-escola na Turquia</p> <p>Foi utilizado um programa de desenvolvimento de habilidades sociais baseado na Teoria de Gardner das Inteligências Múltiplas (focado na empatia, resolução de problemas e controlo da raiva).</p> <p>As crianças foram divididas em 2 grupos: o grupo experimental (n= 36) e o grupo de controlo (n=31)</p> <p>Durante 6 meses:</p> <p>No grupo experimental: os pais foram submetidos a uma avaliação de atitudes parentais, posteriormente implementado o programa e por último, uma entrevista; as crianças deste grupo foram submetidas a este programa durante 10 semanas, 3x por semana.</p>	<p>Os primeiros 6 anos de vida constituem um período crítico no qual as primeiras experiências das crianças em termos cognitivos, comportamentais e emocionais, bem como desenvolvimento social ganham impulso. Os enfermeiros podem conduzir programas de educação, que considerem o risco individual, familiar e ambiental das crianças, e assim contribuir para o desenvolvimento de habilidades das crianças em empatia, resolução de problemas e controlo emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em ambos os grupos, os scores das habilidades sociais das crianças aumentaram e o comportamento violento diminuiu. - O aumento do score de habilidades sociais e diminuição do comportamento violento foram maiores no grupo experimental do que no grupo de controlo. -Os pais do grupo experimental relataram que começaram a sentir mais empatia/ligação pelo filho e mais assertivos. <p>Este estudo comprovou que este programa foi bem-sucedido na prevenção de comportamentos violentos em crianças através do desenvolvimento de habilidades sociais, o que se pode traduzir num reforço positivo dos fatores protetores em crianças de risco.</p>
---	--	---	--

		<p>No grupo de controlo, os pais foram submetidos a uma avaliação das suas atitudes parentais e 6 meses após uma entrevista; as crianças deste grupo foram apenas submetidas a uma educação padrão.</p>	
<p>Russel et al (2020)</p> <p>Preventing child sexual abuse: A systematic review of interventions and their efficacy in developing countries</p>	<p>Determinar intervenções de abuso sexual infantil em países em desenvolvimento e investigar a sua eficácia</p>	<p>Revisão sistemática da literatura realizada em 6 bases de dados</p> <p>Os artigos foram incluídos se:</p> <p>(1) incluísem uma intervenção, programa, treino ou estratégia educacional para apoiar a prevenção de abuso ou agressão sexual;</p> <p>(2) investigassem a eficácia da intervenção medindo mudanças em conhecimentos, atitudes, perceções, ou práticas de salvaguarda, ou o número de relatórios de abuso sexual infantil feitos;</p> <p>(3) avaliassem o resultado relevante para crianças/ jovens e/ou funcionários ou voluntários que trabalham com jovens;</p> <p>(4) fossem conduzidos em um país em desenvolvimento.</p>	<p>Estratégias de prevenção focadas no conhecimento podem efetivamente aumentar o conhecimento e as habilidades de segurança sexual de crianças pequenas</p> <p>Referente a crianças em idade pré-escolar: 2 artigos – Tunc et al. (2018) e Zhang et al. (2020) que focaram uma intervenção – o Programa de Treinamento de Segurança Corporal, o <i>Body Safe Training Program</i> – desenvolvido nos EUA em meados da década de 1980</p> <p>No geral, os 2 artigos forneceram uma imagem positiva sobre a eficácia das intervenções para aumentar o conhecimento sobre prevenção de abuso e, quando testados, a autoeficácia de crianças para tomar medidas de proteção caso se deparem com uma situação insegura</p>

<p>Citek Tunc et al., (2018)</p> <p>Preventing Child Sexual Abuse: Body Safety Training for Young Children in Turkey</p>	<p>Avaliar a eficácia de um programa de prevenção de abuso sexual infantil baseado em habilidades para crianças turcas em idade pré-escolar</p>	<p>Quantitativa</p> <p>Questionário</p> <p>Escala</p> <p>N=83 crianças em idade pré-escolar</p> <p>N=40 crianças grupo experimental</p> <p>N= 43 crianças grupo controle</p> <p>Realizados à criança um pré-teste e um pós-teste após a implementação deste programa.</p> <p>Foram avaliados os dados demográficos das crianças, aplicado o programa “<i>Body Safety Training Program (BST)</i>” e posteriormente foi usado o “<i>What If Situations Test (WIST)</i>” para avaliar as habilidades de autoproteção das crianças.</p> <p>O programa <i>BST</i> foi elaborado para crianças entre os 3 e os 7 anos de idade e é composto por 10 sessões que visam ensinar</p>	<p>Relativamente ao reconhecimento (toque apropriado e toque não apropriado), todas as crianças do grupo experimental do programa <i>BST</i> foram capazes de reconhecer corretamente o toque apropriado, enquanto apenas algumas das crianças do grupo de controle conseguiram reconhecer o toque apropriado.</p> <p>Em relação às habilidades, uma comparação das pontuações do pré-teste e do pós-teste para as pontuações de habilidades totais do <i>WIST</i> do grupo experimental demonstrou um aumento significativo (4 vezes mais). Esses resultados mostram que os programas <i>BST</i> são significativamente eficazes na obtenção de habilidades de dizer, fazer, contar e relatar em crianças.</p> <p>Atitudes: Sentimentos de culpa ou pensamentos de que a culpa é ou não da criança em caso de abuso sexual têm impacto sobre se esta relata o abuso.</p> <p>Houve redução dos sentimentos de culpa da criança após o abuso e um aumento em “contar” e relatar. Deve ser dada informação no <i>BST</i> de que as próprias crianças não são responsáveis pela situação vivida.</p> <p>O “programa de treino de segurança corporal” é eficaz para aumentar a prevenção do abuso sexual infantil pois aumenta o conhecimento, habilidade e atitude das crianças em relação à segurança pessoal.</p>
--	---	--	--

		<p>estas crianças sobre segurança corporal, adotando uma abordagem comportamental. As primeiras cinco sessões abordam tópicos de “segurança geral” e as cinco sessões restantes focam em “segurança corporal”. Cada sessão dura entre 20 e 25 minutos e é implementada em pequenos grupos (6–10 crianças).</p> <p><i>WIST</i> original foi projetado para avaliar as habilidades de autoproteção de crianças em idade pré-escolar e compreende um total de sete subdimensões, incluindo duas sobre reconhecimento (toque apropriado e toque não apropriado), quatro sobre habilidades (dizer, fazer, contar e relatar) e uma sobre atitude (atitude da criança em relação ao abuso sexual e sua própria sexualidade).</p> <p>Aplicaram o programa <i>BST</i> durante 1 mês, e posteriormente implementaram o programa <i>WIST</i>, com realização de pré e pós-teste.</p>	
--	--	---	--

<p>Zhang et al (2020)</p> <p>Sexual Abuse Prevention Education for Preschool-Aged Children: Parents' Attitudes, Knowledge and Practices in Beijing, China</p>	<p>Investigar as atitudes, conhecimentos e práticas dos pais com os seus filhos sobre a prevenção do abuso sexual e explorar os fatores associados às práticas parentais.</p>	<p>Questionário</p> <p>N= 440 pais de crianças em idade pré-escolar</p> <p>Foram avaliados os dados demográficos dos pais e aplicado um questionário que incluía tópicos como conhecimento, atitudes e práticas relativas à prevenção do abuso sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 15% dos pais referiram que tiveram educação sobre prevenção do abuso sexual na infância; - dois terços não sabiam que as crianças eram abusadas sexualmente com maior frequência por pessoas familiares e mais de 70% dos pais não sabiam. que, se uma criança for abusada sexualmente, geralmente não haverá nenhuma evidência física óbvia. - 3% dos pais relataram que não havia necessidade de prevenção de CSA porque a criança aprenderá o conhecimento de qualquer maneira à medida que crescer e porque o problema é raro. - menos da metade dos pais disse a seus filhos que, se o abuso sexual acontecer, os pais ou outros adultos de confiança devem ser informados. - Mais meninas foram informadas sobre suas partes íntimas e que suas partes íntimas não deveriam ser tocadas por outras pessoas do que meninos. <p>A maioria dos pais de crianças em idade pré-escolar tinha atitudes positivas em relação à prevenção educacional da CSA, mas ainda assim tinham lacunas em seu conhecimento sobre CSA</p>
---	---	--	--