

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

Relatório de Estágio

Cuidar da criança, jovem e família em situação de
maus-tratos: Percurso para o desenvolvimento de
competências de enfermeiro especialista

Mariana Godinho de Almeida

Lisboa

2019



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

Relatório de Estágio

Cuidar da criança, jovem e família em situação de
maus-tratos: Percurso para o desenvolvimento de
competências de enfermeiro especialista

Mariana Godinho de Almeida

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Our children are our greatest treasure. They are our future. Those who abuse them
tear at the fabric of our society and weaken our nation.”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria da Graça Vinagre, pela sua afetuosa e compreensiva orientação, impregnada de encorajamento, profissionalismo e competência, pela sua amizade, sensibilidade e confiança.

À Professora Odete Lemos e Sousa, pela generosidade de cada consideração e pelo seu abraço, sempre tão reconfortante e revitalizante.

Aos enfermeiros orientadores nos distintos contextos de estágio e aos profissionais de saúde que enriqueceram este percurso, pela disponibilidade e partilha dos seus saberes. Em concreto à enfermeira Tânia Almeida, pelo seu cuidado e energia.

Às bibliotecárias Ana Pereirinha, Isabel Godinho e Sandra Mendes, pelo apoio prestado e pelo carinho demonstrado.

Aos colegas com quem tive o privilégio de percorrer este Mestrado, por cada partilha e por todas as conquistas que alcançámos juntos. Em particular à Ana Guerreiro, ao Dario Antunes, à Eva Ferreira e à Paula Sequeira, amigos extraordinários, pela cumplicidade e companheirismo que nos unem para a vida.

Aos amigos que são família e aos familiares amigos, seres de luz e fonte inesgotável de inspiração, pela honra da vossa amizade e pela nobreza dos vossos preciosos ensinamentos, por engrandecerem a minha existência. Com especial emoção à Adriana Ferreira, à Andreia Pinto, à Ângela Ramos, ao Carlos Dias, à Joana Fernandes, à Rita Vieira, à Sílvia Santos e à Susana Pires, pela inesgotável motivação e pela compreensão enternecedora de todos os momentos.

À Júlia e à Rafaela, filhas do coração, pela sua felicidade contagiante que nutre a esperança de uma existência plena para todas as crianças e jovens do mundo.

Aos meus pais, pelo amor imenso e pela mentoria excepcional.
Não poderia ter feito melhor escolha.

À minha irmã Madalena, a maior dádiva que a vida me concedeu,
pelo seu amor transformador.

RESUMO

Os maus-tratos a crianças e jovens são, do ponto de vista da saúde, um fenómeno altamente complexo e multifacetado, com efeitos negativos para o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo, crescimento, dignidade, segurança, autonomia, bem-estar e saúde das vítimas. Este não se estabelece como um problema simples, nem de fácil resolução pelo que urge intervir com o propósito de prevenir tanto a sua ocorrência, como a sua recorrência e de proteger as crianças, jovens e famílias. Releva-se o papel do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos não só pela relação de proximidade que estabelece com aquele que é alvo dos seus cuidados, mas também pela capacidade de abordar, diagnosticar e intervir em vários contextos de saúde. Este relatório centra-se na problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos na ótica da prevenção do fenómeno e revela o conjunto de aprendizagens obtido durante o percurso de formação individual que concorreu para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este trabalho, sustentado teoricamente pelo modelo de Betty Neuman, ancora nos conceitos que edificam a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica e que são, portanto, os cuidados centrados na família, os cuidados não traumáticos e a parceria de cuidados. A metodologia adotada compreende a aprendizagem experiencial, ou reflexão sobre e na ação, ao longo do percurso de estágios, que possibilitou integrar e transformar esta experiência excecional, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional. As atividades desenvolvidas assentiram dar resposta aos objetivos gerais definidos: desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade; desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos. Destas atividades, destacaram-se a realização de entrevistas a peritos, a identificação de fatores de risco e proteção, a educação para a saúde e a formação em contextos de trabalho que contribuíram para a prestação de cuidados especializados na área de saúde infantil e pediatria.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Cuidados de enfermagem; Maus-tratos infantis -- prevenção e controlo; Desenvolvimento de competências.

ABSTRACT

Child and youth maltreatment is, from the point of view of health, a highly complex and multifaceted phenomenon with negative effects on the biopsychosocial and affective development, growth, dignity, autonomy, safety, health and well-being of the victims. This does not establish itself as a simple problem, nor is it easy to solve, so there is an urgent need to intervene in order to prevent both its occurrence and its recurrence, and also, to protect children, young people and families. The role of nurses in prevention of maltreatment is highlighted both by the close relationship with their caregivers and by their capacity to approach, diagnose and intervene in several health contexts. This internship report focuses on the problem of the care provided to the child, young people and family in situation of maltreatment, in the perspective of the prevention of the phenomenon and demonstrates the set of learning obtained during the course of individual training that concurred to an improvement in the quality of the care provided and to the development of Nurse Specialist competencies in Child and Pediatric Health Nursing. These work, theoretically supported by the Betty Neuman systems model, anchors the concepts that build the philosophy of pediatric nursing care and which are family-centered care, non-traumatic care and partnership. The methodology adopted includes experiential learning, with reflection about and on action, along the course of internships, which has allowed to integrate and transform this unique experience and to promote personal and professional development. The activities developed agree to meet the general objectives: to develop skills of Specialist Nurses in Child and Pediatric Health Nursing in providing care to the child, youth and family in situations of different levels of complexity; to develop skills of Specialist Nurses in Child and Pediatric Health Nursing in providing care to the child, youth and family in situations of maltreatment. From these activities, stood out the conducting interviews with experts, identification of risk and protection factors, health education and training in work contexts that enabled the delivery of specialized care in the field of child health and pediatrics.

Keywords: Pediatric nursing; Nursing care; Child abuse -- prevention & control; Development of skills.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Coord. (Coords.) – Coordenador(es) (coordinator[s])

ed. – edição

Ed. (Eds.) – Editor(es) (editor[s])

et al. – *et alii* (e outros)

ex. – exemplo

kg – quilograma

p. – página

pág. – página

Vol. – Volume

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APP – Atendimento Permanente Pediátrico

ASCJR – Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Convenção sobre os Direitos da Criança

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMIJ – Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EIC – Equipa de Intervenção Comunitária

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

HDC – Hospital de Dia Cirúrgico

IP – Internamento de Pediatria

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

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

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE | 2015 – Programa Nacional de Saúde Escolar 2015

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UNICEF – The United Nations Children's Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. A contemporaneidade da enfermagem pediátrica: A filosofia de cuidados e o modelo de sistemas de Betty Neuman	14
1.2. A criança, jovem e família em situação de maus-tratos: As intervenções preventivas de enfermagem perante o fenómeno	20
2. METODOLOGIA	26
3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	28
3.1. Unidade de Cuidados na Comunidade	29
3.2. Serviço de Urgência Pediátrica	36
3.3. Internamento de Pediatria	43
3.4. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais	49
3.5. Atendimento Permanente Pediátrico	54
4. CONTINUIDADE DO PROJETO	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

- **Anexo I.** Modelo de sistemas de Betty Neuman

APÊNDICES

- **Apêndice I.** Modelo de sistemas de Betty Neuman adaptado à problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos
- **Apêndice II.** Cronograma de estágios
- **Apêndice III.** Documento orientador de estágios
- **Apêndice IV.** Saúde escolar – Proposta de folha de registos de enfermagem
- **Apêndice V.** Entrevista semiestruturada a enfermeiros peritos: Em contexto de estágio na UCC e no SUP
- **Apêndice VI.** Sessão de educação para a saúde na comunidade: “A saúde dos mais pequenos: gestos simples também contam”
- **Apêndice VII.** Reflexão crítica individual: Cuidados especializados na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil
- **Apêndice VIII.** Reflexão crítica individual: 3.º Workshop Emoções em Saúde “Team Building: gestão das emoções em enfermagem”
- **Apêndice IX.** Sessão de formação em contexto de trabalho no SUP: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens: uma responsabilidade da equipa de enfermagem”
- **Apêndice X.** Jornais de aprendizagem: Em contexto de estágio no serviço de IP e na UCIEN
- **Apêndice XI.** Reflexão crítica individual: Reuniões multidisciplinares no primeiro e segundo nível de intervenção e o 3.º Encontro do NHACJR do HBA
- **Apêndice XII.** Questionário: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens no Atendimento Permanente Pediátrico”
- **Apêndice XIII.** Sessão de formação em contexto de trabalho no APP: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens”
- **Apêndice XIV.** Folheto informativo: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens”
- **Apêndice XV.** Instrução de trabalho: “Criança, jovem e família em situação de maus-tratos”

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio encerra o propósito de espelhar o percurso de formação individual concretizado no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, incluída no plano de estudos do 8.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que tem a finalidade de desenvolver competências de natureza científica, técnica e humana que permitam conceber, gerir, prestar e supervisionar cuidados especializados de enfermagem à criança, jovem e família.

O percurso efetuado pressupõe o desenvolvimento de competências, enquanto afirmações de comportamentos, que admitam manifestar conhecimentos, habilidades, capacidades, atitudes e julgamentos apreciados como elementares para um exercício profissional eficiente (Gonçalves, Coutinho & Lobão, 2014). Sob esta perspetiva, o trabalho que agora se apresenta procura contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, bem como para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e, ainda, do grau de mestre, particularmente, em relação à problemática elegida.

O processo de escolha de um problema revela a influência que o meio social, cultural e económico tem sobre o estudante ou investigador. Uma das principais fontes de problemas é precisamente a experiência numa determinada atividade profissional donde emerge uma riqueza de problemas, com relevância e interesse, cuja resolução deverá concorrer para uma melhoria no desempenho (Vilelas, 2017). Da conjugação entre o interesse pessoal, o percurso formativo e a prática profissional, no serviço de Atendimento Permanente Pediátrico (APP) de um hospital do setor privado da saúde, desde há dez anos, evidenciou-se a necessidade de abordar a problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos, numa ótica da prevenção deste fenómeno de violência, devido à identificação de algumas lacunas no cerne da equipa de enfermagem como a falta de conhecimentos sobre a temática, a ausência de abordagem, diagnóstico e intervenção perante situações suspeitas de maus-tratos e a verificação de tensões de carácter ético-legal que podem comprometer a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens.

Os maus-tratos a crianças e jovens compreendem um problema de grandeza mundial que ocorre, sem qualquer distinção, em todos os países e que está bastante enraizado em práticas de ordem cultural, social e económica (The United Nations Children's Fund [UNICEF], 2003). Estima-se que, no ano de 2015, até um bilhão de crianças e jovens foram vítimas de maus-tratos (World Health Organization [WHO], 2016). Em Portugal, tem-se verificado uma tendência no crescimento do número de sinalizações na rede de núcleos da Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) que revela o aumento de situações que envolvem suspeita ou perpetração efetiva de maus-tratos a crianças e jovens (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016). Os dados disponíveis no relatório de avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de 2016 divulgam que nesse ano foram acompanhados 72.177 processos, correspondentes a 71.016 crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, em situação de maus-tratos. A taxa de incidência de vítimas acompanhadas pela CPCJ foi de 3.7% (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2017). Apesar de se verificar um incremento na sensibilização e na capacitação dos profissionais de saúde para detetarem estes casos, o problema dos maus-tratos a crianças e jovens continua a ser subnotificado (DGS, 2016; WHO, 2016).

Em termos de igualdade, os maus-tratos representam uma forma inadmissível das crianças e dos jovens crescerem pelo que as sociedades responsáveis têm, pois, a obrigação de tomar todas e quaisquer medidas que perspetivem evitar os mesmos (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2011). Colocar fim aos maus-tratos não é apenas uma prioridade é, acima de tudo, um imperativo moral (OECD, 2011; WHO, 2016). Contudo, este não é um problema simples, nem de fácil resolução (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Neste âmbito, o setor da saúde possui um papel decisivo na abordagem aos maus-tratos e em concreto: no aumento da consciencialização sobre os efeitos negativos para a saúde e sobre o ónus social deste fenómeno; na recolha e comunicação de dados sobre a prevalência, os fatores de risco e as consequências para a saúde das vítimas; na colaboração com outros setores (ex.: justiça ou educação) para lidar melhor com esta problemática; no fornecimento de apoio e de serviços às vítimas; no desenvolvimento e na consequente implementação de intervenções que permitam efetivamente a sua prevenção (WHO, 2006, 2016).

Perante a mais recente evidência científica, é unânime que se podem prevenir os maus-tratos a crianças e jovens (WHO, 2016). No que diz respeito à enfermagem e à qualidade dos cuidados que têm sido prestados, é fundamental o desenvolvimento de conhecimentos nesta área, bem como a assunção dos enunciados descritivos nos padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que possibilitem, concomitantemente, a satisfação do cliente, a promoção da sua saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de saúde (OE, 2001). Entende-se, portanto, que a prevenção dos maus-tratos se enquadra no domínio das intervenções autónomas do enfermeiro e que estas se revelam determinantes para o exercício da profissão e se revestem de tomadas de decisão de alta complexidade. Com a intencionalidade de fazer frente à magnitude e ao impacto deste fenómeno de violência tão nefasto, este trabalho desenrola-se com foco na prevenção dos maus-tratos, uma temática que se considera atual e oportuna no âmbito da enfermagem pediátrica.

Com o intuito de sustentar conceptualmente este trabalho, houve necessidade de aprofundar e mobilizar conhecimentos relacionados com os conceitos que edificam a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica. Estes conceitos são, em particular, os Cuidados Centrados na Família (CCF), os Cuidados Não Traumáticos (CNT) e a parceria de cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014). Perspetivando simultaneamente uma orientação para a prática de cuidados, elegeu-se o modelo de sistemas de Betty Neuman por se considerar um referencial teórico adequado à problemática em estudo, bem como coerente com a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica, de uma forma sucinta, pela sua perspetiva holística e pela prevenção enquanto intervenção de enfermagem (Freese & Lawson, 2011).

Este relatório de estágio encontra-se alicerçado numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva sobre as experiências vivenciadas e as práticas desenvolvidas ao longo do percurso de estágio efetuado, cujo planeamento obedeceu a uma lógica de progressivo grau de complexidade e estreita articulação entre os diferentes contextos. No âmbito da prática de enfermagem, a reflexão consiste numa atividade altamente pessoal e individual (McKinnon, 2016). Neste entendimento, a prática reflexiva revela-se, pois, um processo ativo através do qual se pode compreender e analisar os fatores que contribuem para a aquisição e para a prática do conhecimento profissional (ex.: experiências pessoais, culturais ou sociais), produzindo oportunidades para identificar novos potenciais dentro da prática e desafiando as práticas comuns (Wilkinson, 1999).

Assim, a realização do percurso de estágio, que culminou com a produção do presente relatório, pretendeu refletir sobre questões e problemas que emergiram nos diferentes contextos de cuidados e repensar a problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos, sob diversas perspectivas do cuidar.

Este percurso de formação individual pressupõe a consecução de importantes resultados que perspetivam contribuir não só para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família, destacando as que vivenciam situações de maus-tratos, mas também para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE, que orientaram a elaboração de objetivos gerais que cumprissem, então, este duplo propósito, designadamente: desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade; desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos.

A organização do relatório contempla cinco capítulos que se articulam de forma lógica e que são, concretamente: (1) enquadramento conceptual, que representa o fio condutor da produção escrita, explanando o referencial teórico elegido e os conceitos centrais para a compreensão da problemática; (2) metodologia, que evidencia e define a metodologia de formação reflexiva em que se estabelece o relatório de estágio; (3) percurso formativo, que engloba não só a descrição e a análise das atividades mais significativas realizadas em cada contexto de estágio, mas também a justificação do desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE perante as mesmas; (4) continuidade do projeto, que apresenta uma proposta de intervenção para o APP que manifesta a intenção de contribuir para a tão ambicionada melhoria na qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos; (5) considerações finais, que resume as principais ideias e contributos da totalidade desta experiência extraordinária. Finalizado o trabalho, podem consultar-se as referências bibliográficas, assim como os anexos e os apêndices, que compreendem todos os documentos elaborados ao longo dos estágios e que proporcionam naturalmente um melhor entendimento sobre a totalidade do percurso formativo efetuado.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. A contemporaneidade da enfermagem pediátrica: A filosofia de cuidados e o modelo de sistemas de Betty Neuman

A enfermagem consiste numa profissão dinâmica que evoluiu para uma prática teórica, de pesquisa e baseada na evidência. A partir de pensamentos escassamente organizados, desenvolveu-se uma profissão alicerçada num quadro de competências, autonomia, determinação e cuidados humanizados, em que desafios e oportunidades têm paralelizado o caminho da história mundial e provocaram mudanças relevantes na profissão. Do homem que abriu caminho, às mulheres que concederam dignidade e respeito à sua filosofia de carinho, aos pioneiros que trouxeram unidade à profissão atormentada por narrativas de racismo, sexismo e desgraça, a enfermagem tornou-se evidentemente elementar para a saúde da humanidade, sendo atualmente distinguida e qualificada pelo intelecto, habilidade, compromisso e contributo de personalidades, que para tal concorreram, ao longo da sua história (Jacob, 2014).

Florence Nightingale, estimada fundadora da designada enfermagem moderna, deferiu importantíssimos contributos à atual conceção dos cuidados de enfermagem decorrente de anos de análise e reflexão sobre estes, exibindo uma obra intemporal (Minami, 2009). Marcou a passagem da enfermagem enquanto atividade empírica e meramente vocacional para a disposição da profissão através da indagação de um corpo de conhecimentos declarado próprio, da organização do ensino e da educação da profissão, evidenciando e conferindo-lhe o estatuto de arte e de ciência do cuidar (Cruz, Moreira, Lessa & Silva, 2005).

“*Cuidar...* esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas” (Collière, 2003, p.1). É, segundo Collière (1999), o conceito fundamental e o objeto da enfermagem, que se concretiza numa multiplicidade de intervenções que pretendem manter e sustentar a vida, é simultaneamente um ato individual e de reciprocidade que se concede a outra pessoa, provisória ou definitivamente. A trajetória histórica da enfermagem é, deste modo, reveladora do investimento que assentiu a sua definição enquanto disciplina e profissão, através da evolução das correntes de pensamentos e respetiva construção de paradigmas que direcionam a prática (Lopes, 2001).

Entende-se por paradigma de enfermagem o esquema abstrato que aborda os fenómenos de interesse para a disciplina e que estabelece o ponto de partida para a indução ou dedução de conhecimentos nesta área (Duff, 2011; Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). Decorrente da investigação da evolução das escolas de pensamento de enfermagem foram identificados três paradigmas, concretamente: o paradigma da categorização que se encontra, pois, orientado para a saúde pública e para a doença, perspetivando os fenómenos de forma isolada, não incluídos no seu contexto e com características definíveis e mensuráveis; o paradigma da integração que, conferindo continuidade ao paradigma anterior, aprecia a multidimensionalidade dos fenómenos bem como a integração dos acontecimentos em que estes se situam e veio influenciar a orientação da enfermagem para a pessoa e para a manutenção da sua saúde em todas as dimensões, onde a prestação de cuidados adquire o significado de *agir com* a mesma, dando resposta às suas necessidades; o paradigma da transformação que perspetiva cada fenómeno na sua unicidade e em interação recíproca com o mundo e percebe a pessoa como um ser global e único, em que as transformações oscilam entre estádios de organização e de desorganização, que estão orientados para níveis de organização superior (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 2002; Lopes, 2001).

A representação de um paradigma concretiza-se em modelos conceituais que permitem logicamente definir e nomear os fenómenos centrais da enfermagem (Duff, 2011). Atualmente a tónica da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica ancora em pilares considerados inegáveis, em particular, nos CCF e nos CNT que permitem a prestação de cuidados diferenciados à criança, jovem e sua família (Hockenberry & Barrera, 2014).

A filosofia dos CCF baseia-se no entendimento de que a família é a principal fonte de força e suporte da criança e do jovem, reconhecendo a extrema importância da valorização das suas perspetivas e informações para tomadas de decisão de alta qualidade (American Academy of Pediatrics, 2012). Estes operacionalizam-se, assim, no tratamento individualizado, no respeito pelos direitos humanos, na construção da compreensão e confiança mútua, numa verdadeira relação terapêutica e também na humanização do ambiente em que decorrem os cuidados (McCormack & McCance, 2006). Os CCF edificam uma abordagem de parceria para a tomada de decisão entre o enfermeiro e a criança, jovem e família, sendo considerados o padrão dos cuidados de enfermagem pediátrica (Kuo et al., 2012). Os elementos centrais desta filosofia de

cuidados são, então, a dignidade e o respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Johnson & Abraham, 2012).

Por sua vez e de forma complementar, os CNT compreendem a prestação de cuidados terapêuticos através de intervenções que visam eliminar ou minimizar tanto o desconforto físico como o desconforto psicológico vivenciados pela criança, jovem e família. Estes objetivam precaver ou diminuir a sua separação, favorecer a percepção de controlo e acautelar ou atenuar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Barrera, 2014). Na atualidade, a enfermagem pediátrica é reconhecida e soberanamente sensível ao envolvimento da família na prestação de cuidados e, de forma congruente com a filosofia dos CCF e dos CNT, à parceria de cuidados que viabiliza o cuidado humanizado e promove a otimização da saúde, perspetivando a adequação da gestão dos cuidados prestados e da parentalidade (Mendes & Martins, 2012).

A parceria de cuidados constitui-se como um processo dinâmico e negociado, entre aquele que é alvo dos cuidados e o enfermeiro que os presta, e que beneficia simultaneamente dos saberes, querer e sentires de ambos os intervenientes. É um processo social, global, multidimensional e multicultural que permite que aquele a quem são dirigidos os cuidados seja protagonista da sua própria existência (Gomes, 2007). Inserida na filosofia dos cuidados pediátricos, a parceria baseia-se no respeito e no reconhecimento da experiência da família no seu cuidado à criança ou jovem e assume-se como elementar e imprescindível para a prática de enfermagem, visto que o enfermeiro deve prestar apoio e orientação nos cuidados e manifestar uma atitude flexível e personalizada ao encontro das necessidades e desejos da criança, jovem e família (Casey, 1995). A parceria caracteriza-se, assim, pela partilha de conhecimento e poder, pela definição e concordância mútua face aos objetivos dos cuidados, pela participação ativa, responsabilização e capacitação do recetor dos cuidados (Gottlieb, 2013).

No enalço pela verdadeira compreensão sobre a variedade de fenómenos que revestem a prática de cuidados em pediatria, aflora-se a necessidade do enfermeiro ser capaz de lhes conferir significado, tendo por base uma teoria de enfermagem que se equipare à sua visão sobre o mundo e que subsidie a compreensão sobre os vários conceitos que concedem significado aos fenómenos, permitindo direcionar a sua ação na prática (Souza Martins & Silvino, 2010). Objetivou alicerçar-se a concretização do presente relatório no modelo de sistemas de Betty Neuman com o intuito de incorporar os seus principais conceitos, a fim de nortear a prática, firmando a escolha não só na

sua visão holística mas também na potencialidade evidenciada para a aplicabilidade dos pressupostos da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica.

O modelo de Betty Neuman (Anexo I) engloba o holismo, a orientação para o bem-estar, a percepção e motivação do cliente, uma perspectiva sistêmica de energia e a interação variável com o meio ambiente, com o propósito de mitigar presumíveis danos causados por *stressores*, enquanto o cliente e o enfermeiro criam uma relação de parceria onde podem negociar os resultados desejados para uma melhor retenção, restauração e manutenção da saúde do cliente. Este modelo centra-se no stress e na reação aos *stressores* dentro do ambiente total do cliente, que é definido enquanto um sistema (Neuman, 2011). Os *stressores* são, neste caso, estímulos que produzem tensão e que têm potencial para provocar instabilidade no sistema, distinguindo-se três tipos: os *stressores* intrapessoais são forças ambientais internas que ocorrem, pois, dentro dos limites do sistema (ex.: respostas condicionadas ou autoimunes); os *stressores* interpessoais são forças externas de interação ambiental que ocorrem fora dos limites do sistema (ex.: entre um ou mais indivíduos, decorrente de expectativas de papéis ou padrões de comunicação); os *stressores* extrapessoais são forças externas de interação ambiental que surgem fora dos limites do sistema (ex.: políticas sociais) (Freese & Lawson, 2011; Neuman, 2011).

O modelo de sistemas apresenta a sua concetualização do metaparadigma de enfermagem. O metaparadigma de enfermagem compreende o nível mais abstrato do conhecimento e inclui os conceitos gerais que identificam os fenómenos de interesse para a disciplina e as proposições que descrevem os conceitos e estabelecem relação entre si. Este diminui a distância entre a teoria e a prática e constitui-se pelos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). Betty Neuman define estes mesmos conceitos e acrescenta sub-conceitos que ajudam a operacionalizar o seu pensamento e a compreender o modelo.

O conceito de pessoa, enquanto cliente ou sistema, pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social, é um sistema aberto, composto por uma estrutura nuclear que integra cinco variáveis de ordem fisiológica (estrutura corporal e funções internas), psicológica (processos mentais em interação com o ambiente), sociocultural (efeito de condições e influências socioculturais), de desenvolvimento (processos e atividades de desenvolvimento relacionados com a idade) e espiritual (crenças e influências espirituais) em permanente mudança e interação com o meio ambiente (Neuman, 2011). A estrutura básica rodeia-se por círculos concêntricos que

funcionam como mecanismos de proteção e preservação da integridade do sistema. Cada linha de defesa e de resistência contém elementos protetores semelhantes, relacionados às cinco variáveis, que se distinguem pelas suas funções de proteção específicas. A linha de defesa flexível, forma o limite externo do sistema, é o círculo descontínuo que rodeia a linha de defesa normal e que funciona como um sistema de proteção que amortece, ou evita, o confronto ou invasão do sistema pelos *stressores*, mantendo-o livre de possíveis reações ou sintomatologia. A linha de defesa normal, representada por uma linha sólida que circunda as linhas descontínuas de resistência interna, representa o que o cliente se tornou, o estado para o qual evoluiu ao longo do tempo ou o seu nível de bem-estar habitual, que funciona como padrão para apreciar desvios face ao mesmo, evidenciando o resultado de comportamentos anteriores e definindo a estabilidade e a integridade do sistema, bem como a sua habilidade para mantê-los, que inclui fatores influenciadores como variáveis de ordem comportamental e de desenvolvimento, mecanismos de *coping* ou, ainda, estilos de vida. As linhas de resistência, ou círculos descontínuos que protegem a estrutura básica, são linhas de resistência que são ativadas após a invasão da linha de defesa normal por *stressores* ambientais, que englobam fatores de recursos internos ou externos e conhecidos ou desconhecidos que sustentam a estrutura básica e a linha de defesa normal, protegendo a plenitude do sistema (Neuman, 2011).

O conceito de ambiente é amplamente definido como os fatores internos ou externos ou quaisquer outras influências identificadas em redor do sistema cliente. Encontram-se identificados três ambientes, em concreto: ambiente interpessoal, que compreende forças ou influências internas, contidas dentro dos limites do sistema, que se correlacionam com os *stressores* intrapessoais; ambiente extrapessoal, que abrange as forças ou as influências externas, existentes fora dos limites do cliente, correlacionados com os *stressores* inter e extrapessoais; ambiental criado (intra, inter e extrapessoal), é um sistema dito aberto que troca energia com o ambiente interno e externo, desenvolvido de forma inconsciente pelo cliente, é a expressão simbólica da totalidade do sistema que atua como reservatório seguro, imediato ou a longo prazo, para a existência ou manutenção da integridade do sistema (Neuman, 2011).

O conceito de saúde equipara-se à estabilidade ideal do sistema ou ao melhor estado de bem-estar possível num certo momento, é entendido como um *continuum* dinâmico de fluxo de energia, entre sistema e meio ambiente, marcado pela oscilação

entre estados de saúde (negentropia) e de doença (entropia) (Freese & Lawson, 2011; Neuman, 2011).

O conceito de enfermagem revela que a sua principal preocupação se firma na manutenção da estabilidade do sistema, através da avaliação dos efeitos ou possíveis efeitos dos *stressores* ambientais e na assistência aos ajustes fundamentais para um nível ótimo de bem-estar do cliente, compreendido como o melhor estado de saúde possível, alcançável num momento. Neste sentido, as intervenções de enfermagem concretizam o propósito de manter ou alcançar o bem-estar e a segurança do cliente, especificamente, em três níveis de prevenção, que possibilitam o estabelecimento de vínculos entre cliente, ambiente, saúde e enfermagem (Neuman, 2011).

A prevenção primária é utilizada para proteger a linha de defesa normal e reter o estado de bem-estar do cliente, através do fortalecimento da linha de defesa flexível e tem o objetivo de prevenir o impacto dos *stressores* e, ainda, reduzir fatores de risco conhecidos. A prevenção secundária é empregue para proteger a estrutura básica do cliente, através do fortalecimento das linhas internas de resistência, com o objetivo de detetar precocemente e reduzir o impacto da exposição aos *stressores* e, ainda, tratar de modo adequado os sintomas de forma a obter uma ótima estabilidade do sistema ou o bem-estar e conservação da energia. Por fim, a prevenção terciária é usada para proteger a reconstituição do sistema, ou retornar ao seu estado de bem-estar, após o tratamento efetuado devido à exposição aos *stressores* e tem como principal objetivo manter um nível ótimo de bem-estar, apoiando as forças já existentes e conservando a energia do sistema (Freese & Lawson, 2011; Neuman, 2011).

O modelo de Neuman enquadra-se no paradigma da integração que depreende que os fenómenos são contextuais e multidimensionais (Kérouac et al., 2002). Admite-se no conceito *ambiente criado* uma referência que evoluiu e que foi precursora do paradigma da transformação (Lopes, 2001).

A teoria orienta a prática, a educação e a pesquisa (Alligood, 2014). Assim, a integração e mobilização dos conceitos teóricos apresentados irá suportar a totalidade da análise e reflexão sobre a problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família, entendidos então como um sistema, em situação de maus-tratos. Considera-se que este referencial teórico elegido se adequa ao fenómeno em estudo pela sua perspetiva holística, pela prevenção enquanto intervenção de enfermagem e, também, pelo reconhecimento da criança enquanto sistema em desenvolvimento, que acontece pela interação com outros sistemas de que depende.

1.2. A criança, jovem e família em situação de maus-tratos: As intervenções preventivas de enfermagem perante o fenómeno

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal a 21 de setembro de 1990, define *criança* como todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos, salvo se a lei nacional conceder a maioridade antes (UNICEF, 1989). A consagração da criança enquanto indivíduo completo, ainda que em desenvolvimento, e titular autónomo de direitos, encontra-se alicerçada na sua indiscutível e inviolável dignidade enquanto pessoa (Leandro, 2015). Particularizando, o artigo 19.º da CDC revela a obrigatoriedade de se protegerem todas as crianças e jovens contra qualquer forma de maus-tratos e, simultaneamente, de se instituírem programas de prevenção e tratamento das vítimas (UNICEF, 1989).

Os maus-tratos a crianças e jovens consistem num tipo específico de violência e, em concreto, em qualquer ação ou omissão não accidental executada pelos pais, responsáveis legais ou outrem. Os maus-tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática e insidiosa, com efeitos negativos para o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo, crescimento, dignidade, autonomia, segurança, saúde e bem-estar das vítimas (Prazeres, 2014). Estes representam um grave problema de saúde pública que ocorre indistintamente em todas as sociedades e países, sendo o resultado de fatores culturais, sociais, económicos e biológicos. Os maus-tratos edificam uma das principais causas de disparidade no setor da saúde que exacerba a desigualdade e perpetua a injustiça social, decorrente das suas profundas e nefastas consequências (Sethi et al., 2013).

Encontram-se descritas diferentes formas de maus-tratos a crianças e jovens, conforme o padrão é o castigo ou a negligência e conforme a área predominante sobre a qual incidem é física, psicológica ou sexual. A tipologia dos maus-tratos abrange a negligência, maus-tratos psicológicos, maus-tratos físicos, abuso sexual e transtorno factício imposto a outro ou Síndrome de Münchausen por procuração (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014). Determinados sinais e sintomas não são patognomónicos de maus-tratos pelo que devem ser considerados indicadores, sendo fulcral pensar na sua ocorrência como diagnóstico diferencial (Prazeres, 2008; Terra, Figueiredo, Terra, Andreoli & Eijnisman, 2013). Os contextos de vitimização e perpetração podem ocorrer ao nível intrafamiliar ou doméstico, espaço privilegiado para a sua ocorrência, bem

como ao nível extrafamiliar, donde se destacam pessoas ou entidades que os podem executar. As dinâmicas intrínsecas aos maus-tratos a crianças e jovens apresentam uma evolução progressiva quer ao nível da gravidade, quer da frequência (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011).

A negligência depreende a não satisfação das necessidades básicas de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação, indispensáveis ao adequado crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem. Comummente é continuada no tempo e pode manifestar-se de uma forma ativa, quando os pais ou os responsáveis legais, de modo intencional, não prestam os respetivos cuidados diários, ou de forma passiva, caso resulte da manifesta incapacidade ou incompetência dos mesmos para satisfazer tais necessidades (Prazeres, 2014). A expressão máxima da negligência é o abandono (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Os maus-tratos psicológicos residem na privação dum ambiente de bem-estar e tranquilidade afetiva, imprescindível ao crescimento e desenvolvimento (Prazeres, 2014). Os adultos envolvidos revelam-se incapazes de estabelecer relações afetivas, equilibradas e seguras, que sejam consideradas adequadas à idade da criança ou do jovem, o que os leva a ignorá-los em termos afetivos, a rejeitar, desvalorizar, humilhar, insultar, ameaçar e rebaixar os mesmos de uma forma continuada (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Os maus-tratos físicos consistem em qualquer ação não accidental, isolada ou repetida, infligida pelos pais ou pelos responsáveis legais, que provoque ou possa vir a provocar danos físicos e compreendem um conjunto diversificado de situações traumáticas (Prazeres, 2014). Normalmente, são concretizados por pais que revelam princípios rígidos em relação à educação dos filhos, que oscilam entre expectativas demasiado elevadas ou utópicas e desilusões ou censuras inadequadas (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

O abuso sexual implica o envolvimento da criança ou do jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual dum adulto ou pessoa mais velha que a vítima e baseia-se numa relação de poder ou autoridade, com ou sem violência física incluída (Prazeres, 2014). A criança ou jovem é submetida a práticas sexuais das quais não é capaz de escapar ou defender-se e cujo significado não consegue compreender ou nomear, dependendo da sua idade e estágio de desenvolvimento, (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

O transtorno factício imposto a outro baseia-se na atribuição dolosa de sinais e sintomas à criança ou jovem, levada a cabo pelos pais ou pelos responsáveis legais, com o propósito de convencer a equipa multidisciplinar da existência de uma doença, passível de culminar na realização de exames invasivos e hospitalizações sucessivas (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014). Esta é uma forma rara de maus-tratos, difícil de diagnosticar porque os sinais ou sintomas são inaparentes ou foram provocados de forma fraudulenta (Prazeres, 2014).

No âmbito dos maus-tratos, importa distinguir situações de risco e situações de perigo. Uma situação de risco abrange um perigo potencial para a concretização dos direitos da criança ou jovem no que respeita à sua saúde, desenvolvimento, formação, segurança e educação. A evolução negativa de uma situação de risco predetermina a ocorrência de maus-tratos e influencia o desenvolvimento para uma situação de perigo (Menezes & Prazeres, 2011). As situações de perigo estão contempladas na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) e são, concretamente: a criança ou jovem estar abandonada ou viver entregue a si própria; sofrer maus-tratos físicos, psicológicos ou ser vítima de abuso sexual; não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade ou situação pessoal; permanecer ao cuidado de terceiros com quem se observa uma forte relação de vinculação e simultaneamente o não exercício parental; ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos e impróprios para a sua idade, dignidade e situação pessoal ou adversas à sua formação e desenvolvimento; estar sujeita, direta ou indiretamente, a comportamentos que afetem a sua segurança ou equilíbrio emocional; adotar certos comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que influenciem a sua saúde, desenvolvimento, segurança, educação ou formação sem que os pais, responsáveis legais ou quem seja detentor da guarda, se lhe oponha de modo adequado (Lei n.º 142/2015).

Este fenómeno determina-se por diferentes forças que atuam sobre o sistema e que, por sua vez, representam fatores de risco que aumentam a probabilidade de exposição à violência e incitam alterações impeditivas ao desenvolvimento (Menezes & Prazeres, 2011). De acordo com o modelo ecológico, os fatores de risco encontram-se conceptualizados em quatro níveis, designadamente: individual, que abrange os fatores que são de ordem biológica ou da história pessoal da criança, jovem e família (ex.: idade, sexo, educação, incapacidade, problema de saúde ou comportamento, ter sido vítima de maus-tratos); relacional, que inclui variáveis que aumentam o risco e o perigo de maus-tratos no âmbito das relações mais próximas (ex.: relações e práticas

parentais deficitárias, discordância matrimonial, conflito parental violento, casamento precoce ou forçado, baixo nível socioeconómico familiar); comunitário, que inclui os contextos onde se processam os relacionamentos sociais (ex.: contexto comunitário pobre ou violento, elevado nível de criminalidade ou de desemprego, falta de recursos para a proteção de crianças e jovens, políticas institucionais fracas); social, que molda as características da sociedade e que admite suportar ou ignorar os maus-tratos (ex.: fracas redes económicas de segurança, normas culturais ou legais de aceitação da violência, desigualdade de género ou desigualdade económica, políticas que ampliam a desigualdade) (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Prazeres, 2008; WHO, 2016). O modelo ecológico compreende a influência progressiva, recíproca e dinâmica entre estes diferentes níveis (Bronfenbrenner, 2002).

Felizmente, existem condições que amenizam não só o impacto dos fatores de risco mas também os efeitos negativos da exposição ao fenómeno dos maus-tratos e que se designam por fatores de proteção (Menezes & Prazeres, 2011). Os fatores de proteção podem ser individuais (ex.: competências de comunicação, autorregulação emocional, assertividade, *locus* de controlo interno, elevada autoestima, satisfação ou perceção de autoeficácia), familiares (ex.: organização, estrutura e harmonia familiar, vinculação precoce, negociação, comunicação e cooperação, boa relação conjugal, supervisão parental sólida, disciplina firme e assertiva) ou ambientais (ex.: presença de familiares ou adultos externos na rede de suporte, ambiente comunitário promotor de segurança e de saúde, ambiente escolar positivo, relações positivas com os pares) (APAV, 2011). Releva-se, igualmente, a existência de fatores de agravamento, como qualquer circunstância nova passível de alterar a dinâmica existente entre os fatores de risco e os fatores de proteção, que podem precipitar a ocorrência de maus-tratos (ex.: doença súbita, reconstituição ou rutura familiar, desemprego, institucionalização) (Menezes & Prazeres, 2011).

A intervenção sobre os maus-tratos é fundamental e objetiva proteger crianças, jovens e famílias, identificar e fortalecer fatores de proteção, intervir no risco evitando a evolução para perigo e impossibilitar a sua recorrência (Menezes & Prazeres, 2011). Os princípios orientadores da intervenção, para a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens em perigo, são o seu superior interesse, privacidade, intervenção precoce e mínima, responsabilidade parental, prevalecimento da família, prioridade da continuidade das relações psicológicas profundas, proporcionalidade e atualidade, obrigatoriedade de informação, audição obrigatória, participação e a subsidiariedade

(Guerra, 2018). Esta intervenção encontra-se organizada e estruturada segundo uma pirâmide que é composta por três níveis distintos, que apresentam um grau crescente de formalidade, e concretiza-se subsidiariamente pelas Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), CPCJ e Tribunais (Leandro, 2015; Lei n.º 147/99). A LPCJP atribui um papel basilar à intervenção das ECMIJ (ex.: serviços de saúde, municípios, freguesias, escolas, instituições particulares de solidariedade social, organizações não-governamentais), de acordo com as suas competências e com os seus recursos próprios, perante situações identificadas de risco ou perigo e em articulação com outras entidades, do setor público e do privado caso necessário (Lei n.º 147/99).

As crianças, jovens e famílias prosperam quando têm acesso a ambientes e a relacionamentos seguros, estáveis e estimulantes. Políticas e programas que apoiam o cliente podem evitar não só a ocorrência de maus-tratos mesmo antes do seu início, mas também a sua recorrência (Fortson, Klevens, Merrick, Gilbert & Alexander, 2016). Urge intervir com o propósito de prevenir o fenómeno e de apoiar as vítimas, através de um conjunto significativo de estratégias e abordagens representativas do modelo ecológico, com esforços determinados a impactar concretamente os níveis individual, relacional, comunitário e social (Fortson et al., 2016; OMS, 2015; Prazeres, 2014; Sethi et al., 2013; WHO, 2016).

Têm sido delineados e implementados diversos planos de ação que compilam estratégias de prevenção do fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens, através de programas, práticas e políticas, ao nível nacional e internacional. Sethi et al. (2013) evidenciam a importância de melhorar a qualidade dos cuidados pediátricos uma vez que os contextos de saúde, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e dos serviços de pediatria, encerram oportunidades únicas não só para identificar crianças, jovens e famílias em risco mas também para proporcionar apoio, aconselhamento e encaminhamento apropriados. Segundo a OMS (2015), as estratégias de prevenção englobam, justamente, programas de visita domiciliária e de educação parental e programas de capacitação de crianças e jovens para prevenir os abusos sexuais. De acordo com Fortson et al. (2016), as estratégias preventivas dos maus-tratos incluem fortalecer os apoios económicos facultados às famílias, modificar normas sociais para apoiar os pais e a parentalidade, providenciar cuidados de saúde e de educação de elevada qualidade em início de vida, melhorar as habilidades parentais promotoras do desenvolvimento saudável da criança, intervir para minorar eventuais danos e prevenir

riscos. Existe um conjunto vasto de estratégias passíveis de ser operacionalizado em diversos setores sociais, com o propósito de fazer frente ao fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens, mas recai sobre o setor da saúde uma enorme responsabilidade no que toca à sua prevenção (WHO, 2016).

No âmbito da intervenção da saúde, o enfermeiro detém um papel de destaque na prevenção dos maus-tratos pela sua especial proximidade ao sistema, bem como pela capacidade de abordar, diagnosticar e intervir quer em contexto comunitário, quer em contexto hospitalar. Para além das estratégias supramencionadas, onde se pode reconhecer um conjunto de intervenções de enfermagem, Menezes e Prazeres (2011) acrescentam que estas, ainda, englobam recolher e registar informações relacionadas com sinais e/ou sintomas que possam ser detetados, valorizar a atitude do sistema durante o processo de diagnóstico, contactar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) ou o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) e articular a intervenção com outras ECMIJ ou com a CPJC.

O fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens, não sendo recente nos seus contornos e práticas, recebe hoje particular visibilidade e intolerância social devido à perceção da maior vulnerabilidade e exposição a fatores riscos no período da infância. Estes fatores de risco podem funcionar como indicadores inespecíficos de maus-tratos e surgem frequentemente em associação (Magalhães, 2010). Compreende-se, assim, a posição privilegiada do enfermeiro para identificar não só estes fatores de risco mas também os fatores de proteção e os de agravamento e para desenvolver intervenções, segundo o modelo de sistemas de Betty Neuman, ao nível de prevenção primária (ex.: planeamento familiar e curso de preparação para o parto e parentalidade), secundária (ex.: programas de deteção precoce de situações de risco ou de perigo) e terciária (ex.: programas de visita domiciliária) (Fortson et.al, 2016; Freese & Lawson, 2011; Magalhães, 2010; Menezes & Prazeres, 2011) (Apêndice I).

Espera-se que o conjunto de conceitos definidos sobre o fenómeno dos maus-tratos possibilite, simultaneamente, compreender o mesmo em profundidade e nortear a totalidade deste relatório de estágio que espelha o percurso de formação individual concretizado, alicerçado na prática baseada na evidência e nos referenciais teóricos que definem a disciplina da enfermagem.

2. METODOLOGIA

O percurso formativo concretizado, que se encontra explanado neste relatório, foi precedido pelo respetivo projeto de estágio. Um projeto consiste numa produção escrita composta pela descrição de um conjunto de atividades, coerentemente inter-relacionadas e coordenadas, dentro dos objetivos definidos e de limites de tempo e de orçamento (Estrela, Soares & Leitão, 2013). Esta metodologia é sustentada pelo conhecimento teórico que é, posteriormente, aplicado em contextos práticos com o intuito de intervir na resolução eficaz de um problema. É uma metodologia, sobretudo, reflexiva que carece de intencionalidade, pressupõe iniciativa, promove a autonomia e revela autenticidade (Freitas, 2010).

A operacionalização do projeto de estágio ocorreu em diferentes contextos da prática clínica e teve como propósito fundamental o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE através da implementação de um conjunto de atividades, estratégias e intervenções que permitissem essencialmente a prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família orientados para a maximização da saúde, em situações de especial complexidade e perante as diferentes necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento. A sua execução deteve-se sobretudo na compreensão de distintas práticas de cuidados especializados prestados ao sistema, sob diferentes perspetivas do cuidar, com enfoque nas intervenções preventivas dos maus-tratos, à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman.

Com a intenção de se alcançar a tão ambicionada melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos e o desenvolvimento de competências de EE, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade:

1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP em diversos contextos clínicos;

1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento.

2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos:

2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção;

2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar;

2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos;

2d. Reconhecer intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos no serviço de urgência pediátrica (SUP).

A aprendizagem experiencial ou reflexão sobre e na ação reflete “(...) a atitude de que a compreensão da realidade, que constitui o centro da aprendizagem, é um produto do sujeito como observador e de que a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, reflectida.” (Alarcão, 2001, p.55). Segundo Kolb (1984), citado por Alarcão (2001), a aprendizagem experiencial constitui um processo transformador da experiência, através do qual se dá a construção de um saber, onde a experiência pressupõe uma atividade intelectual intensa e a aprendizagem consiste no processo que permite a captação da experiência e a sua transformação.

No âmbito da enfermagem, a prática reflexiva é uma habilidade fundamental no contexto clínico e uma condição indispensável para o desenvolvimento, profissional e intelectual, de enfermeiros autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016). Demonstra a tomada de decisão por parte de um profissional funcional pelo que aprender a tomar decisões, baseadas em conhecimento e experiência, promove a prática baseada na evidência e a identificação de conhecimentos próprios e de défices de habilidades que constituem excelentes oportunidades de desenvolvimento (Jasper, Rosser & Mooney, 2013). A prática reflexiva envolve a relação entre o pensamento e a ação por meio da qual o sujeito se torna mais hábil e moderador da sua aprendizagem (Schön, 1983). A reflexão sobre as observações e as vivências, em contexto de estágio, consiste num processo que permite a construção ativa do conhecimento na ação, na medida em que o estudante aprende a fazer, fazendo (Alarcão & Rua, 2005). Esta permite superar a lacuna entre a teoria e a prática (Peixoto & Peixoto, 2016).

A tónica desta produção escrita apoia-se quer na evidência científica, quer nos quadros de referência orientadores do exercício profissional dos enfermeiros e centra-se na descrição, análise e reflexão sobre as práticas de cuidados e principais eventos que ocorreram durante o percurso de estágio. A narrativa sobre os acontecimentos e a respetiva reflexão deverá, então, permitir a compreensão do percurso formativo que perspectivou alcançar os objetivos previamente mencionados.

3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A prática de enfermagem é, extremamente, complexa. Dá-se em cenários reais, com as devidas dificuldades, possibilidades e recursos, havendo uma singularidade em cada situação e inúmeras questões para futura reflexão. Consiste, em si mesma, num modo para a aquisição de conhecimento que cresce através da aprendizagem experiencial e logicamente da sua transferência para os contextos da prática, onde o enfermeiro desenvolve o seu conhecimento clínico e a sua estrutura moral e de responsabilidade com aquele que é alvo dos seus cuidados (Benner, 2001).

Perspetivar o desenvolvimento de competências comuns de EE pressupõe um conjunto de competências clínicas especializadas que resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e que são, em particular: a responsabilidade profissional, ética e legal; a prestação e a gestão dos cuidados; o desenvolvimento profissional, face a um determinado campo de intervenção, em todos os contextos de prestação de cuidados (Regulamento n.º 122/2011; OE, 2015a). O desenvolvimento de competências específicas de EEESIP implica a utilização de um modelo concetual centrado na criança, jovem e família e o trabalho em parceria que permita, então, promover o maior estado de saúde possível, a prestação de cuidados à criança e jovem saudável ou doente, a educação para a saúde e a identificação e mobilização de recursos de suporte à família (Regulamento n.º 422/2018).

Com o intuito de atingir os objetivos delineados para este percurso de formação individual, tornou-se imprescindível operacionalizar o projeto de estágio em contextos de estágio instigadores de aprendizagens significativas (Apêndice II) que assentiram, na sua essência, contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família. Para cada um dos contextos de estágio elaborou-se um documento que possibilitou organizar o percurso a concretizar, que foi apresentado, analisado e ajustado com os EEESIP orientadores (Apêndice III) e engloba um breve enquadramento teórico, os objetivos específicos definidos e as atividades planeadas para cada contexto.

O presente capítulo faz, portanto, referência ao percurso de estágio realizado e expõe, por ordem cronológica, as atividades e as aprendizagens consideradas mais significativas e que concorreram para o desenvolvimento de competências de EE.

3.1. Unidade de Cuidados na Comunidade

Os CSP são percecionados como: cuidados elementares de saúde, colocados ao alcance universal dos cidadãos da comunidade, mediante a sua participação; parte integrante do desenvolvimento social e económico da comunidade, sustentados por diversos métodos e tecnologias; o primeiro nível de contacto, tanto dos cidadãos como da comunidade, com o Sistema Nacional de Saúde; a chave para se alcançar níveis de saúde compatíveis com uma vida produtiva. Retrata a condição económica e as particularidades sociais, culturais e políticas do país e da comunidade, abrangem os principais problemas de saúde proporcionando proteção, tratamento e reabilitação, abrangem a prevenção e o controlo da doença, a educação para a saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis e pedem sistemas funcionais e integrados que priorizem os mais carenciados (UNICEF, 1979).

Para o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que inaugurou este percurso de formação individual, definiram-se os seguintes objetivos específicos: 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCC; 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento; 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar; 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos (Apêndice III).

A UCC apresenta autonomia organizativa e técnica, atua em articulação com outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em que se insere e integra uma equipa multiprofissional formada por enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social, higienista oral e assistentes técnicos que prestam cuidados na sua comunidade. O Decreto-Lei n.º 28/2008 elucida que a UCC presta cuidados de saúde e apoio, social e psicológico, ao nível domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias ou grupos vulneráveis, em situação de doença que careçam de acompanhamento mais próximo ou em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atua na educação para a saúde, na integração de famílias em redes de apoio e, ainda, na implementação de unidades móveis de intervenção.

O primeiro contacto com o contexto de CSP e, especificamente, com o trabalho desenvolvido pela equipa da UCC, foi através da participação no 7.º encontro anual – *Grupos Vulneráveis: Cuidar em rede* – sobre a problemática da acessibilidade e da equidade da população aos cuidados de saúde. Este evento foi organizado com os objetivos de incentivar boas práticas na articulação e na continuidade da prestação de cuidados, salientar a necessidade de prestar cuidados de proximidade na promoção de saúde e prevenção da doença e apresentar determinadas respostas ao nível da intervenção para a satisfação das necessidades de grupos vulneráveis. A participação neste encontro permitiu compreender o escopo da ação da equipa da UCC e a forma como tem dado resposta às necessidades da comunidade através dos projetos em desenvolvimento. Sobre a intervenção junto da população infantil e juvenil, foi possível compreender a mais-valia da saúde escolar, tendo-se evidenciado que o processo de promoção e educação para a saúde se encontra em permanente desenvolvimento, contribui para a aquisição e para desenvolvimento de competências nas crianças e jovens, fomenta a construção do seu projeto de vida e estimula a tomada de decisão individual, consciente e responsável.

A saúde da criança, jovem e família é influenciada pela comunidade em que se inserem, podendo a mesma ser percebida como um sistema que engloba o ambiente físico, serviços de saúde e sociais, instituições educacionais e recreativas, recursos económicos, de transporte e comunicação, organizações governamentais e políticas ou agentes de segurança. Comunidades saudáveis oferecem condições favoráveis para o crescimento e desenvolvimento da população infantil e juvenil, dando resposta às suas necessidades e preocupações através da parceria que se estabelece entre a população, os prestadores de cuidados de saúde e as demais organizações de nível comunitário (Brosnan & Upchurch, 2014).

De acordo com a auscultação do EEESIP orientador e a consulta de protocolos de serviço e normas institucionais, encontram-se identificados diversos *stressores* na comunidade como contextos familiares disfuncionais, zonas muito degradadas e de construção clandestina, agravamento da situação socioeconómica da população mais vulnerável, criminalidade e insegurança, baixo nível de escolaridade, elevada taxa de abandono, absentismo e insucesso escolar, dependência e comportamentos aditivos, gravidez na adolescência ou sobrelotação habitacional. Constatou-se que os projetos que integram o plano de ação da UCC permitem a prestação de cuidados adequados que se encontram alinhados com o diagnóstico de necessidades sociais e de saúde

da comunidade. A UCC tem a missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população-alvo da sua área geográfica de intervenção perspetivando a obtenção de ganhos em saúde, a visão de ser um referencial de boas práticas e é constituída por uma equipa motivada, responsável e coesa. Rege-se por valores de respeito pela individualidade do sistema e de promoção da autonomia, tendo por base a excelência, flexibilidade, eficiência, profissionalismo, disponibilidade, inovação e equidade.

Em termos da metodologia de intervenção a equipa encontra-se dividida pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados que presta, então, cuidados domiciliários a clientes dependentes e promove a articulação, acompanhamento e formação das famílias ou cuidadores e pela Equipa de Intervenção Comunitária (EIC) que intervém junto de crianças, jovens e famílias de risco ou de grupos vulneráveis identificados na comunidade. Dos projetos assegurados pela EIC, em que foi possível participar com o EEESIP, destacam-se a saúde escolar, a intervenção comunitária com recurso a unidade móvel e o NACJR. A possibilidade de colaborar na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil da Unidade de Saúde Familiar (USF) também se revelou um momento de particular interesse para o percurso formativo.

Os enfermeiros envolvidos no projeto de saúde escolar estão distribuídos pelas escolas do concelho, concretizam sessões de educação para a saúde sobre temáticas atuais, concordantes com o Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (PNSE | 2015) e prestam atendimento aos estudantes nas escolas básicas e secundárias. As áreas nobres de intervenção do PNSE | 2015 são a alimentação saudável e atividade física, a educação para os afetos e sexualidade, a higiene corporal e saúde oral, a saúde mental e competências socioemocionais, os hábitos de sono e repouso, a educação postural, os comportamentos aditivos sem substância e a prevenção do consumo de tabaco, álcool e substâncias psicoativas (Von Amann, 2015).

A saúde escolar é uma área de intervenção que é gerida pela UCC mas integra e subsiste do trabalho em parceria da equipa multidisciplinar e da calendarização das mais diversas atividades, num esforço integrado para a obtenção de ganhos em saúde para a comunidade educativa, o que se revelou uma tarefa bastante complexa devido à multiplicidade de projetos da equipa. A hipótese de acompanhar, semanalmente, o EEESIP orientador e de ter podido participar na primeira reunião dos estudantes que ingressaram no 7.º ano foi uma experiência muito enriquecedora. Pequenos grupos de estudantes dirigiram-se ao Gabinete de Intervenção Social, partilhado pelo EEESIP de saúde escolar e pela assistente social, para uma conversa informal onde este se

apresentou, revelou o propósito da sua presença na escola, divulgou o horário de atendimento e recolheu informações sobre o estado de saúde dos estudantes, tendo a oportunidade de consultar o respetivo Boletim Individual de Saúde.

É fulcral valorizar e registar as intervenções, significantes do cuidar, que fazem parte do quotidiano dos enfermeiros na medida em que estas contribuem não só para melhorar a prestação de cuidados à criança e jovem mas também para perspetivar a continuidade dos mesmos, melhorando as práticas. A autonomia e a responsabilidade dos enfermeiros carece de fundamentação e de materialização, não de intuição ou de subjetividade, pelo que se revela basilar que os registos sejam rigorosos e completos, traduzindo as dimensões do cuidar na escrita (Martins et al., 2008).

Na colaboração com o EEESIP na maximização e potencialização da saúde da criança e do jovem no projeto de saúde escolar, tornou-se evidente a inexistência de um instrumento de registo de dados adaptado ao mesmo, espelhado na utilização de uma folha de registos de outro projeto da UCC. Após auscultação do EEESIP e dos enfermeiros da EIC, elaborou-se uma proposta de folha de registos de enfermagem, mais adequada às suas necessidades e em concordância com as diretrizes do PNSE | 2015 (Apêndice IV). Durante o estágio foi possível implementar esta folha de registos e, valorizando a opinião da equipa de enfermagem, proceder a alguns ajustes com o propósito de otimizar a sua utilização. Este instrumento foi entendido, pelos futuros utilizadores, como “um contributo para melhorar a prática” (sic). A elaboração desta folha de registo de enfermagem permitiu, simultaneamente, dar resposta aos objetivos específicos 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCC e 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento, bem como desenvolver a competência comum “B.2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade: B.2.2. Planeia programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 122/2011, p.8651).

Por convite de um docente do secundário, proporcionou-se a oportunidade de participar com o EEESIP numa aula prática da disciplina de Biologia subordinada ao tema dos métodos contraceptivos. O cerne da atividade baseou-se, mediante um perfil de utilizador, na escolha dos métodos contraceptivos mais adequados, por parte dos estudantes. Durante a atividade, os estudantes colocaram várias questões ao EEESIP orientador e evidenciaram a necessidade de falarem, em particular, sobre as infeções sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência. No final desta aula, o grupo

de adolescentes verbalizou o benefício da presença e da participação dos enfermeiros que, segundo *feedback* dos mesmos, manifestaram domínio sobre a temática face às questões colocadas.

O estágio na UCC inaugurou o contacto com a problemática dos maus-tratos a crianças e jovens, sob orientação de um EEESIP perito na área e membro de um dos NACJR do ACES. Decorrente da manifesta inexperiência, pessoal e profissional, sobre o fenómeno, houve necessidade de acompanhar o EESIP em atividades como a execução de uma visita guiada à sede do outro NACJR do ACES, a participação em reuniões dos NACJR e a realização de entrevistas semiestruturadas, quer ao EEESIP orientador quer ao EEESIP responsável pelo outro NACJR, para compreender melhor a articulação da equipa multidisciplinar, o acompanhamento dos casos, a continuidade dos cuidados e para diagnosticar tensões ético-legais ou constrangimentos existentes (Apêndice V). Nesta altura decorria o processo de fusão entre as equipas destes dois NACJR com vista a otimizar os recursos e a uniformizar as práticas. A concretização destas entrevistas possibilitou dar resposta aos objetivos específicos 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar e 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos, bem como desenvolver a competência específica “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

A enfermagem comunitária, que centra a sua ação na promoção e manutenção da saúde, possui a capacidade de fortalecer a comunidade garantindo a aquisição de conhecimentos e competências necessárias para a satisfazer as suas necessidades. O papel e as funções do enfermeiro de saúde comunitária encontram-se em constante evolução, sendo visível a presença gradual de enfermeiros pediátricos a trabalharem em locais como a escola ou os centros comunitários (Brosnan & Upchurch, 2014). Ao refletir sobre esta experiência, compreende-se que o enfermeiro adquire um papel de destaque na assunção de responsabilidades e compromissos, concordantes com o diagnóstico de situação da comunidade, o que requer tanto o seu entendimento como o seu envolvimento, promovendo maior proximidade entre ambos, principalmente, em comunidades mais vulneráveis ao nível social e económico.

No âmbito do projeto de intervenção comunitária com recurso a unidade móvel, a experiência de acompanhar, semanalmente, o EEESIP a um bairro social revelou-se um despertar de consciência para as condições de precariedade em que muitas crianças, jovens e famílias ainda vivem na atualidade, num contraste gritante com o meio envolvente. Sobre este bairro social, referem-se como principais *stressores* as condições de genuína pobreza, ambiente pouco seguro e baixo nível de literacia onde crianças e jovens brincam num esgoto a céu aberto e sem vigilância apropriada, onde jovens adultos se debatem com problemas de alcoolismo e de desemprego ou onde idosos se encontram privados de terapêutica diária, indispensável no contexto da sua doença crónica. A colaboração neste projeto, tão digno, permitiu constatar a prestação de cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo de vida, ancorada na relação de confiança que se estabelece entre o EEESIP e a população-alvo, a acessibilidade aos cuidados de saúde, a rentabilização dos recursos da comunidade e a educação para a saúde, num satisfatório entendimento sobre o impacto deste projeto, junto daqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social e de saúde. O centro comunitário, que se encontra na fronteira deste bairro, é um infantário para crianças em idade pré-escolar e inclui um espaço onde o EEESIP presta alguns cuidados (ex.: avaliação de parâmetros vitais, vacinação e promoção e educação para a saúde) e identifica problemas de saúde que carecem de articulação com outras unidades do ACES, para melhor acompanhamento da população local.

Da articulação entre a colaboração neste projeto, o contexto socioeconómico e cultural, a auscultação do EEESIP e a problemática em estudo, surgiu a intenção de se realizar uma sessão de educação para a saúde. A educação para a saúde engloba oportunidades de aprendizagem que são delineadas, de forma consciente e assentes na comunicação, com o intuito de melhorar a literacia em saúde, onde cabe o melhor conhecimento da população sobre a sua saúde e o desenvolvimento de habilidades individuais, promotoras da saúde individual e comunitária. Esta aborda a transmissão de informações, a promoção da motivação, as informações sobre condições sociais, económicas e ambientais que atingem a saúde, as competências pessoais, os fatores e os comportamentos de risco (OE, 2011a).

No que respeita à prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens, a educação para a saúde é entendida como uma intervenção ao nível da prevenção primária, secundária e terciária pois tem a capacidade de potenciar e fortalecer determinadas características positivas do sistema, promovendo a sua capacitação, diminuindo a

propensão e evitando a recorrência dos maus-tratos (Soriano, 2006; Neuman, 2011). A sessão de educação para a saúde concretizada foi dirigida aos pais das crianças que frequentavam este centro comunitário (Apêndice VI) e abordou, de forma subtil, aspetos práticos do quotidiano que, perante a sua ausência explícita ou prolongada, podem ser entendidos como *negligência*. A colaboração com o EEESIP orientador na prestação de cuidados na comunidade e a realização da sessão de educação para a saúde permitiram, então, responder aos objetivos específicos 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCC, 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento e 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção, bem como desenvolver a competência comum “A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais: A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos” (Regulamento n.º 122/2011, p.8650) e específicas “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193) e “E3. Presta cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

Perspetivar o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE e uma visão alargada sobre a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família afluíram a necessidade de colaborar na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, considerada uma área privilegiada dos CSP e executada por outro EEESIP da USF, onde a organização da mesma assenta no método de enfermeiro de família. Esta experiência singular motivou a realização de uma reflexão crítica individual sobre a colaboração com o EEESIP nas consultas (Apêndice VII) onde se destacou não só a importância da aplicação da Escala de Mary Sheridan Modificada, mas também a valorização dos cuidados antecipatórios.

3.2. Serviço de Urgência Pediátrica

Conforme explicita o modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, para a aquisição e o desenvolvimento de uma determinada competência o estudante passa por cinco níveis de proficiência, designadamente, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis espelham uma mudança em três aspetos gerais, a saber: da passagem da confiança em princípios abstratos para a utilização da experiência passada concreta; da modificação da forma como se passa a perceber a situação como um todo onde apenas parte é relevante; da passagem enquanto observador longínquo para executante envolvido, empenhado na situação e no processo (Benner, 2001).

Da articulação entre os pressupostos do modelo de aquisição de competências, a experiência profissional adquirida ao longo de anos num serviço idêntico ao SUP e a problemática em estudo, neste contexto de estágio houve necessidade de analisar e refletir, de forma particular, sobre as intervenções de enfermagem que perspetivam o diagnóstico, abordagem e encaminhamento do sistema em situação de maus-tratos. Deste modo, os objetivos específicos que se delinearam para este contexto de estágio foram: 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP no SUP; 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar; 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos; 2d. Reconhecer intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos no SUP (Apêndice III).

A prestação de cuidados a crianças e jovens até aos 18 anos, em situação de doença aguda, acarreta vários desafios para a equipa multidisciplinar e, em especial, para a equipa de enfermagem que estabelece uma relação de grande proximidade com o cliente, alvo dos seus cuidados, que experiencia uma quebra no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Segundo Woiski e Rocha (2010), prestar cuidados ao cliente pediátrico no SUP requer do enfermeiro não só o cuidado técnico necessário para a manutenção da vida em situações de urgência ou emergência mas também o cuidado subjetivo que atende à sua individualidade e à forma como expressa os seus sentimentos e emoções, contemplando e promovendo concomitantemente a relação com a família e estabelecendo-a de forma humanizada.

A humanização dos cuidados de enfermagem no SUP não se revela somente no tempo despendido para o efeito ou em condições ideais de trabalho mas sim em palavras de conforto e segurança e, ainda, na comunicação efetiva que é considerada adequada quando ocorre de uma forma individualizada, sempre que o enfermeiro se relaciona de modo afetuoso, respeitoso e desenvolve, deste modo, a escuta sensível, estabelecendo uma verdadeira relação de ajuda e criando um vínculo com a criança, jovem e família, o que facilita o processo de cuidados (Neves et al., 2016). A equipa deste SUP presta cuidados de saúde de excelência, diferenciados e personalizados, de forma multidisciplinar, pelo que a possibilidade de beneficiar do contributo da sua experiência perante a problemática dos maus-tratos admitiu prever a aquisição, integração e mobilização de conhecimentos específicos e de metodologias de trabalho próprias, que possam ser replicadas de forma a contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados no APP ao sistema que se encontre numa situação idêntica.

Independentemente do motivo que conduz o cliente ao SUP, qualquer episódio tem início na triagem, segundo o Sistema de Triagem de Manchester, que se constitui um momento muito importante e que enceta a relação terapêutica. Conforme elucidam Andrade et al. (2016), este sistema classifica o cliente quanto ao grau de gravidade e ao tempo de espera recomendado para o seu atendimento através do reconhecimento de sinais e sintomas, sendo um instrumento reorganizador do trabalho e promotor dos cuidados humanizados, que exige que o enfermeiro detenha uma visão holística da situação e um conjunto de habilidades organizacionais e de agilidade e julgamento crítico. Magalhães et al. (2016) acrescentam que a triagem, em qualquer SUP, deve ser efetuada por enfermeiros com competências para percecionarem a queixa do sistema e deve assentar num julgamento clínico criterioso que promova o atendimento integral e acolhedor, apropriado a cada situação. Neste entendimento, importa referir que logo numa fase inicial deste estágio pôde constatar-se que este posto de trabalho é sempre assegurado por elementos com, pelo menos, um ano de experiência no SUP o que se entende como uma boa prática de enfermagem, visto que estes profissionais já deverão ter adquirido ou desenvolvido competências que lhes permitam identificar situações de maior complexidade, onde cabem naturalmente as situações suspeitas ou já confirmadas de maus-tratos a crianças e jovens.

No contexto dos SUP, a equipa de enfermagem deve dispor de protocolos de atuação relacionados com o âmbito da sua intervenção, que garantam por um lado a

continuidade do trabalho, em articulação com a equipa multidisciplinar, mas por outro que possibilitem o cuidado holístico à criança, jovem e família em situação de maus-tratos (Woiski & Rocha, 2010). Este SUP dispõe de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) intitulada “Maus-tratos em crianças e jovens” que consiste num documento que agrega um conjunto de conceitos, orientações e o respetivo fluxograma de atuação. A possibilidade de consultar e de analisar esta NOC assentiu a compreensão de que a sua existência promove a uniformização dos procedimentos, aumenta a satisfação do sistema e dos profissionais de saúde e melhora os resultados em saúde, sendo um instrumento securizante no contexto da prática de cuidados.

Durante este estágio houve a possibilidade de participar na revisão desta NOC, em conjunto com o EEESIP orientador e com a restante equipa do NHACJR, com o intuito de atualizar alguns conceitos e de reformular o fluxograma de atuação perante situações de maus-tratos detetadas no SUP. Devido à inexistência de um documento equivalente no serviço de APP, esta atividade de estágio revelou-se muito importante porque permitiu não só uma análise pormenorizada do documento, mas também uma compreensão aprofundada sobre a organização e articulação existente entre os vários setores do serviço de pediatria deste hospital perante a problemática. Esta atividade assentiu dar resposta ao objetivo específico 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar e desenvolver as competências comuns “B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica: B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade” (Regulamento n.º 122/2011, p.8650) e “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional: C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (Regulamento n.º 122/2011, p.8652).

Segundo Moura, Moraes e Reichenheim (2008), a crescente evidência sobre o impacto negativo dos maus-tratos no bem-estar e desenvolvimento da criança e jovem trouxe o reconhecimento do papel dos serviços de saúde perante a sua abordagem e a constatação de que os SUP são, logicamente, serviços oportunos para a suspeição, deteção e abordagem inicial das vítimas. Neste sentido e de forma concordante com algumas conclusões que discorrem da experiência profissional, foi possível confirmar com o EEESIP orientador que é no SUP que se estabelece frequentemente o primeiro contacto com o cliente em situação de maus-tratos, o que torna este serviço num local

privilegiado, à luz do modelo de Neuman, para a prevenção primária e secundária do fenómeno. Alves et al. (2017) evidenciam que ao longo dos últimos anos tem-se vindo a verificar um aumento considerável do número de notificações de casos de maus-tratos o que tem dado visibilidade ao problema e permitido elaborar políticas de saúde consistentes e comprometidas com esta realidade, bem como revelado a necessidade constante e incontestável de qualificação dos profissionais de saúde. A presença de enfermeiros no SUP é constante e sobre estes profissionais recai a responsabilidade de manter um padrão de atendimento, de gerir riscos e de garantir a qualidade dos cuidados prestados (Neves et al., 2016). Durante o estágio, constatou-se que a equipa de enfermagem se encontra atenta e sensibilizada para o fenómeno dos maus-tratos mas que a rotatividade dentro desta equipa, a presença de um número significativo de enfermeiros com pouca experiência profissional e as vivências emocionalmente fortes associadas a este fenómeno, são aspetos que concorrem diretamente para a falta de uniformização de procedimentos e de intervenções preventivas.

O envolvimento dos enfermeiros em casos de proteção de crianças e de jovens em situação de maus-tratos tem um impacto duradouro, para os mesmos, decorrente das emoções que se geram e que pode não só propiciar dificuldades na comunicação entre os profissionais e as entidades, mas também comprometer a gestão da proteção infantil e juvenil, o que vem evidenciar a necessidade de se intervir junto da equipa de enfermagem com o intuito de promover a gestão das suas emoções, proporcionando apoio efetivo e adequado (Rowse, 2009). Neste contexto, presenciou-se uma situação de uma jovem de treze anos que recorreu ao SUP, acompanhada pelo padrasto, por história de maus-tratos físicos infligidos pela mãe. Perante o que se sucedeu durante o episódio e a compreensão do impacto emocional do fenómeno para os enfermeiros envolvidos e restante equipa multidisciplinar, tornou-se incontornável analisar e refletir sobre esta situação, pela perspetiva do enfermeiro que lida com o cliente em situação de maus-tratos, integrando os contributos da participação no 3.º Workshop Emoções em Saúde da ESEL (Apêndice VIII).

Decorrente da perceção sobre o crescente número de internamentos protetores de crianças e jovens vítimas de maus-tratos no hospital, Antunes, Almeida, Pinheiro e Jacinto (2018) realizaram um estudo que veio, efetivamente, demonstrar um aumento do número destes internamentos no primeiro trimestre de 2017, por comparação aos anos transatos até 2012. Este estudo teve como principal objetivo motivar a equipa para a prevenção do fenómeno e também possibilitou alertar para a importância do

reconhecimento precoce de sinais, sintomas e fatores de risco que predispõem a sua ocorrência. Ciuffo, Rodrigues e Cunha (2009), evidenciam que o enfermeiro deve ser um profissional capaz de reconhecer sinais e sintomas e de ser conhecedor da legislação de promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem, perspectivando a intervenção e o acompanhamento junto da criança, jovem e família. Por sua vez, Woiski e Rocha (2010) acrescentam que do quotidiano dos profissionais de saúde que trabalham com crianças, jovens e famílias deve fazer parte não só este reconhecimento de sinais e sintomas de maus-tratos, mas também a abordagem da situação, o que requer atenção, habilidade, sensibilidade e compromisso para com a causa.

O estágio no SUP inaugurou o entendimento da problemática dos maus-tratos a crianças e jovens no contexto hospitalar o que, à semelhança do que se pôde aferir no estágio anterior, se reveste de uma enorme complexidade no que toca à articulação da equipa multidisciplinar, acompanhamento dos casos e continuidade dos cuidados. Por isso, considerou-se apropriada a realização de uma entrevista semiestruturada ao EEESIP orientador e perito na área, membro do NHACJR (Apêndice V). Esta atividade admitiu responder novamente aos objetivos específicos 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar e 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos e, ainda, desenvolver a competência específica de EEESIP “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

Durante este estágio, foi possível compreender que grande parte das situações de maus-tratos detetadas no serviço são notificadas ao NHACJR que encerra, em si, a responsabilidade de defender o superior interesse do sistema, de apoiar a equipa multidisciplinar e de avaliar e de encaminhar os casos sinalizados. Segundo Prazeres (2008), os NHACJR têm um papel de suporte aos profissionais de saúde que lidam com estas situações e que trabalham na sua prevenção. Por outro lado permitem não só agilizar a comunicação com outras entidades do segundo e do terceiro níveis de intervenção, respetivamente a CPCJ e os tribunais, mas também tornar a mobilização e articulação dos recursos mais exaustiva, neste primeiro nível de intervenção.

Por comparação com o contexto de CSP, a relação de menor proximidade que se estabelece com o sistema, neste contexto hospitalar, revela uma maior dificuldade em desenvolver ações de prevenção, detecção precoce e acompanhamento dos casos de maus-tratos, o que não é sinónimo de menor importância e vem reforçar justamente a pertinência de assegurar o bom funcionamento do NHACJR (Prazeres, 2008). Este NHACJR colabora e articula, desde 2006, com outras organizações dos três níveis de intervenção e da equipa multidisciplinar fazem parte um EEESIP, na primeira pessoa do orientador de estágio, e um pediatra do SUP que são profissionais sensibilizados e detentores de um conjunto de conhecimentos, técnicos e científicos, diferenciados nesta área e, por isso mesmo, considerados um importante recurso para os restantes elementos da equipa multidisciplinar do SUP que não se encontram tão familiarizados com o fenómeno dos maus-tratos.

A inexistência de um NHACJR no contexto em que se insere o APP motivou e justificou, a atividade de acompanhar o EEESIP orientador às respetivas instalações do NHACJR com o intuito de compreender a sua organização, consultar processos de casos em acompanhamento e participar na monitorização de novos casos sinalizados, que são depois analisados e encaminhados pelo profissional do serviço social para outros serviços do hospital ou para outras entidades na comunidade, de outros níveis de intervenção, quando esgotadas as possibilidades da primeira linha, de acordo com o princípio da subsidiariedade. A concretização desta atividade permitiu dar resposta aos objetivos específicos 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção e 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar e, em paralelo, desenvolver as competências comuns “A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais: A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos” (Regulamento n.º 122/2011, p.8050) e “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional: C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (Regulamento n.º 122/2011, p.8652), bem como as específicas “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

Da apreciação feita ao longo deste estágio e ao encontro do parecer do EEESIP orientador, decorrente da importância de se abordar a problemática e de se melhorar os níveis de conhecimento dos enfermeiros, surgiu a oportunidade de contribuir para a uniformização das estratégias de enfermagem perante situações de maus-tratos que possam ser detetadas no SUP. A referida oportunidade concretizou-se numa sessão de formação em contexto de trabalho no SUP (Apêndice IX) que acabou por fomentar a discussão, entre pares, sobre as principais dificuldades e constrangimentos sentidos no dia a dia. No final da sessão de formação, os participantes procederam à avaliação da mesma. A realização desta atividade assentiu responder não só aos objetivos específicos 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção, 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos e 2d. Reconhecer intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos no SUP, mas também desenvolver as competências comuns de EE “A1. Desenvolve uma prática profissional no seu campo de intervenção: A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade” (Regulamento n.º 122/2011, p.8650), “B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade: B2.2. Planeia programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 122/2011, p.8651) e, ainda, a competência “D2. Baseia a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento: D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; D.2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 122/2011, p.8653).

3.3. Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria (IP) eleito facultava serviços integrados e personalizados, encontra-se orientado para a prestação de cuidados de excelência, desempenha funções assistenciais pediátricas no âmbito médico-cirúrgico e participa em ações de caráter social. Perspetivando a continuidade dos cuidados, a preferência por este serviço de IP que se articula com o SUP deteve-se, pois, nas oportunidades que oferece não só na prestação cuidados ao sistema em internamento no âmbito da patologia médico-cirúrgica mas também na prestação de cuidados ao sistema que se encontre em internamento protetor por situação social. Definiram-se, então, como objetivos específicos: 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP no IP; 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento; 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar; 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos (Apêndice III).

Particularmente nos primeiros anos de vida, a hospitalização é entendida como uma das primeiras crises que a criança enfrenta não só porque há uma alteração no seu estado de saúde e rotinas habituais mas também porque os seus mecanismos de *coping* para gerir o stress são reduzidos. Os principais *stressores* da hospitalização englobam a separação dos pais e o receio do desconhecido, a perda de controlo e de autonomia e o medo da lesão corporal e da morte, estando a resposta a estas crises, diretamente, relacionada com fatores como a idade e o estágio de desenvolvimento, experiências anteriores de doença, separação e hospitalização ou, ainda, o suporte familiar (Sanders, 2014). Durante a hospitalização é basilar que sejam prestados CCF, estabelecida uma comunicação efetiva e facultada informação e apoio psicossocial, num ambiente adequado (Lissauer & Clayden, 2007).

Ao longo deste estágio, houve a possibilidade de acompanhar a hospitalização do sistema desde o seu acolhimento no IP até ao momento da alta, colaborando com o EEESIP orientador na prestação de cuidados de enfermagem, segundo o método individual de trabalho em que as crianças, jovens e famílias se encontram distribuídas pelos vários elementos da equipa de enfermagem de acordo com a complexidade dos

cuidados de que necessitam. Houve distintas oportunidades para se colaborar com o EEESIP orientador na prestação de cuidados a um adolescente que já se encontrava em internamento protetor por situação social, à data do início do estágio, por ter sido vítima de maus-tratos físicos por parte dos pais, situação que era recorrente.

A adolescência é um período de transição, entre a infância e a idade adulta, em que ocorrem importantes mudanças ao nível físico, cognitivo e psicossocial (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Estas têm implicações para a compreensão dos riscos de saúde a que os adolescentes estão expostos, os comportamentos de risco em que se envolvem e as oportunidades para promover a sua saúde. É na adolescência que se atinge a maturidade física e sexual, se desenvolvem configurações de raciocínio mais complexas e se tomam decisões ocupacionais e educacionais que irão afetar o futuro do indivíduo (Saewyc, 2014). Durante este período, releva-se a importância da família não só por ser um dos principais pilares de suporte, mas também pela influência que exerce no crescimento e no desenvolvimento do adolescente (OE, 2011b). Neste entendimento, permanecer no cerne de uma família disfuncional ou maltratante pode comprometer a saúde da criança ou do jovem o que, perante situações de elevada gravidade, pode determinar a separação dos seus elementos constituintes (Prazeres, 2014; Saewyc, 2014).

Por conhecimento prévio do historial clínico deste adolescente em internamento protetor e com consciência dos desafios inerentes à própria prestação de cuidados, houve por parte do EEESIP orientador a sensibilidade e o encorajamento para que se proporcionassem o máximo de oportunidades para se estabelecer e se desenvolver a relação terapêutica. Porém, o primeiro contato com este jovem aflorou a necessidade de se refletir sobre o mesmo e ocasionou a elaboração de um jornal de aprendizagem (Apêndice X) sobre a gestão emocional numa situação que se revelou, pessoalmente, desassossegadora. Esta atividade de estágio permitiu, assim, responder aos objetivos específicos 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento e 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos e, simultaneamente, desenvolver a competência comum “D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade: D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional” (Regulamento n.º 122/2011, p.8652-8653) e a específica “E3. Presta cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e

de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

Ao longo do estágio no IP, houve a possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica com este adolescente, sobretudo, através da comunicação e da prestação de cuidados com afeto. Apesar de uma inaptidão pessoal para jogar jogos eletrónicos, esta acabou por se revelar a principal atividade lúdica concretizada com ele, motivada pela ausência persistente da família ou de pessoas significativas com quem pudesse distrair-se. Conforme enfatizam Diogo, Baltar, Santiago e Prudêncio (2017), cuidar de crianças ou jovens hospitalizados, sem acompanhantes, implica um relacionamento de tonalidade afetiva que é primordial para que se possam satisfazer as suas reais necessidades emocionais. Pelander, Leino-Kilpi e Katajisto (2007), citados por Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens e Diogo (2010, p. 177), afirmam que as crianças e jovens valorizam os enfermeiros “perante as suas atitudes de comunicação activa e de cuidados prestados com afecto (*caring*) durante o internamento”. Estas estratégias admitem, então, estabelecer a relação terapêutica, a humanização dos cuidados e a prestação de CCF (Paulo et al., 2010).

Este internamento protetor enquadra-se completamente na problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos e a relação terapêutica reveste-se, aqui, de uma componente emocional muito significativa, o que incentivou a análise dos registos de enfermagem realizados em sistema informático, tendo-se constatado que os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem são analisados, discutidos e transmitidos pela equipa em circunstâncias formais que permitem a continuidade dos cuidados (ex.: a passagem de turno) mas genericamente não são registados, o que não permite dar visibilidade às intervenções de enfermagem de carácter emocional desenvolvidas em parceria com o sistema (ex.: facultar apoio, diminuir o medo ou controlar a ansiedade). Debateu-se esta questão concreta com o EEESIP orientador que, decorrente da sua experiência profissional na área, afirmou que “os internamentos protetores são geralmente muito prolongados e marcados pela ausência da família o que faz com que o enfermeiro, neste contexto, ganhe um papel de destaque no dia a dia da criança através de um conjunto de intervenções de carácter emocional que infelizmente ainda não se encontra certamente espelhado nos registos” (sic). De acordo com Diogo et al. (2017), importa reconhecer a dimensão emocional do cuidar em pediatria e valorizar o trabalho emocional executado pelos enfermeiros

que se constitui um campo de intervenção que apresenta resultados visíveis mas que continua a ser subvalorizado e pouco consciente. Prestar cuidados a este adolescente admitiu dar resposta aos objetivos específico 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento e 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos no IP. Em paralelo, também assentiu desenvolver as competências comuns de EE “B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro: B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo” (Regulamento n.º 122/2011, p.8651), bem como as específicas de EEESIP “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193) e, ainda, a “E3. Presta cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

Para além de receber crianças e jovens com necessidade de internamento, o IP inclui, na sua estrutura física, o hospital de dia cirúrgico (HDC) que operacionaliza, semanalmente, o programa de preparação do sistema para a cirurgia de ambulatório e que se constitui por três fases distintas: (1) consulta de enfermagem pré-operatória, 4horas semanais; (2) circuito do cliente pediátrico na cirurgia de ambulatório, 12horas semanais; (3) consulta de *follow-up*, 2horas semanais. Este programa é concretizado pelos EEESIP do SUP, IP e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e possibilita, que o sistema receba informações sobre as rotinas pré, peri e pós-operatórias e que visite, com a devida antecedência, os serviços por onde irá passar durante o dia da cirurgia.

A experiência da cirurgia pode ser compreendida como um *stressor* que tem o potencial de criar um impacto negativo no sistema, pelo que se revela a necessidade de existirem enfermeiros habilitados para facilitar a preparação positiva para a cirurgia com o intuito de minimizar a ansiedade e de melhorar a recuperação pós-operatória (Al-Sagarat, Al-Oran & Hamlan, 2017). O desenvolvimento e a implementação deste programa de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia de ambulatório admite identificar *stressores* que têm o potencial de atingir as distintas linhas de defesa

do sistema e, assim, transformar a cirurgia numa experiência positiva. A possibilidade de consultar a respetiva NOC e de observar e de participar, com o EEESIP orientador, em todos estes momentos do HDC permitiu compreender, clara e aprofundadamente, as intervenções especializadas de enfermagem e a mais-valia da continuidade dos cuidados prestados, neste caso concreto, a uma criança com 7 anos de idade que foi submetida a adenoidectomia e miringotomia.

Os programas de preparação pré-operatórios podem ser apresentados através de informação narrada ou escrita, visita ao hospital, vídeos informativos, *role play* com bonecos e teatralização com a participação das crianças. “Estes programas devem ter como principais técnicas: a transmissão de informações; a modelagem; a brincadeira lúdica; (...) o jogo de profissional de saúde; a distração; o relaxamento e treino dos pais.” (OE, 2011c, p.16). Na consulta de enfermagem pré-operatória, que ocorreu uma semana antes da cirurgia, foi possível realizar intervenções das quais se destacaram o acolhimento do sistema na própria consulta, a avaliação de sinais vitais e de dados antropométricos, a avaliação do grau de conhecimento do sistema sobre a cirurgia e o esclarecimento sobre cuidados pré-operatórios, a apresentação de algum material existente no bloco operatório e no recobro com recurso a um *kit* de material do bloco operatório (ex.: compressas, luvas, touca), a simulação do dia da cirurgia através da brincadeira terapêutica com recurso a um Playmobil® e a entrega do consentimento informado para a cirurgia, aos pais. Durante esta consulta foi importante exemplificar o procedimento da punção venosa periférica, à criança, com recurso a um peluche e ao *kit* de material do bloco operatório, devido ao receio de lesão corporal e de dor que esta verbalizou. Todas as intervenções de enfermagem que foram dirigidas ao sistema durante a consulta de enfermagem pré-operatória vertem diretamente da prática de cuidados no APP onde amiúde se diagnosticam quadro cirúrgicos agudos e se revela a necessidade de adequar a comunicação à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança e do jovem.

Atualmente reconhece-se o valor terapêutico da brincadeira enquanto atividade de desenvolvimento humano, sendo consensual que a sua incorporação nos cuidados de saúde é elementar para amenizar o medo, a ansiedade, a solidão e a angústia da separação (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). A brincadeira terapêutica é, pois, essencial em todos os momentos da relação terapêutica na medida em que promove o conhecimento mútuo e a parceria. O enfermeiro ao mobilizar a brincadeira, de forma intencional, consegue determinar o tipo de brincadeira mais apropriado com o intuito

de reduzir as consequências negativas do processo de hospitalização e de promover o desenvolvimento adequado, o bem-estar e o conforto da criança (Guerreiro, Coelho, Carvalho & Marçal Novo, 2007). As crianças em idade escolar têm uma preocupação excessiva com questões que remetem para a integridade física mas também precisam de explicações sobre tudo o que as rodeia, pois confiam pouco no que vêem e muito no que sabem, querendo sempre saber a existência, utilização e funcionalidade dos objetos (Hockenberry, 2014).

A operacionalização do circuito do cliente pediátrico na cirurgia de ambulatório (segunda fase do HDC) dá-se principalmente no IP que sofre alterações estratégicas para conseguir dar resposta às necessidades do sistema. No dia da cirurgia, realizou-se o acolhimento ao cliente que já se tinha acompanhado na consulta pré-operatória, atribuindo-se aos pais uma caixa numerada onde puderam colocar os seus pertences e, numa sala adjacente, procedeu-se à punção venosa da criança, na presença dos mesmos, tendo sido claro o benefício da relação terapêutica iniciada na consulta pré-operatória e a exemplificação da técnica em questão. A sala de atividades do serviço transformou-se numa zona de ambulatório onde o cliente, inicialmente, aguardou a chamada para o bloco operatório e onde, após a cirurgia, fez o recobro tardio e teve alta para o domicílio mediante entrega do folheto com informações pós-operatórias. A consulta de *follow-up* foi efetuada 1 semana depois, de acordo com o guião instituído.

Esta atividade admitiu responder aos objetivos específicos 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP no IP e 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento. Simultaneamente, também assentiu desenvolver a competência comum “B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro: B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo” (Regulamento n.º 122/2011, p.8651) e específicas “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193) e “E3. Presta cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

3.4. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

A Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) é um serviço que exhibe um ambiente impessoal, hostil e de difícil adaptação devido a características como as luzes intensas, os ruídos constantes ou as interrupções frequentes do ciclo de sono para a realização de vários procedimentos (Jordão, Pinto, Machado, Costa & Trajano, 2016). Porém, neste ambiente altamente tecnológico, tem-se assistido a uma importante transformação nos cuidados prestados ao recém-nascido (RN) prematuro e nos programas de intervenção precoce, verificando-se uma substituição gradual dos procedimentos sustentados em protocolos por cuidados individualizados, assentes na interação e na parceria com o sistema (Santos, 2011).

Para este contexto de estágio tão específico e singular da UCIEN, definiram-se os seguintes objetivos específicos: 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCIEN; 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento; 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar (Apêndice III).

O estágio na UCIEN revestiu-se de momentos de uma enorme complexidade devido à instabilidade clínica inerente ao RN prematuro e às respetivas intervenções de enfermagem. A necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos, para melhorar a prática clínica e basear a mesma na evidência científica, foi uma constante mas o destaque deste estágio não só pela problemática dos maus-tratos, mas também pela sua curta duração, foi para a promoção da parentalidade, da vinculação e da parceria de cuidados porque, logo desde início, foi possível constatar-se que muitas famílias que se encontram, aqui, internadas vivenciam os primeiros meses de parentalidade nesta unidade que concilia um conjunto de práticas especializadas e uma equipa de profissionais de excelência, que acaba por se constituir como um dos principais pilares do sistema neste processo de adaptação.

A parentalidade é entendida como uma das transições mais significativas da vida, uma transição que é geradora de mudanças profundas em todos os elementos da família e o começo de uma nova fase, em que se presencia a transição da função conjugal para a função parental (Relvas, 2004). É provavelmente a questão de saúde

pública mais importante que a nossa sociedade enfrenta e a variável mais relevante implicada nas doenças e nos acidentes da infância, quando analisada de uma forma isolada (OE, 2015b).

A parentalidade inclui quatro dimensões distintas: assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel parental; otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; integrar a criança no núcleo familiar; atuar segundo padrões desejáveis ao nível social (International Council of Nurses, 2011 citado por OE, 2015b). Na primeira etapa da parentalidade sobressaem, pois, questões relacionadas com a ligação que se estabelece entre o RN e a família e que influenciam a mesma, de forma positiva ou negativa (OE, 2015b). As competências parentais correspondem, pois, ao conjunto de conhecimentos e habilidades, da mãe ou do pai, que permitem o desempenho do seu papel parental e garantem o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento do RN. A avaliação destas competências é essencial para a definição de intervenções de enfermagem que sejam promotoras da transição para a parentalidade e de ganhos em saúde (Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015).

Houve distintas oportunidades para participar e prestar cuidados com o EEESIP orientador a diversos RN prematuros e suas famílias mas, especificamente, durante alguns dias de internamento na UCIEN a um casal de gémeos RN prematuros, o que permitiu logicamente identificar certas dificuldades no exercício do papel parental, com potencial para influenciarem a vinculação como, por exemplo, a incapacidade do pai para realizar contenção suave ou fornecer sucção não-nutritiva durante a realização de procedimentos ou a recusa da mãe em pegar o seu filho ao colo. “A vinculação é definida como um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço” (Ainsworth, 1991 citado por OE, 2015b, p.20).

Na UCIEN, a parceria de cuidados é fundamental para o estabelecimento e a manutenção da vinculação e permite o desenvolvimento de papéis e laços familiares, revelando-se a importância das intervenções do enfermeiro na promoção do contato e da vinculação o mais precocemente possível. Foi possível comprovar que se criam oportunidades promotoras da vinculação através do contacto pele a pele ou, também designado, método canguru. De acordo com Silva Hennig, Gomes e Morsch (2010), a promoção do método canguru é uma prática muito comum com resultados favoráveis para o desenvolvimento e promotores da vinculação considerando-se uma boa prática que estreita e promove a relação não só entre o RN e a mãe ou o pai, mas também entre o sistema e a equipa multidisciplinar. Por sua vez, Santos (2011) afirma que o

método canguru tem a importante capacidade de proteger o RN da estimulação nociva da UCIEN auxiliando precocemente na regulação do sono e mais tarde na atenção direcionada à mãe, de melhorar aspetos cardiorrespiratórios, de auxiliar na gestão da temperatura adequada e de permitir o aumento de peso em RN prematuros.

Na infância, existem certos aspetos que são característicos deste período e que podem constituir-se como *stressores* ou fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos como a prematuridade e o baixo ou extremo baixo peso à nascença, sobretudo se provocar a separação da família durante o período neonatal (Menezes & Prazeres, 2011). O nascimento prematuro e a hospitalização prolongada são percebidos como *stressores* que podem colocar estes RN prematuros em risco de negligência ou de resultados adversos no seu desenvolvimento (Jefferies, 2014). Assim, o enfermeiro de cuidados intensivos neonatais está idealmente posicionado para identificar e para intervir junto do RN prematuro que apresenta maior vulnerabilidade e risco de maus-tratos devido a características intrínsecas à sua condição de prematuridade como por exemplo a irritabilidade persistente, o risco iminente de alterações neurológicas ou a não correspondência ao filho idealizado (Saltmarsh & Wilson, 2017).

Durante este tipo de internamento também existem fatores demográficos como os relacionamentos parentais instáveis, a ausência de suporte familiar, a escolaridade reduzida, a moradia desapropriada ou as condições socioeconómicas precárias que potenciam o risco de ocorrência dos maus-tratos, sendo fundamental o envolvimento e a intervenção do enfermeiro na avaliação do mesmo, no aprovisionamento de apoio emocional e na obtenção de recursos financeiros e comunitários que possa garantir a segurança dos RN (Jefferies, 2014). Constatou-se, neste contexto, a importância da prevenção primária dos maus-tratos para proteger a linha de defesa flexível e prevenir o impacto dos *stressores* através de intervenções como a promoção da parentalidade ou da vinculação. Em situações de risco ou perigo, que sejam identificadas na UCIEN, é feita a sinalização do sistema ao NHACJR que atua oportunamente dentro dos seus limites e área de competências.

O intuito de tornar os pais parceiros nos cuidados, através do seu envolvimento nos mesmos, afirma a atenção que se dá às necessidades do sistema e perspetiva a minimização de *stressores* e de consequências negativas da própria hospitalização, assegurando, em simultâneo, o planeamento dos cuidados e a preparação para a alta, desde o seu acolhimento (Sanders, 2014). Resultante da relação terapêutica que se estabeleceu com este sistema, dos pressupostos da prevenção primária do modelo

de Neuman, da premissa de que a prematuridade se constitui como um *stressor* para a ocorrência de maus-tratos e da intencionalidade de intervir com o intuito de promover o equilíbrio e bem-estar do mesmo, dando uma resposta adequada às necessidades identificadas, houve a oportunidade de se refletir sobre o impacto da promoção da vinculação precoce, o que ocasionou a concretização de um jornal de aprendizagem (Apêndice X) sobre uma situação vivida em contexto de estágio, na qual se promoveu a utilização do método canguru que apesar de não estar protocolado é muito difundido nesta UCIEN.

A prestação de cuidados a vários RN prematuros e a realização do jornal de aprendizagem permitiram responder aos objetivos específicos 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCIEN, 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento e 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção. Em paralelo, foi possível desenvolver as competências comuns de EE “A1. Desenvolve uma prática profissional no seu campo de intervenção: A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” (Regulamento n.º 122/2011, p.8649) e “B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro: B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo” (Regulamento n.º 122/2011, p.8651), bem como as específicas “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193) e, ainda, “E3. Presta cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

A compreensão sobre a relevância e o impacto das intervenções do EEESIP junto da criança, jovem e família em situação de maus-tratos revelou-se um processo gradual e transversal a todos os contextos de estágio, que foi sendo sustentado pelo

aprofundamento bibliográfico e complementado por um conjunto de experiências e de atividades que se foram realizando ao longo do tempo. A extraordinária oportunidade de se poder integrar diferentes equipas multidisciplinares, nos contextos de cuidados comunitário e hospitalar, permitiu uma compreensão progressivamente maior e mais consolidada sobre este fenómeno de violência tão complexo, no que respeita à sua real dimensão e impacto, bem como à estrutura e organização dos diversos setores que têm o dever incontestável de intervir sobre este.

Ao longo da totalidade do percurso de formação individual desenvolvido, foram-se sucedendo e procurando diferentes oportunidades para participar, individualmente ou com os respetivos EEESIP orientadores, em várias atividades que se enquadram no primeiro e segundo níveis de intervenção dos maus-tratos, onde a presença deste profissional de saúde é uma constante. Esta possibilidade singular consentiu integrar e mobilizar conhecimentos teóricos exclusivos da problemática em estudo, verificar a aplicabilidade do princípio da subsidiariedade, constatar os benefícios da abordagem em equipa multidisciplinar, testemunhar a relevância das intervenções do EEESIP nas equipas que integra e lidera e, ainda, identificar constrangimentos e dificuldades que se encontram bastante presentes no quotidiano dos enfermeiros que lidam com estas situações.

Uma das atividades em destaque foi, precisamente, a participação em reuniões multidisciplinares. Da importância que se concedeu ao conjunto de reuniões em que houve a possibilidade de participar nos contextos de estágios na UCC, SUP, serviço de IP e UCIEN, bem como à participação no 3.º Encontro do NHACJR do HBA durante o estágio no SUP, surgiu a necessidade de se realizar uma reflexão crítica individual que revela, sob uma perspetiva temporal, de que forma estas atividades concorreram, então, para a tão ambicionada imersão na problemática (Apêndice XI).

3.5. Atendimento Permanente Pediátrico

Tal como se referiu na fase introdutória deste trabalho, o presente relatório de estágio explana a totalidade de um profundo processo de desenvolvimento pessoal e profissional que teve o seu início na conjugação entre o interesse pessoal, o percurso formativo realizado e a prática profissional no serviço de APP de um hospital do setor privado da saúde onde, a título individual, se identificaram determinadas lacunas e tensões de carácter ético-legal no âmbito do atendimento a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos.

A intencionalidade de se abordar a problemática na ótica da prevenção e de se compreender este fenómeno de violência em profundidade alavancou a seleção de um conjunto de contextos de estágios promotor de aprendizagens significativas que pudessem ser futuramente integradas e mobilizadas, com o propósito de colmatar as lacunas identificadas. Justifica-se, assim, a necessidade e a conveniência de encerrar o percurso formativo neste contexto de estágio e para o qual se definiram os seguintes objetivos específicos: 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar; 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos (Apêndice III).

Com o principal intuito de poder validar a pertinência de abordar a problemática elegida e de poder intervir de forma oportuna, sobre a mesma, emergiu a necessidade de se conhecer o parecer dos elementos constituintes das equipas de enfermagem e médica deste APP o que determinou a elaboração e a aplicação de um questionário (Apêndice XII) perspetivando-se o contributo dos resultados para o desenvolvimento de intervenções preventivas de enfermagem mais apropriadas a este contexto de cuidados.

As competências do enfermeiro incluem “a noção de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico” e “referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais” (Benner, 2001, p. 43). Neste sentido, elencado neste percurso de formação individual, tão completo e tão complexo, e nas respeitantes oportunidades de se poder beneficiar de um conjunto de aprendizagens obtidas, de atividades executadas, de orientações especializadas dos EEESIP peritos na área dos maus-tratos a crianças e jovens e, concomitantemente, ao encontro de

algumas necessidades identificadas com a aplicação dos questionários, revelou-se a importância de se mobilizarem conhecimentos e de se replicarem atividades, o que determinou a concretização de breves sessões de formação em contexto de trabalho dirigidas, nesta fase do percurso, somente à equipa de enfermagem (Apêndice XIII) e, ainda, a elaboração e a divulgação de um folheto informativo alusivo à importância da prevenção do fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens (Apêndice XIV), que abrangeu a totalidade da equipa multidisciplinar do serviço de APP.

A concretização deste conjunto de atividades de estágio proporcionou, na sua essência, responder a todos os objetivos específicos delineados para este contexto e desenvolver as competências comuns de EE “A1. Desenvolve uma prática profissional no seu campo de intervenção: A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade” (Regulamento n.º 122/2011, p.8650), “A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais: A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos” (Regulamento n.º 122/2011, p.8650), “B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade: B2.2. Planeia programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 122/2011, p.8651), “C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados: C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (Regulamento n.º 122/2011, p.8652) e a “D2. Baseia a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento: D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 122/2011, p.8653).

O percurso formativo realizado desenrolou-se dentro dos objetivos definidos e de limites de tempo estabelecidos. Com base na análise dos resultados obtidos nos questionários perspectiva-se, então, a possibilidade de se poder intervir de uma forma mais profunda e mais duradoura perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos que possam ser identificadas no serviço de APP, conferindo continuidade ao projeto iniciado.

4. CONTINUIDADE DO PROJETO

A problemática que motivou a elaboração do projeto de estágio e que sustentou este percurso de formação individual relaciona-se com determinadas inconsistências identificadas ao nível da prática de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos, detetadas no serviço de APP. Com base nesta premissa e simultaneamente na responsabilidade de promover os direitos e proteger crianças e jovens, na possibilidade de prevenir este fenómeno, na intenção de proporcionar uma melhoria real na qualidade dos cuidados prestados ao sistema em situação de maus-tratos e no compromisso de capacitar os enfermeiros para as intervenções preventivas sobre este fenómeno, compreende-se que o trabalho concretizado não se esgota no mesmo.

A oportunidade de realizar este percurso formativo em diferentes contextos de estágio, assente numa metodologia de aprendizagem experiencial e prática reflexiva, permitiu integrar um conjunto de conhecimentos intrínsecos à problemática em estudo e reconhecer boas práticas de cuidados de enfermagem que alavancaram, pois, a sua replicação com o duplo propósito de promover o melhor estado de saúde do sistema e, naturalmente, de ampliar esta experiência ímpar, extrapolando os limites do próprio percurso formativo. Alcança-se, portanto, que uma prática de cuidados especializada e baseada na evidência se coaduna com a seleção de um conjunto de intervenções e estratégias consideradas mais convenientes para a realidade existente no serviço de APP.

A continuidade deste projeto compreende, então, determinadas intervenções e estratégias que deverão suceder-se em dois momentos distintos, nomeadamente: (1) a curto prazo prevê-se a realização de diversas sessões de formação em contexto de trabalho dirigidas à equipa de enfermagem e médica, bem como a apresentação e eventual aprovação de uma instrução de trabalho (Apêndice XV) que integra, na sua estrutura, um fluxograma de atuação perante situações de maus-tratos detetadas no serviço de APP; (2) a médio prazo prevê-se a apresentação de uma proposta para a constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar ou de um NHACJR que encerre a responsabilidade de defender o superior interesse do sistema, de apoiar a equipa multidisciplinar e de encaminhar os casos sinalizados para outras entidades idóneas, se necessário.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de formação individual concretizado culmina com a elaboração do presente relatório de estágio que explana o conjunto de oportunidades que tornaram este trajeto tão extraordinário. Este foi precedido pelo respetivo projeto de estágio que se revelou basilar para atingir os objetivos delineados, assentou numa metodologia de aprendizagem experiencial e prática reflexiva que, incontestavelmente, consentiu encurtar a distância entre a teoria e a prática, convidou a repensar sobre a prática em diferentes contextos de cuidados e revelou um profundo desenvolvimento pessoal e profissional.

O percurso de estágios executado em diferentes contextos clínicos constituiu-se a melhor oportunidade prática para conciliar a experiência profissional, obtida ao longo de anos enquanto enfermeira generalista, com os novos conhecimentos teóricos adquiridos. De forma gradual, possibilitou um conjunto de aprendizagens significativas que deram resposta às necessidades de formação que foram sendo identificadas ao longo do percurso e admitiu alicerçar o desenvolvimento de um perfil de competências de EEESIP, decorrente da implementação de várias atividades de estágio que foram, coerentemente, fundamentadas na mais recente evidência científica e submetidas a um importante exercício de análise reflexiva. Refere-se, portanto, o desenvolvimento de determinadas competências comuns de EE mas enfatiza-se o desenvolvimento de competências específicas de EEESIP que sustentam a especialidade pretendida ao nível do domínio na assistência à criança, jovem e família na maximização da sua saúde e ao nível do domínio na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A totalidade do percurso formativo revestiu-se logicamente de vários desafios. Importa, claro, destacar a necessidade permanente de se adequarem as expectativas, para cada contexto de estágio, às experiências vivenciadas nos mesmos. Em termos concretos, alude-se que na fase inicial do percurso de estágios se identificaram como principais dificuldades a mobilização adequada dos conhecimentos teóricos, inerentes à problemática em questão, para a prática de cuidados e a compreensão efetiva sobre os níveis estabelecidos de intervenção dos maus-tratos, de acordo com o princípio da subsidiariedade. Contudo, a seleção e concretização de um conjunto diversificado de atividades de estágio, mencionado ao longo do trabalho e apreciado como apropriado,

associado a uma boa dose de flexibilidade e criatividade, viabilizou não só ultrapassar estas dificuldades mas também alcançar, de uma forma progressiva e consolidada, a tão pretendida imersão na problemática dos maus-tratos a crianças e jovens.

O consenso existente sobre a inadmissível ocorrência e recorrência dos maus-tratos, a inegável possibilidade de prevenir este fenómeno de violência e a intrínseca responsabilidade do setor da saúde perante o mesmo, firmou a pertinência de abordar esta problemática no âmbito da enfermagem pediátrica. A excecional oportunidade de refletir sobre diversas práticas de cuidados especializados e de prestar cuidados à criança, jovem e família, destacando as que experienciam situações de maus-tratos, só foi verdadeiramente possível através da significação atribuída aos fenómenos que se observaram nos diversos contextos de cuidados. Mediante uma problemática tão sensível e impactante, realça-se o importante contributo da integração e mobilização dos pressupostos do modelo de sistemas de Betty Neuman para orientar a prática, particularmente, por se considerar um referencial teórico coerente com a filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica e por apresentar, então, uma visão holística, uma perspetiva sistémica de energia e interação constante com o meio ambiente, uma orientação para o equilíbrio ou bem-estar do sistema e a prevenção como intervenção de enfermagem.

A intenção de proporcionar uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados ao sistema constitui-se um objetivo e um compromisso não só pessoal mas também organizacional. O hospital do setor privado da saúde que incitou a realização deste trabalho é, atualmente, certificado pela norma NP ES ISO 9001 mas prepara-se para dar início ao processo de acreditação pela Joint Commission International, com o grande propósito de alcançar o reconhecimento de elevados padrões internacionais de qualidade e segurança. Refere-se, pois, a oportunidade e a relevância de se poder mobilizar os subsídios do percurso formativo realizado e de se poder contribuir para este processo de acreditação, através da implementação de algumas intervenções e estratégias que possam corroborar com a responsabilidade desta entidade, enquanto ECMIJ, na promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens. Acredita-se que o trabalho, aqui, inaugurado vai ao encontro da missão da organização, perspetivando-se o seu contributo para a prática de cuidados e para a maior satisfação da criança, jovem e família em situação de maus-tratos.

Este relatório de estágio é o produto de um percurso formativo que se pautou por uma verdadeira dedicação e um enorme entusiasmo, veiculado pela oportunidade

de se poder abordar uma problemática considerada tão necessária e tão interessante. Revela o investimento feito que consentiu evoluir de um estado de simples interessado e participante distante para um estado de perícia e envolvimento ativo em relação à problemática em estudo. Retrata o início de um caminho que se encontra muito longe de estar terminado, perspetivando-se a sua continuidade através de um conjunto de intervenções e estratégias, já indicadas, como a apresentação de uma instrução de trabalho sobre os maus-tratos e a apresentação de uma proposta para a constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar ou de um NHACJR.

Com o termo desta etapa formativa, aprecia-se que a mesma se constitui como um marco basilar no percurso académico concretizado até então. Conclui-se que com a execução deste percurso de formação individual foi possível ocasionar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao sistema e perspetivar mudanças na prática de cuidados. Irão, com toda a certeza, continuar a procurar-se oportunidades que sejam promotoras do desenvolvimento de competências de EEESIP e estabelece-se, por intermédio deste relatório de estágio, o compromisso para com cliente pediátrico e para com a disciplina de enfermagem de legar continuidade e visibilidade ao trabalho encetado, disseminando futuramente os contributos do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*, 6, pp.53-59.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), pp. 373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Alligood, M.R. (2014). Introduction to nursing theory: Its history, significance, and analysis. In M.R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (8.th ed.). (pp. 2-13). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H., & Hamlan, A. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99-107.
- Alves, J.M., Vidal, E.C.F., Fonseca, F.L.A., Vidal, E.C.F., Silva, M.J., Pinto, A.G.A., & Aquino, P.S. (2017). Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19(1), 26-32. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201726596>.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394.long>.
- Andrade, C.S.M., Maracajá, P.B., Melo, W.F., Andrade, E.M., Oliveira, T.L.L., Ribeiro, S.R.S. ..., & Silva, E.M.L. (2016). Atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência em pediatria. *INTESA – Informativo Técnico do Seminário*, 10(1), 18-27. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/4536/3895>.
- Antunes, J., Almeida, S., Pinheiro, A.E., & Jacinto, C. (2018). *Maus tratos em crianças e jovens: Internamentos no serviço de pediatria do Hospital de Cascais 2012-2017*. Póster apresentado nas 3.^{as} Jornadas Conjuntas entre ACES, Câmara Municipal e Hospital de Cascais: Cidadania para a saúde / Saúde para a cidadania, 17 e 18 de outubro, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: Compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados* (2.^a reimpressão). Porto Alegre: Artmed.
- Brosnan, C.A., & Upchurch, S.L. (2014). Cuidados de enfermagem à criança e à família baseados na comunidade. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). (Vol. I, pp. 72-81). Loures: Lusociência.
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Revista Referência*, IV(4), 11-20. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>.
- Ciuffo, L.L., Rodrigues, B.M.R.D., & Cunha, J.M. (2009). O enfermeiro na atenção à criança com suspeita de abuso sexual: Uma abordagem fenomenológica. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(3). doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20092665>.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2017). *Relatório de avaliação da atividade das CPCJ - 2016*. Lisboa: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj/relatorios-de-avaliacao-da-atividade-estatistica/relatorio-2016.aspx>.
- Cruz, I., Moreira, M.F., Lessa, M.C., & Silva, M.J. (2005). Uma perspectiva histórica sobre o cuidado. *Sinais Vitais*, 58, 47-54.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 38, 22 de Fevereiro de 2008), 1184-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.

- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhante: Determinante da relação enfermeiro-cliente. In P. Diogo (Coord.), *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem*. (pp. 1-44). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M., Fernandes, N., & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: Do discurso ao registo no sistema informático. In P. Diogo (Coord.), *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem*. (pp. 77-104). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Ação de saúde para crianças e jovens em risco: Relatório de 2015: Comissão de acompanhamento*. Lisboa: DGS.
- Disponível em <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/rel-relatorio-dezembro-2016-maus-tratos-pdf.aspx>
- Duff, E. (2011). Relating the nursing paradigm to practice: A teaching strategy. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), 1-10.
- Estrela, E., Soares, M.A., & Leitão, M.J. (2013). *Saber escrever uma tese e outros textos* (9.^a ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3.rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fortson, B.L., Kleven, J., Merrick, M.T., Gilbert, L.K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/can-prevention-technical-package.pdf>.
- Freese, B.T., & Lawson, T.G. (2011). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M.R. Alligood, & A.M. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7.^a ed.). (pp. 309-334). Barcelona: Elsevier.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

- Gomes, I. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso: da submissão à acção negociada. In I. Gomes (Coord.), *Parceria e cuidado de enfermagem: Uma questão de cidadania*. (pp 67-113). Coimbra: Formasau.
- Gonçalves, R., Coutinho, V., & Lobão, C. (2014). Simulação e desenvolvimento de competências. In J.C.A. Martins, A. Mazzo, I.A.C. Mendes, & M.A. Rodrigues, *A simulação no ensino de enfermagem*. (pp. 125-133). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gottlieb, L.N. (2013). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. New York: Springer.
- Guerra, P. (2018). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo anotada* (3.^a ed.). Coimbra: Almedina.
- Guerreiro, A.M., Coelho, P., Carvalho, S., & Marçal Novo, T. (2007). O brincar nos cuidados de enfermagem à criança. In I. Camarro, L. Fradique, M.G.N. Carneiro, M.M. Guedes, & T. Rebelo, *Aprendendo o cuidado de enfermagem: Entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. (pp. 163-184). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). (Vol. I, pp. 122-183). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). (Vol. I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Jacob, S.R. (2014). The evolution of professional nursing. In B. Cherry, & S.R. Jacob (Eds.), *Contemporary nursing: Issues, trends and management* (6.th ed.). (pp. 1-20). Missouri: Elsevier.
- Jasper, M., Rosser, M., & Mooney, G. (2013). *Professional development, reflection and decision-making in nursing and health care* (2.nd ed.). Chichester: Wiley Blackwell.
- Jefferies, A.L. (2014). Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*, 19(1), 31-36. Acedido a 09.02.2019.
doi: <https://doi.org/10.1093/pch/19.1.31>.

- Johnson, B.H., & Abraham, M.R. (2012). *Partnering with patients, residents, and families: A resource for leaders of hospitals, ambulatory care settings, and long-term care communities*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.
- Jordão, K.R., Pinto L.A.P., Machado L.R., Costa L.B.V.L., & Trajano E.T.L. (2016). Possíveis fatores estressantes na unidade de terapia intensiva neonatal em hospital universitário. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(3), 310-314. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160041>.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A, & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero* (3.^a ed.). Barcelona: Masson.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *The world report on violence and health*. Geneva: WHO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=71F0FA504B6A95C8A8D8AF3B517BAEC4?sequence=1.
- Kuo, D.Z., Houtrow, A.J., Arango, P., Kuhlthau, K.A., Simmons, J.M., & Neff, J.M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal Child Health Journal*, 16(2), 297-305. doi: [10.1007/s10995-011-0751-7](https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7).
- Leandro, A. (2015). A criança sujeito autónomo de direitos humanos: Desenvolvimentos de uma aquisição civilizacional plena de virtudes. In Direção-Geral da Política de Justiça, *Promoção e proteção dos direitos das crianças na área da justiça e.book*. Lisboa: Direção-Geral da Política de Justiça. Acedido a: 20.03.2018. Disponível em: http://www.dgpi.mj.pt/sections/informacao-e-eventos/2015/e-book-promocao-e/downloadFile/file/e.book_Direitos_das_Crianças.pdf?nocache=1450712458.87.
- Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>.
- Lei n.º 147/99 (1999). Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I série A (N.º 204, 1 de Setembro de 1999), 6115-6132. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>.

- Lissauer, T., & Clayden, G. (2007). *Manual ilustrado de pediatria* (3.^a ed.). São Paulo: Elsevier Editora.
- Lopes, M.J. (2001). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações* (2.^a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Magalhães, T. (Coord.). (2010). *Abuso de crianças e jovens: Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel.
- Magalhães, F.J., Lima, F.E.T., Verganista, I.F., Barbieri, M.C., Oliveira, N., Felipe, G.F. ..., & Ximenes, L.B. (2016). Sistema de triagem numa unidade de urgência pediátrica portuguesa: Experiência em mobilidade-acadêmica internacional Brasil-Portugal. *Atas CIAIQ2016, Investigação Qualitativa em Ciências Sociais, 5.º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, 534-543. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/998/974>.
- Martins, A., Pinto, A.A., Lourenço, C.M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M.J. ..., & Santos, R.M. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52-61. Acedido a: 04.04.2018. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf.
- Mendes, M.G.S.R., & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(6), 113-121. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>.
- McKinnon, J. (2016). *Reflection for nursing life: Principles, process and practice*. New York: Routledge.
- Minami, H. (2009). Prefácio. In F. Nightingale, *Notas sobre enfermagem: Um guia para os cuidadores na atualidade* (pp. vii-ix). Loures: Lusociência.

- Moura, A.T.M.S., Moraes, C.L., & Reichenheim, M.E. (2008). Detecção de maus-tratos contra a criança: Oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24(12), 2926-2936. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200022>.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed.). (pp. 1-34). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Neves, F.G., Moraes, J.R.M.M., Morais, R.C.M., Souza, T.V., Ciuffo, L.L., & Oliveira, I.C.S. (2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3). doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160063>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE, Série I, (3:2). Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série I, (8). Lisboa: OE.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). *Doing better for families*. Paris: OECD. Disponível em: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-families_9789264098732-en#page4.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência. Disponível em: <http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança* (8.^a ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.

- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). O lugar do afecto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico: Perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 70-81. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_70-81.pdf.
- Peixoto, N.M.S.N., & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(11), 121-132. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Pereira, A.M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf).
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-intervencao-da-saude.aspx>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II, (N.º 35 de 2011-02-18), 8648-8653.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 133 de 2018-07-12), 19192-19194.
- Relvas, A.P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3.ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Rodrigues, E., & Lobo-Fernandes, M.J. (2014). Maus-tratos a crianças e jovens. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. (pp. 423-432). Lisboa: Lidel.

- Rowse, V. (2009). Support needs of children's nurses involved in child protection cases. *Journal of Nursing Management*, 17, 659-666.
doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00987.x>.
- Saewyc, E.M. (2014). Promoção da saúde do adolescente e da família. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). (Vol. I, pp. 784-823). Loures: Lusociência.
- Saltmarsh, T., & Wilson, D. (2017). Dancing around families: Neonatal nurses and their role in child protection. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2244-2255.
doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13645>.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). (Vol. II, pp. 1026-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Silva Henning, M.A., Gomes, M.A.S.M., & Morsch, D.S. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 835–852. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300008>.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Souza Martins, T.S., & Silvino, Z.R. (2010). Um marco conceitual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 340-344. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17873/11663>.
- Terra, B.B., Figueiredo, E.A., Terra, M.P.E.O.L., Andreoli, C.V., & Ejnisman, B. (2013). Maus-tratos infantis: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 48(1), 11-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2012.03.003>.

- The United Nations Children's Fund. (1979). *Alma-Ata 1978: Cuidados primários de saúde: Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978*. Brasília: UNICEF. Acedido a: 19.04.2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=5B1845C666C45AB039162030EB57202D?sequence=5.
- The United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Nova Iorque: UNICEF. Acedido a: 12.03.2018. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- The United Nations Children's Fund. (2003). *A league table of child maltreatment deaths in rich nations: Innocenti report card No.5*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>.
- Von Amann, G. (Coord.) (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: DGS. Acedido a: 24.4.2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (2.ªed.). Lisboa: Sílabo.
- Wilkinson, J. (1999). Implementing reflective practice. *Nursing Standard*, 13(21), 36-40.
- Woiski, R.O.S., & Rocha, D.L.B. (2010). Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 143-150. Disponível em: http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=521.
- World Health Organization. (2006). World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1.
- World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1>.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO I

Modelo de sistemas de Betty Neuman

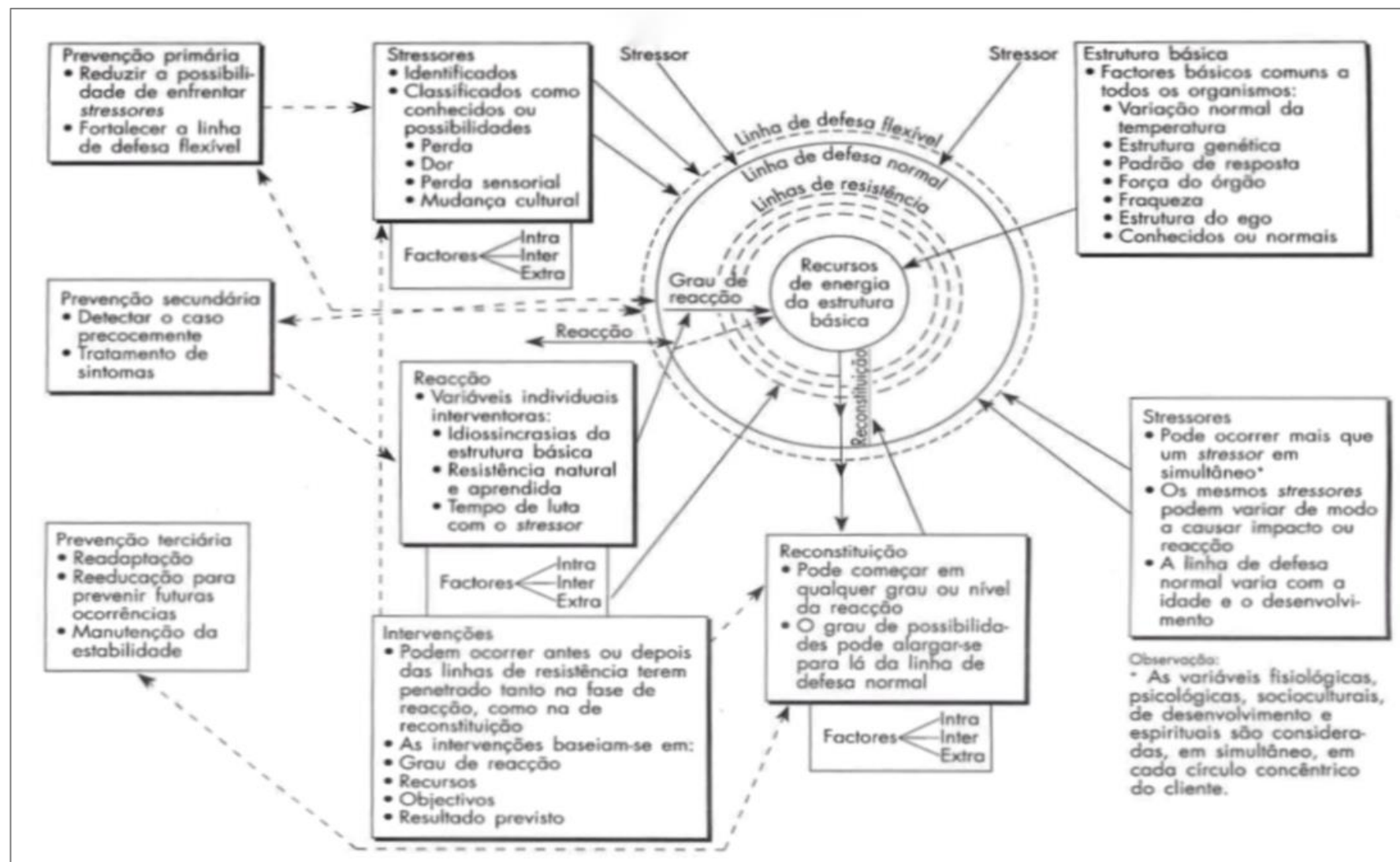


Figura 1. Modelo de sistemas de Betty Neuman (Freese, 2004, p.341).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

APÊNDICES

APÊNDICE I

Modelo de sistemas de Betty Neuman adaptado à problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos

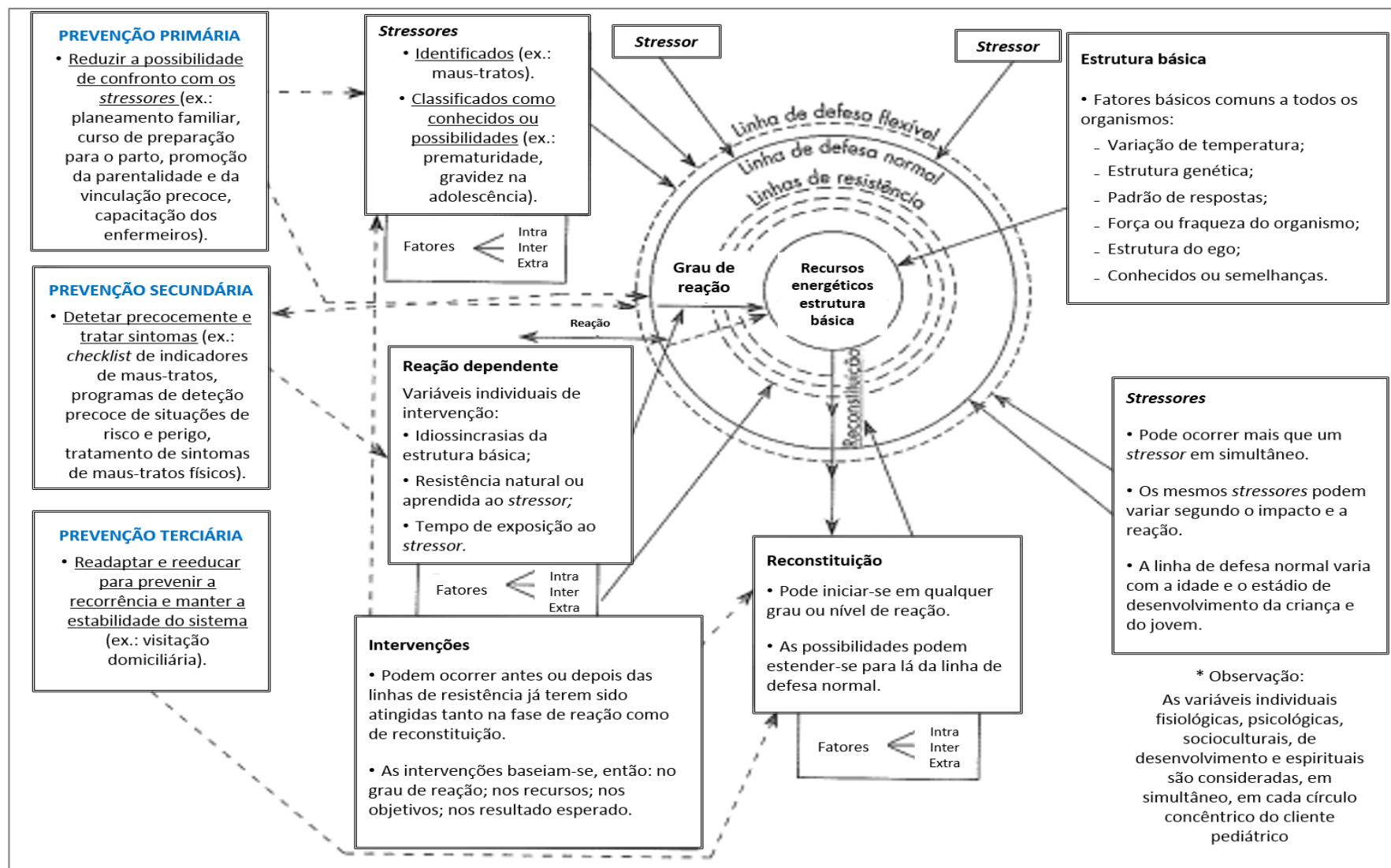


Figura 2. Modelo de sistemas de Betty Neuman adaptado à problemática dos maus-tratos a crianças e jovens (Freese, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

APÊNDICE II
Cronograma de estágios

CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS

Ano	2017														2018									
Mês	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				
Campo de estágio Dias	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	3	8	15	22	29	5	12	19	26	
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	30	5	12	19	26	2	9	16	23	2	
UCC													Férias de Natal							Elaboração do relatório de estágio				
SUP																								
IP																								
UCIEN																								
APP																								

APÊNDICE III

Documento orientador de estágios



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

DOCUMENTO ORIENTADOR DE ESTÁGIOS

Discente:

Mariana Godinho de Almeida

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa

Ano letivo 2017-2018

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, integrada no 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a elaboração de um documento orientador de estágio que permita nortear, organizar e delimitar o mesmo, constituindo-se como o instrumento de suporte e orientação aos objetivos específicos definidos e atividades planeadas que perspetivam a operacionalização do projeto de estágio previamente concebido.

Da interação entre a identificação de um problema concreto da prática de cuidados, a intenção de o resolver e a planificação de atividades que o tornem possível nasceu o projeto de estágio **“Cuidar da criança, jovem e família em situação de maus-tratos: Percurso para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista”** como um plano de trabalho, orquestrado com o duplo propósito de perspetivar não só o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e competências próprias do nível de mestrado mas também a realização de um percurso de formação individual, de desenvolvimento pessoal e profissional, que permita aprofundar conhecimentos previamente adquiridos e que contribua para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados com enfoque nos cuidados de enfermagem prestados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos.

A intenção de concretizar um projeto de estágio no âmbito da temática dos maus-tratos a crianças e jovens surgiu particularmente da conjugação entre o interesse pessoal, o percurso formativo e a prática profissional no serviço de Atendimento Permanente Pediátrico (APP), de um hospital do setor privado da saúde, desde há dez anos, onde se destacou a necessidade de abordar a problemática dos cuidados prestados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos, numa ótica da prevenção deste fenómeno de violência, decorrente da identificação de lacunas significativas no cerne da equipa de enfermagem, como a escassez de conhecimentos sobre a temática, a ausência de abordagem, de diagnóstico e de intervenção perante situações suspeitas de maus-tratos ou a constatação de tensões de carácter ético-legal que comprometem verdadeiramente a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens.

ENQUADRAMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Os maus-tratos a crianças e jovens, desde o seu nascimento até aos 18 anos de idade, consistem num grave problema de saúde pública que ocorre em todas as sociedades e países e que é o produto de fatores sociais, culturais, económicos e biológicos. Consistem numa das principais causas de disparidade no setor da saúde, que agrava a desigualdade e perpetua a injustiça social decorrente das, profundas e nefastas, consequências que acarretam a nível da saúde e do desenvolvimento infantil e juvenil (Sethi, Bellis, Hughes, Gilbert, Mitis & Galea, 2013). Este fenómeno de violência tão nefasto consiste numa violação dos direitos humanos e comporta consequências declaradamente danosas para as vítimas (Prazeres, 2014).

A incidência dos maus-tratos é bastante semelhante à de outras causas de morbilidade e mortalidade infantil e juvenil, estimando-se que anualmente, na região europeia, origem a morte prematura a 852 crianças com idade inferior aos 15 anos (Sethi et al., 2013). Existem várias formas de maus-tratos a crianças e jovens conforme o padrão é o castigo ou a negligência e conforme a área sobre a qual incidem é física, psicológica ou sexual. Neste sentido, a tipologia dos maus-tratos abrange especificamente a negligência, maus-tratos psicológicos, maus-tratos físicos, abuso sexual e transtorno factício imposto a outro ou também designada Síndrome de Münchausen por procuração (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Partindo da premissa de que as crianças e jovens representam o futuro, torna-se essencial que a prevenção dos maus-tratos nesta população, tão vulnerável, seja uma prioridade de forma a garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, assente num compromisso e numa abordagem multidisciplinar (Sethi et al., 2013). Os maus-tratos a crianças e jovens são evitáveis e as comunidades e organizações que trabalham na prevenção deste fenómeno, perante o seu próprio contexto social e cultural, têm a possibilidade de influenciar a seleção de estratégias e abordagens mais significativas para as suas populações e configurações (Fortson, Klevens, Merrick, Gilbert & Alexander, 2016).

A responsabilidade pela identificação, avaliação e prevenção dos maus-tratos é, então, da competência de múltiplos setores sociais (Prazeres, 2014). Especificamente, os profissionais de saúde devem agir como defensores da prevenção do fenómeno (Sethi et al., 2013). Contudo, no setor da saúde há uma inequívoca necessidade de melhorar os conhecimentos e competências dos enfermeiros pelo papel de destaque que detêm junto daquele que é alvo dos seus cuidados (Prazeres, 2014). As intervenções de enfermagem perante situações de maus-tratos, suspeitas ou confirmadas, são diversas e têm como principais objetivos contribuir para a satisfação das

necessidades da criança, jovem e família e para garantir da sua segurança e bem-estar. Devido ao caráter progressivo, crônico e repetitivo dos maus-tratos a crianças e jovens, as intervenções preventivas de enfermagem adquirem, então, uma grande importância em todos os contextos da prática de cuidados (Soriano, 2006). A prevenção dos maus-tratos é consubstanciada por estratégias de enfermagem, ao nível comunitário e hospitalar, que visam evitar a sua ocorrência ou a sua recorrência e que são, a título de exemplo, a realização de sessões de educação para a saúde, a promoção da vinculação precoce, a prestação direta de cuidados a crianças e jovens que evidenciem sinais e sintomas de maus-tratos, a visita domiciliária ou a referenciação de casos a outras entidades competentes nesta matéria (Prazeres, 2014).

Perante a problemática em estudo, determinou alicerçar-se a construção deste projeto de estágio nos pilares que edificam a filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica e que são, especificamente, os cuidados centrados na família (CCF), cuidados não traumáticos (CNT) e a parceria de cuidados que apoiam a família no seu papel parental, reconhecem a sua experiência no cuidar, valorizam as suas necessidades e concomitantemente incentivam o enfermeiro a ser um profissional capaz de respeitar, encorajar e potencializar a família considerando todas as suas necessidades face aos cuidados prestados (Hockenberry & Barrera, 2014). A fim de nortear a prática, elegeu-se o modelo de sistemas de Betty Neuman que perspetiva a criança, jovem e família como um sistema indivisível, holístico e multidimensional que tende a ser atingido por estímulos ou *stressores* que têm o potencial de perturbar o seu equilíbrio e bem-estar (Neuman, 2011). Simultaneamente, este modelo incorpora três níveis de prevenção – prevenção primária, secundária e terciária – que consistem em intervenções de enfermagem que perspetivam ajudar o sistema a reter, atingir ou manter a sua estabilidade perante o *stressores* identificados (Freese & Lawson, 2011). A preferência por este modelo teórico deteve-se, portanto, na sua perspetiva holística e na prevenção enquanto intervenção de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEFINIDOS E ATIVIDADES PLANEADAS POR CONTEXTO DE ESTÁGIO

A concretização deste projeto de estágio, subordinado à problemática dos maus-tratos a crianças e jovens, pressupõe a consecução de determinados resultados, designadamente, uma melhoria na qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE, que orientaram a elaboração dos seguintes objetivos gerais e específicos:

1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade:

1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP em diversos contextos clínicos;

1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento.

2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos:

2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção;

2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar;

2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos;

2d. Reconhecer intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos no serviço de urgência pediátrica (SUP).

Com o propósito de concretizar os objetivos supramencionados e de poder beneficiar de aprendizagens significativas, segue-se a apresentação dos objetivos específicos definidos e das respetivas atividades planeadas, pela ordem cronológica com que se sucederam os diversos contextos de estágio.

Contexto de estágio: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade	
Objetivos específicos	Atividades planeadas
1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCC	• Realização de uma visita guiada às instalações da UCC; • Realização de consulta de normas institucionais e de protocolos de serviço; • Identificação da visão, missão e valores da UCC; • Auscultação do EEESIP para conhecer características da população-alvo da UCC; • Observação participante da atuação da equipa multidisciplinar dando destaque à atuação do EEESIP enquanto líder da equipa, salientando a tomada de decisão, a comunicação e a gestão de conflitos na equipa; • Identificação, ao nível da prevenção primária, de elementos facilitadores da prevenção do fenómeno de maus-tratos como a estrutura e a organização do serviço ou as normas, protocolos e procedimentos existentes na UCC.
1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; • Colaboração com o EEESIP na maximização e potencialização da saúde da criança e jovem em programas como o PNSE 2015 ou o Programa Nacional de Vacinação (PNV); • Colaboração com o EEESIP na consulta de vigilância de saúde infantil preconizada pelo Programa Nacional de Saúde da Criança e do Jovem (PNSIJ); • Observação participante da aplicação de determinados instrumentos de avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil e juvenil; • Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre a prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens, na comunidade.

2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos

Objetivos específicos	Atividades planeadas
2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens, enfatizando a prevenção deste fenómeno de violência; • Observação participante da atuação da equipa de enfermagem e, particularmente, do EEESIP em diversos momentos da prática de cuidados, dando enfoque a situações de crianças e jovens em risco ou perigo; • Identificação de intervenções de enfermagem a nível da prevenção primária, secundária e terciária, levadas a cabo na UCC; • Auscultação do EEESIP para compreender a abordagem, diagnóstico e intervenção da equipa multidisciplinar, destacando o papel do enfermeiro, perante estas situações; • Colaboração, com o EEESIP, na prestação de cuidados em parceria à criança, jovem e família em situação de internamento protetor.
2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar	• Realização de uma entrevista semiestruturada ao EEESIP, membro do NACJR e da CPCJ, para compreensão de diversos aspetos relacionados com a problemática dos maus-tratos a crianças e jovens como a articulação da equipa multidisciplinar, o acompanhamento dos casos e a continuidade dos cuidados prestados; • Realização de uma visita guiada, com o EEESIP, a outros serviços ou organizações que articulem diretamente com a UCC no âmbito da problemática dos maus-tratos; • Observação participante da atuação do EEESIP perante situações de maus-tratos, destacando a articulação com o NACJR e organizações de outros níveis de intervenção; • Participação, com o EEESIP, em reuniões de equipa multidisciplinar para reflexão e discussão de casos de maus-tratos a crianças e jovens em acompanhamento; • Participação em eventos como colóquios, seminários ou <i>workshops</i> relacionados com a problemática dos maus-tratos ou outros que se revelem pertinentes.

(Continuação)

Objetivos específicos	Atividades planeadas
2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos	• Realização de uma entrevista semiestruturada ao EEESIP para diagnóstico de tensões ético-legais e constrangimentos existentes na equipa de enfermagem relacionados com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos; • Revisão de documentos normativos da profissão de enfermagem (regulamento do exercício profissional do enfermeiro, guias orientadores de boas práticas, código deontológico do enfermeiro) e de normas internacionais e estatais sobre promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem ou outros que se revelem pertinentes; • Identificação de tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos; • Observação participante da atuação do EEESIP perante uma situação de maus-tratos.

Contexto de estágio: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

1 Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade	
Objetivos específicos	Atividades planeadas
1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP no SUP	• Realização de uma visita guiada às instalações do SUP; • Realização de consulta de normas institucionais e de protocolos de serviço; • Identificação da visão, missão e valores do SUP; • Auscultação do EEESIP para conhecer características do cliente pediátrico que recorre ao SUP; • Observação participante da atuação da equipa multidisciplinar dando destaque à atuação do EEESIP enquanto líder da equipa, salientando a tomada de decisão, a comunicação e a gestão de conflitos na equipa; • Identificação, ao nível da prevenção primária, de elementos facilitadores da prevenção do fenómeno de maus-tratos como a estrutura e a organização do serviço ou as normas, protocolos e procedimentos existentes no SUP.

2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos

Objetivos específicos	Atividades planeadas
2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens, enfatizando a prevenção deste fenómeno de violência; • Observação participante da atuação da equipa de enfermagem e, particularmente, do EEESIP em diversos momentos da prática de cuidados, dando enfoque a situações de crianças e jovens em risco ou perigo; • Identificação de intervenções de enfermagem a nível da prevenção primária, secundária e terciária, levadas a cabo no SUP; • Auscultação do EEESIP para compreender a abordagem, diagnóstico e intervenção da equipa multidisciplinar, destacando o papel do enfermeiro, perante estas situações; • Colaboração, com o EEESIP, na prestação de cuidados em parceria à criança, jovem e família em situação de maus-tratos; • Colaboração, com o EEESIP, em projetos ou procedimentos que se relacionem com a problemática dos maus-tratos, como a sinalização de crianças e jovens em situação de risco ou perigo ou outros que se revelem pertinentes.
2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar	• Realização de uma entrevista semiestruturada ao EEESIP, membro do NHACJR, para compreensão de diversos aspetos relacionados com a problemática dos maus-tratos a crianças e jovens como a articulação da equipa multidisciplinar, o acompanhamento dos casos e a continuidade dos cuidados prestados; • Realização de uma visita guiada, com o EEESIP, a outros serviços ou organizações que articulem diretamente com o SUP no âmbito da problemática dos maus-tratos; • Observação participante da atuação do EEESIP perante situações de maus-tratos, destacando a articulação com o NHACJR e organizações de outros níveis de intervenção; • Participação, com o EEESIP, em reuniões de equipa multidisciplinar para reflexão e discussão de casos de maus-tratos a crianças e jovens em acompanhamento; • Participação em eventos como colóquios, seminários ou <i>workshops</i> relacionados com a problemática dos maus-tratos ou outros que se revelem pertinentes.

(Continuação)

Objetivos específicos	Atividades planejadas
2c. Identificar as principais tensões ético-legais do cotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos	• Auscultação do EEESIP para diagnóstico de tensões ético-legais e constrangimentos existentes na equipa de enfermagem relacionados com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos e que recorrem ao SUP; • Revisão de documentos normativos da profissão de enfermagem (regulamento do exercício profissional do enfermeiro, guias orientadores de boas práticas, código deontológico do enfermeiro) e de normas internacionais e estatais sobre promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem ou outros que se revelem pertinentes; • Identificação de tensões ético-legais e constrangimentos manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos e que recorrem ao SUP; • Observação participante da atuação do EEESIP perante uma situação de maus-tratos.
2d. Reconhecer intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos no SUP	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens, enfatizando as intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce deste fenómeno no SUP; • Realização de consulta de protocolos de serviço ou instruções de trabalho de atuação perante situações de risco ou perigo, em vigor no SUP; • Auscultação do EEESIP para identificar intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos; • Colaboração, com o EEESIP, na deteção precoce de maus-tratos a crianças e jovens como a identificação de sinais, sintomas e história clínica que constituam indícios de situações de maus-tratos num episódio de urgência pediátrica; • Realização de uma sessão de formação em serviço sobre a importância da intervenção da equipa de enfermagem no SUP perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos.

Contexto de estágio: Internamento de Pediatria (IP)

1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade	
Objetivos específicos	Atividades planeadas
1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP no IP	• Realização de uma visita guiada às instalações do internamento de pediatria; • Realização de consulta de normas institucionais e de protocolos de serviço; • Identificação da visão, missão e valores do IP; • Auscultação do EEESIP para conhecer características do cliente pediátrico internado no IP; • Observação participante da atuação da equipa multidisciplinar dando destaque à atuação do EEESIP enquanto líder da equipa, salientando a tomada de decisão, a comunicação e a gestão de conflitos na equipa; • Identificação, ao nível da prevenção primária, de elementos facilitadores da prevenção do fenómeno de maus-tratos como a estrutura e a organização do serviço ou as normas, protocolos e procedimentos existentes no IP.
1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito das principais patologias, da comunicação, do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem; • Planificação de cuidados a prestar à criança, jovem e família no âmbito da intervenção especializada de enfermagem; • Observação participante da prestação de cuidados de prática avançada, prestados pelo EEESIP, em distintas situações no IP; • Colaboração, com o EEESIP, na prestação de cuidados em parceria, no acolhimento ao serviço, nos cuidados diários prestados e no momento da alta.

2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos

Objetivos específicos	Atividades planeadas
2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens, enfatizando a prevenção deste fenómeno de violência; • Observação participante da atuação da equipa de enfermagem e, particularmente, do EEESIP em diversos momentos da prática de cuidados, dando enfoque a situações de crianças e jovens em risco ou perigo; • Identificação de intervenções de enfermagem a nível da prevenção primária, secundária e terciária, levadas a cabo no IP; • Auscultação do EEESIP para compreender a abordagem, diagnóstico e intervenção da equipa multidisciplinar, destacando o papel do enfermeiro, perante estas situações; • Colaboração, com o EEESIP, na prestação de cuidados em parceria à criança, jovem e família em situação de internamento protetor.
2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar	• Realização de uma visita guiada, com o EEESIP, a outros serviços ou organizações que articulem diretamente com o IP no âmbito da problemática dos maus-tratos para melhor compreensão sobre a articulação da equipa multidisciplinar, o acompanhamento dos casos e a continuidade dos cuidados prestados; • Participação, com o EEESIP, em reuniões de equipa multidisciplinar para reflexão e discussão de casos de maus-tratos a crianças e jovens em acompanhamento.

(Continuação)

Objetivos específicos	Atividades planeadas
2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos	• Auscultação do EEESIP para diagnóstico de tensões ético-legais e constrangimentos existentes na equipa de enfermagem relacionados com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em internamento protetor por maus-tratos; • Revisão de documentos normativos da profissão de enfermagem (regulamento do exercício profissional do enfermeiro, guias orientadores de boas práticas, código deontológico do enfermeiro) e de normas internacionais e estatais sobre promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem ou outros que se revelem pertinentes; • Identificação de tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em internamento protetor por maus-tratos; • Observação participante da atuação do EEESIP durante um internamento protetor por maus-tratos.

Contexto de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN)

1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade	
Objetivos específicos	Atividades planeadas
1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCIEN	• Realização de uma visita guiada às instalações da UCIEN; • Realização de consulta de normas institucionais e de protocolos de serviço; • Identificação da visão, missão e valores da UCIEN; • Observação participante da atuação da equipa multidisciplinar dando destaque à atuação do EEESIP enquanto líder da equipa, salientando a tomada de decisão, a comunicação e a gestão de conflitos na equipa; • Identificação, ao nível da prevenção primária, de elementos facilitadores da prevenção do fenómeno de maus-tratos como a estrutura e a organização do serviço ou as normas, protocolos e procedimentos existentes na UCIEN.
1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito das principais patologias e singularidades do crescimento e do desenvolvimento do recém-nascido (RN); • Planificação de cuidados a prestar ao RN e família no âmbito da intervenção especializada de enfermagem; • Observação participante da prestação de cuidados de prática avançada, prestados pelo EEESIP, em distintas situações na UCIEN; • Colaboração, com o EEESIP, na prestação de cuidados em parceria, no acolhimento ao serviço, nos cuidados diários prestados e no momento da alta.

2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos

Objetivos específicos	Atividades planejadas
2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção	• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens, enfatizando a prevenção deste fenómeno de violência; • Observação participante da atuação da equipa de enfermagem e, particularmente, do EEESIP em diversos momentos da prática de cuidados, dando enfoque a situações de RN em risco; • Identificação de intervenções de enfermagem a nível da prevenção primária, secundária e terciária, levadas a cabo na UCIEN; • Auscultação do EEESIP para compreender a abordagem, diagnóstico e intervenção da equipa multidisciplinar, destacando o papel do enfermeiro, perante estas situações; • Colaboração, com o EEESIP, na prestação de cuidados em parceria ao RN e família em situação de internamento.
2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar	• Realização de uma visita guiada, com o EEESIP, membro do NHACRJ, a outros serviços ou organizações que articulem diretamente com a UCIEN no âmbito da problemática dos maus-tratos para melhor compreensão sobre a articulação da equipa multidisciplinar, o acompanhamento dos casos e a continuidade dos cuidados prestados; • Participação, com o EEESIP, em reuniões de equipa multidisciplinar para reflexão e discussão de casos de maus-tratos a crianças e jovens em acompanhamento.

(Continuação)

Objetivos específicos	Atividades planejadas
2c. Identificar as principais tensões ético-legais do cotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos	• Auscultação do EEESIP para diagnóstico de tensões ético-legais e constrangimentos existentes na equipa de enfermagem relacionados com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em internamento protetor por maus-tratos; • Revisão de documentos normativos da profissão de enfermagem (regulamento do exercício profissional do enfermeiro, guias orientadores de boas práticas, código deontológico do enfermeiro) e de normas internacionais e estatais sobre promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem ou outros que se revelem pertinentes; • Identificação de tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em internamento protetor por maus-tratos; • Observação participante da atuação do EEESIP perante o RN e família em situação de maus-tratos.

Contexto de estágio: Atendimento Permanente Pediátrico (APP)

2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos	
Objetivos específicos	Atividades planejadas
2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção	• Observação participante da atuação da equipa multidisciplinar, com foco na equipa de enfermagem, em diversos momentos da prática de cuidados perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos; • Auscultação do EEESIP para compreender a abordagem, diagnóstico e intervenção da equipa multidisciplinar, destacando o papel do enfermeiro, perante estas situações; • Aplicação de um questionário para diagnóstico de situação sobre a abordagem, articulação e encaminhamento de crianças, jovens e famílias em situação suspeita de maus-tratos.
2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar	• Auscultação da equipa de multidisciplinar e do EEESIP para compreensão de diversos aspetos relacionados com a problemática dos maus-tratos a crianças e jovens como a articulação da equipa multidisciplinar, o acompanhamento dos casos e a continuidade dos cuidados prestados; • Aplicação de um questionário para diagnóstico de situação sobre a abordagem, articulação e encaminhamento de crianças, jovens e famílias em situação suspeita de maus-tratos.

(Continuação)

Objetivos específicos	Atividades planeadas
2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos	• Auscultação do EEESIP para diagnóstico de tensões ético-legais e constrangimentos existentes na equipa de enfermagem relacionados com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos; • Revisão de documentos normativos da profissão de enfermagem (regulamento do exercício profissional do enfermeiro, guias orientadores de boas práticas, código deontológico do enfermeiro) e de normas internacionais e estatais sobre promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem ou outros que se revelem pertinentes; • Identificação de tensões ético-legais manifestadas pela equipa de enfermagem, relacionadas com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos; • Aplicação de um questionário para diagnóstico de situação sobre a abordagem, articulação e encaminhamento de crianças, jovens e famílias em situação suspeita de maus-tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fortson, B.L., Klevens, J., Merrick, M.T., Gilbert, L.K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Freese, B.T., & Lawson, T.G. (2011). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M.R. Alligood, & A.M. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7.^a ed.). (pp. 309-334). Barcelona: Elsevier.
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). (Vol. I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed.). (pp. 1-34). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS.
- Rodrigues, E., & Lobo-Fernandes, M.J. (2014). Maus-tratos a crianças e jovens. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. (pp. 423-432). Lisboa: Lidel.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.

APÊNDICE IV

Saúde escolar – Proposta de folha de registros de enfermagem

Unidade de Cuidados na Comunidade

• Saúde Escolar •

Ano letivo: 20____/ 20____

Escola: _____

Identificação do estudante:

Nome: _____ Idade: ____ DN: ____ - ____ - ____

Ano de escolaridade: ____ Escola anterior: _____ Morada: _____

Com quem vive? ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Irmãos ☐ Outros: _____ Nacionalidade: _____

CS: _____ Enfermeiro/Médico de família: _____/_____

Dados de saúde:

Tem sido saudável? ☐ Sim ☐ Não | Se não, indicar o motivo: _____

Antecedentes pessoais: ☐ DM ☐ Epilepsia ☐ Obesidade ☐ HTA ☐ Outros: _____

Alergias: ☐ Sim ☐ Não | Se sim, qual: _____

Tem o PNV atualizado? ☐ Sim ☐ Não | Se não, indicar o motivo: _____

Pratica desporto? ☐ Sim ☐ Não | Se sim, qual: _____

Tem acompanhamento por psicólogo? ☐ Sim ☐ Não | Obs.: _____

Tem namorado(a)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável | Obs.: _____

Seguido em consulta de planeamento familiar? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável

Consome: Tabaco? ☐ Sim ☐ Não | Álcool? ☐ Sim ☐ Não | Drogas ilícitas? ☐ Sim ☐ Não

Outros registos de enfermagem:

____/____/____

____/____/____

____/____/____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Prazeres, V. (Coord.). (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

APÊNDICE V

**Entrevista semiestruturada a enfermeiros peritos: Em contexto de estágio na
UCC e no SUP**

NOTA INTRODUTÓRIA

A problemática dos maus-tratos a crianças e jovens constitui-se como um grande desafio para todos os profissionais que, nos mais diversos contextos da prática de cuidados, intervém diretamente junto desta população particularmente vulnerável. Concretamente, o enfermeiro é um profissional de saúde que estabelece uma relação de grande proximidade com o sistema a quem presta cuidados, tanto ao nível comunitário como hospitalar. Sendo da responsabilidade das ECMIJ a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens, entende-se facilmente a importância da presença de enfermeiros peritos nesta área nas equipas multidisciplinares, no primeiro nível de intervenção, não só pela especificidade das suas intervenções mas também pelos conhecimentos que possuem e que são passíveis de serem transmitidos aos pares.

Os contextos de estágio em CSP e no SUP inauguraram o contacto com este fenómeno de violência no que respeita ao diagnóstico, abordagem e encaminhamento. Na fase inicial deste percurso, e decorrente da manifesta inexperiência na área, houve a necessidade de concretizar entrevistas semiestruturadas a três EEESIP peritos na área, nestes contextos, perspetivando o contributo dos seus relatos para uma maior compreensão do fenómeno, da especificidade das intervenções preventivas de enfermagem e da abrangência dos diferentes níveis de intervenção.

A entrevista semiestruturada assemelha-se a uma conversa com o participante e não apresenta um carácter rígido e formal. Este tipo de entrevista é indicado para estudar fenómenos específicos e tem como característica central um guião de entrevista, composto por perguntas abertas, que é flexível e permite compreender melhor os assuntos de maior relevância e, ainda, comparar as informações fornecidas pelos entrevistados (Manzini, 2012). O guião de entrevista elaborado engloba um conjunto de *questões de entrevista* que foram delineadas com o principal objetivo de obter respostas a necessidades sentidas, nesta fase do percurso de estágio. Os dados fornecidos pelos participantes foram sistematizados em registo escrito, com o consentimento prévio dos próprios.

A presente atividade de estágio encontra-se dividida em quatro secções, nomeadamente: nota introdutória, onde se realiza uma breve fundamentação teórica e justifica a pertinência da sua execução; desenvolvimento, onde se incluem os documentos elaborados para a realização da mesma e que são o **consentimento informado, esclarecido e livre para participação na entrevista** e o próprio **guião de entrevista semiestruturada**; contributos das entrevistas, onde se expõem os testemunhos mais relevantes; considerações finais, onde se encontram expostas as principais conclusões e contributos da sua elaboração.

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação na entrevista

Consentimento informado, esclarecido e livre

Ex.^{mo} participante

Eu, Mariana Godinho de Almeida, enfermeira a exercer funções num Atendimento Permanente Pediátrico de um hospital do setor privado da saúde e, simultaneamente, estudante do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto de estágio que se intitula “Cuidar da criança, jovem e família em situação de maus-tratos: Percurso para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista”, sob orientação da Professora Doutora Maria da Graça Vinagre.

A sua colaboração concretiza-se na resposta à entrevista que se segue, para auscultação de importantíssimos contributos que emergem particularmente do seu percurso e experiência profissional, com o intuito de melhorar o meu entendimento sobre aspetos relacionados com a problemática dos cuidados prestados a crianças e jovens em situação de maus-tratos. Caso decida participar, é-lhe garantido anonimato e confidencialidade bem como a utilização dos dados recolhidos, exclusivamente, no âmbito deste projeto de estágio.

A sua participação tem a máxima importância pelo que, neste sentido, lhe solicito que colabore, aceitando as condições acima referidas e assinando o espaço para o devido efeito. Na expectativa da sua resposta positiva, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos e agradeço-lhe, desde já, a sua disponibilidade.

Mariana de Almeida

Declaro ter lido e compreendido o presente documento e as informações verbais fornecidas, aceitando participar nesta entrevista e permitindo a utilização das informações que irei fornecer, de forma voluntária, confiando que as mesmas serão mobilizados para o referido propósito, com garantia de anonimato e confidencialidade.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Guião de entrevista semiestruturada

Breve caracterização demográfica e profissional do participante:

Idade: _____ anos

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

Habilitações académicas: ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Pós-graduação
☐ Mestrado ☐ Especialidade ☐ Doutoramento

Situação profissional:

Tempo de exercício profissional **total:** _____ anos

Tempo de exercício profissional na **área dos maus-tratos:** _____ anos

Contexto atual de trabalho: _____

Questões de entrevista:

1. No âmbito do seu exercício profissional na área dos maus-tratos a crianças e jovens, pode descrever-me, sucintamente, o seu percurso?
2. Integra algum NACJR, NHACJR, CPCJ ou outra instituição que vise a promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens?
 - 2.1. Se sim, qual é o âmbito da sua intervenção?
3. No seu contexto profissional, perante uma situação de maus-tratos a crianças ou jovens como procede habitualmente? Com que instituições articula diretamente?
4. Pode descrever-me uma situação de maus-tratos que o tenha marcado particularmente?
5. Que constrangimentos identifica em contexto da sua prática profissional perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos?
6. Quais as principais dificuldades sentidas na deteção precoce de situações de maus-tratos a crianças e jovens?
 - 6.1. Que conselhos considera serem pertinentes para os enfermeiros que no seu dia a dia se podem deparar com situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens?

Que intervenções preventivas de enfermagem destaca perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos?

CONTRIBUTOS DAS ENTREVISTAS

Tal como anteriormente referido, esta atividade de estágio totalizou três entrevistas nos contextos de estágio em CSP e no SUP. No estágio em CSP foram realizadas duas entrevistas. O ACES a que pertence a UCC inclui dois NACJR encontrando-se um à responsabilidade do EEESIP orientador e outro à responsabilidade de outro EEESIP (enfermeiro-chefe de três das Unidades de Saúde de Cuidados Personalizados e de uma das Unidade de Saúde Familiar deste mesmo ACES), ambos peritos, com experiências profissionais na área dos maus-tratos superior a dez anos e também antigos membros da CPCJ do concelho. No estágio no SUP foi executada uma entrevista ao EEESIP orientador e perito, com uma experiência profissional na área dos maus-tratos superior a cinco anos e atual membro do NHACJR e, ainda, membro ativo da CPCJ do concelho.

A par da gradual necessidade de compreender a real dimensão do fenómeno dos maus-tratos também houve a necessidade de conhecer, de forma sucinta, o percurso profissional dos EEESIP, as instituições onde já desempenharam funções, as respetivas intervenções e alguma situação, particularmente, marcante – Questões de entrevista 1 a 4. Apesar destas informações não se encontrarem discriminadas nesta atividade, pela unicidade das mesmas, importa referir que foram bastante elucidativas do ponto de vista do impacto que este fenómeno acarreta não só para as crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos mas também para os todos os enfermeiros que, nos seus contextos da prática, lidam com esta dura realidade.

Perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos, revelou-se a necessidade de se identificar os principais constrangimentos na prática de cuidados, as dificuldades sentidas na deteção precoce e as intervenções preventivas de enfermagem que se destacam, no contexto comunitário e hospitalar – Questões de entrevista 5 a 7. Sobre os testemunhos recolhidos, que admitiram uma melhor compreensão da problemática, referem-se os seguintes:

- Nos CSP: alguns dos constrangimentos perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos são “a carência de recursos comunitários para dar resposta a situações que, com os recursos apropriados, teriam uma”, “a falta de tempo para disponibilizar ao trabalho realizado no NACJR” ou “a elevada exposição e a falta de proteção dos enfermeiros que lidam com estes casos e que, muitas vezes, cuidam de famílias maltratantes mas testemunham contra estas em tribunal” (sic); algumas das dificuldades na deteção precoce de situações de maus-tratos a crianças e jovens são “a invisibilidade dos maus-tratos”, “a falta de recursos humanos para fazer frente ao problema e providenciar uma resposta adequada” e “a falta de motivação e

de interesse por parte dos pares” (sic); algumas das intervenções preventivas de enfermagem perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos são “a promoção e educação para a saúde”, “o planeamento familiar” e “a visitação domiciliária” (sic);

- No SUP: alguns dos constrangimentos perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos são “o medo que os enfermeiros têm de ser vítimas de agressão, verbal e física, por parte dos pais maltratantes” e novamente “a falta de tempo para disponibilizar ao trabalho realizado no N(H)ACJR”; algumas das dificuldades na deteção precoce de situações de maus-tratos a crianças e jovens são a “falta de informação dos pares em relação aos maus-tratos” e “a desresponsabilização dos enfermeiros é uma realidade que merece ser solucionada tão depressa, quanto possível” (sic); algumas das intervenções preventivas de enfermagem perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos são “a formação de pares”, “a promoção da vinculação precoce” e “a implementação de *checklist* de indicadores de maus-tratos ou programas de deteção precoce de situações de risco e perigo” (sic).

Importa, ainda, destacar que este fenómeno é tão complexo e tão impercetível que exige uma intervenção multidisciplinar e que o princípio da subsidiariedade permite hierarquizar a mesma intervenção, preconizando que se esgotem todos os recursos de um determinado nível antes de se passar para o nível de intervenção seguinte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização destas três entrevistas semiestruturadas a EEESIP orientadores e peritos na área dos maus-tratos revelou-se uma atividade bastante importante para o percurso formativo e para a compreensão da problemática em estudo, nos contextos comunitário e hospitalar. O guião de entrevista semiestruturada demonstrou ser altamente securizante para a recolha e ordenação de dados verbais fornecidos pelos entrevistados. A disponibilidade destes profissionais de saúde para participarem foi basilar porque, na fase do percurso em que foram realizadas e tendo em conta as diferenças entre os contextos da prática, permitiu por um lado compreender e integrar conceitos particulares sobre o fenómeno e por outro começar a sistematização das intervenções preventivas de enfermagem perante o mesmo.

Os contributos fornecidos pelos entrevistados foram elencados no modelo de sistemas de Neuman que se revelou estruturante e organizador, do pensamento e da ação, permitindo a identificação de *stressores* (ex.: contextos socioeconómicos desfavoráveis, baixa escolaridade, pais vítimas de maus-tratos durante a infância) e de intervenções preventivas de enfermagem ao nível da prevenção primária (ex.: educação para a saúde), secundária (ex.: sinalização ao núcleos) e terciária (ex.: visita domiciliária), algo que até à data ainda era muito abstrato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manzini, E.J. (2012). Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. *Revista Percurso – NEMO*, 4(2), 149-171. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/view/18577>.

APÊNDICE VI

Sessão de educação para a saúde na comunidade: “A saúde dos mais pequenos: gestos simples também contam”

NOTA INTRODUTÓRIA

A abrangência e magnitude dos maus-tratos infantis e juvenis enfatiza a necessidade de se realizarem ações preventivas junto da família, comunidade e sociedade com o propósito de alertar para a importância da sua prevenção tornando, portanto, imprescindível o conhecimento aprofundado sobre a natureza e o contexto em que estes ocorrem, para que seja possível fazer o diagnóstico de enfermagem que subsidie a seleção e implementação de estratégias específicas de prevenção e intervenção (Martins, 2010). Assim, a educação para a saúde é considerada uma estratégia política de promoção de saúde, um meio facilitador do percurso de vida e um aliado para a mudança de comportamentos que tem o objetivo de ajudar o sistema a desenvolver a sua capacidade de tomada de decisão, tornando-o responsável pela sua saúde, capaz de colaborar no processo de mudança e de adotar um estilo de vida saudável e promotor da saúde (Simões, Nogueira, Lopes, Santos & Peres, 2011).

No contexto em CSP o enfermeiro alcança um contacto privilegiado com situações de maus-tratos a crianças e jovens o que deverá ser promotor de intervenções específicas junto do sistema derivado do profundo conhecimento que detém sobre o contexto em que este se insere (Silva, Afonso & Silva, 2014). A intervenção do EEESIP é, deste modo, decisiva para que seja possível alcançar a prevenção, proteção e promoção da saúde tendo em conta a identificação de necessidades reais ou *stressores*, revelando que este profissional de saúde possui competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam vários setores da comunidade e perspetivem a capacitação da família, garantindo a sua participação ativa (Simões et al., 2011). Assim, compreende-se a educação para a saúde como uma intervenção que cabe nos três níveis de prevenção dos maus-tratos, dando ênfase à prevenção primária através da capacitação dos pais sobre os cuidados diários que devem prestar aos seus filhos, de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação, sob pena de na ausência da satisfação destas necessidades incorrerem numa atitude entendida como negligente.

A sessão de educação para a saúde na comunidade encontra-se dividida em três secções, nomeadamente: nota introdutória, onde se realiza uma breve fundamentação teórica e justifica a importância da sua execução; desenvolvimento, onde se incluem os documentos elaborados para a realização da mesma, que revelam o planeamento, implementação e avaliação da sessão e que são, então, o **plano da sessão**, os **diapositivos da sessão** e a **folha de avaliação da sessão**; considerações finais, onde se encontram expostas as principais conclusões e contributos da sua elaboração.

Plano da sessão de educação para a saúde na comunidade

Título: “A saúde dos mais pequenos: gestos simples também contam”.

População-alvo: Pais ou cuidadores das crianças que frequentam o centro comunitário.

Objetivo geral: Sensibilizar os pais ou cuidadores para a importância da prestação de cuidados diários de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação como ações promotoras do desenvolvimento infantil adequado.

Objetivos específicos:

- Destacar particularidades do processo de desenvolvimento infantil;
- Alertar sobre a necessidade de cuidados diários de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação;
- Evidenciar consequências positivas da prestação destes cuidados para o desenvolvimento infantil.

Data: 13/10/ 2017 | **Hora:** 17h00 m | **Local:** Sala multiusos do centro comunitário | **Duração:** 35 minutos

Conteúdos programáticos	Tempo	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução: • Acolhimento dos participantes; • Apresentação do formador e do orientador; • Apresentação dos participantes; • Apresentação do tema da sessão; • Apresentação dos objetivos da sessão de educação para a saúde.	10'	Métodos expositivo	Humanos Enfermeiro orientador Educadora de infância Pais ou cuidadores Materiais Computador e Data Show com apresentação em PowerPoint	Entrega da folha de avaliação da aos participantes
Desenvolvimento: • Exposição dos conteúdos selecionados: - Definição dos conceitos de desenvolvimento infantil e de criança; - Identificação das necessidades básicas da criança de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação. • Discussão, em grupo, sobre o papel dos pais ou cuidadores na prestação de cuidados diários de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação; • Exposição de determinados benefícios da prestação destes cuidados diários para a criança.	20'			
Conclusão: • Síntese dos conteúdos programáticos; • Avaliação da sessão por parte dos participantes.	5'			

Diapositivos da sessão de educação para a saúde na comunidade



8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Contexto de estágio: Cuidados de Saúde Primários

A SAÚDE DOS MAIS PEQUENOS: GESTOS SIMPLES TAMBÉM CONTAM





Sessão elaborada por: Mariana de Almeida
Orientação de estágio: Enf.ª Inês Duarte
Docente orientador: Prof.ª Doutora Maria da Graça Vinagre
Outubro de 2017

OBJETIVOS

Objetivo geral: Sensibilizar os pais ou cuidadores para a importância da prestação de cuidados diários de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação como ações indispensáveis para o desenvolvimento infantil adequado.

Objetivos específicos:

- Destacar particularidades do processo de desenvolvimento infantil;
- Alertar sobre a necessidade de cuidados diários de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação;
- Evidenciar consequências positivas da prestação destes cuidados para o desenvolvimento infantil.

SUMÁRIO

- Definição dos conceitos de desenvolvimento infantil e de criança
- Identificação das necessidades básicas da criança de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação
- Discussão sobre o papel dos pais ou cuidadores na prestação de cuidados diários de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação
- Exposição de determinados benefícios da prestação destes cuidados diários para a criança

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

- **Processo** fundamental do desenvolvimento humano, **complexo, contínuo e dinâmico**, que resulta da interação entre a herança genética e as influências do meio ambiente em que a criança vive.
(Castelo & Fernandes, 2009)
- **Aperfeiçoamento e diferenciação** de determinadas funções, com **aquisição gradual de competências**, progressivamente mais complexas e com vista à **autonomia da criança**.
(Ordem dos Enfermeiros, 2010)
- **Fundamental para o desenvolvimento humano, principalmente, nos primeiros anos de vida em que é moldada a arquitetura cerebral da criança**.
(Pinto, 2009)

1

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O entendimento dos PAIS OU CUIDADORES sobre as características e necessidades básicas da criança ajuda a promover o desenvolvimento infantil e OS CUIDADOS DIÁRIOS QUE LHE PRESTAM SÃO MOMENTOS FUNDAMENTAIS DE PROMOÇÃO DESSE MESMO DESENVOLVIMENTO.

(Mello, Henrique, Pancieri, Verissimo, Toneto & Malone, 2014)

2

CRIANÇA É

Todo o ser humano desde o seu nascimento até aos dezoito anos.

(UNICEF, 1989)

Ser criança pressupõe:

- ✓ Viver uma **infância feliz**;
- ✓ Gozar de **cuidados apropriados** antes e depois do nascimento;
- ✓ Desfrutar de **direitos e liberdades** que sejam realmente aplicados;
- ✓ Usufruir de **proteção jurídica**. (UNICEF, 1989)

... E ainda:

- ✓ Ter direito a proteção e cuidados adequados às suas necessidades;
- ✓ **Beneficiar de ações que tenham em conta o seu superior interesse**;
- ✓ Manter relações com os pais ou cuidadores que sejam favoráveis do seu crescimento e desenvolvimento. (UNICEF, 1989)



3

NECESSIDADES BÁSICAS DA CRIANÇA

Para proporcionar o bem-estar da criança e promover o desenvolvimento infantil adequado é essencial satisfazer necessidades diárias de:



QUE CUIDADOS DIÁRIOS DE AFETO, SAÚDE, ALIMENTAÇÃO, HIGIENE E EDUCAÇÃO PODEMOS PRESTAR



CUIDADOS DIÁRIOS DE AFETO

- ✓ Figura de referência que se encontre acessível e disponível, física e mentalmente
- ✓ Capacidade de proteção da criança contra certos perigos
- ✓ Interesse e atenção aos sinais da criança e às suas necessidades
- ✓ Transmissão de afetos e compreensão de pedidos dos mesmos
- ✓ Determinação de rotinas ao longo do dia para tornar o ambiente previsível e seguro
- ✓ Capacidade para entender, verbalizar e refletir os sentimentos e emoções da criança
- ✓ Reforço positivo dos comportamentos e expressões adequadas

Para evitar:

- ✗ Sensação de abandono, indisponibilidade e incompreensão
- ✗ Dificuldade e/ou ausência de uma relação de segurança
- ✗ Castigos frequentes e/ou desproporcionados



(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

CUIDADOS DIÁRIOS DE SAÚDE

- ✓ Vigilância periódica do estado global de saúde
- ✓ Seguimento nas consultas indicadas no Programa Nacional de Saúde da Criança e do Jovem (PNSCJ)
- ✓ Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV)
- ✓ Seguimento adequado em caso de doença crónica

Para evitar:

- ✗ Ausência ou demora na procura de cuidados de saúde
- ✗ Infecções e/ou doenças recorrentes sem causa determinada
- ✗ Doença crónica sem cuidados adequados
- ✗ Atraso e/ou incumprimento do PNSCJ e/ou PNV



(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

7

CUIDADOS DIÁRIOS DE ALIMENTAÇÃO

- ✓ Alimentação suficiente e variada diariamente
- ✓ Alimentação adequada a um bom estado nutricional
- ✓ Hábitos alimentares adaptados ao estágio de desenvolvimento e ao gasto de energia

Para evitar:

- ✗ Dieta desadequada
- ✗ Desnutrição e desidratação
- ✗ Excesso de peso para a idade
- ✗ Débil progressão ponderal
- ✗ Perturbações do comportamento alimentar
- ✗ Comportamentos alimentares bizarros



(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

8

CUIDADOS DIÁRIOS DE HIGIENE

- ✓ Hábitos de higiene adequados
- ✓ Higiene corporal e oral
- ✓ Higiene do vestuário e da alimentação
- ✓ Higiene da casa e do ambiente

Para evitar:

- ✗ Falta de hábitos e/ou carência de higiene
- ✗ Sujidade corporal e da roupa
- ✗ Aspeto desleixado e/ou mal cuidado
- ✗ Presença de parasitas no corpo e/ou no ambiente



(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

9

CUIDADOS DIÁRIOS DE EDUCAÇÃO

- ✓ Proporcionar ambientes que estimulem a curiosidade da criança com consciência e responsabilidade
- ✓ Cumprir um plano de educação de qualidade adaptado ao seu estágio de desenvolvimento
- ✓ Implementar regras e métodos de estudo ou solicitar acompanhamento apropriado

Para evitar:

- ✗ Alterações ao nível do desenvolvimento infantil
- ✗ Perturbações nas aquisições de competências sociais e intelectuais



(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

10

SÍNTESE



- ✓ O desenvolvimento infantil é um processo complexo que visa a autonomia da criança;
- ✓ O entendimento dos pais ou cuidadores sobre as necessidades básicas da criança é essencial para o seu desenvolvimento;
- ✓ A prestação de cuidados diários de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação é fundamental para proporcionar bem-estar e para promover o desenvolvimento infantil adequado.

Proporcionar à criança oportunidades para que tenha um desenvolvimento adequado é talvez o que de mais importante se pode oferecer à espécie humana.

(Figueiras, Souza, Reis & Benguigui, 2005)

11

QUESTÕES





MUITO OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31(1), 12-17.

Figueiras, A.C., Souza, I.C.N., Rios, V., & Benguigui, Y. (2005). *Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde.

Mello, D.F., Henrique N.C.P., Pancieri L., Veríssimo M.L.O.R., Tonete V.L.P., & Malone, M. (2014). Childs afety from the perspective of essential needs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(4), 604-610.

Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Rev. Port. Clin. Geral*, 25(6), 677-687.
Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – Intervenção da Saúde: Documento Técnico*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.

UNICEF. (1989). *Convenção sobre Direitos da Criança*. Nova Iorque: UNICEF

Folha de avaliação da sessão de educação para a saúde na comunidade

“A saúde dos mais pequenos: gestos simples também contam”

No final da sessão agradece-se a sua colaboração através do preenchimento desta folha de avaliação. Assinale com um (X) no valor da escala numérica que considera mais adequado à avaliação dos itens abaixo indicados.

	1	2	3	4
	Insuficiente	Médio	Bom	Excelente
O tema da sessão foi interessante e oportuno				
Os objetivos propostos foram cumpridos				
Os conteúdos apresentados foram úteis e convenientes				
A linguagem utilizada foi clara e precisa				
A metodologia utilizada foi apropriada aos participantes				
O tempo de duração da sessão foi adequado				
O formador interagiu de forma positiva com o grupo				
O formador demonstrou dominar os conteúdos				

Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

Comentários

NOME (opcional): _____ | Data: ____/____/____

Muito obrigada pela sua colaboração

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sessão de educação para a saúde contou com a presença de 5 participantes, mães de crianças em idade pré-escolar que frequentavam o centro comunitário, de duas educadoras de infância e do EEESIP orientador. Do momento de discussão em grupo promovido durante esta sessão, para auscultação da opinião dos participantes sobre as necessidades básicas da criança e a importância de se prestarem cuidados diários que as suprimam, identificou-se a necessidade de reforçar a importância de nutrir as relações de afetos, no quotidiano da família, como veículo promotor da vinculação e de laços de maior profundidade que se constituam, assim, como fator protetor para a ocorrência de maus-tratos.

Concluída a sessão de educação para a saúde, procedeu-se à sua avaliação através do preenchimento do instrumento elaborado para o efeito a fim de se compreender o impacto e a satisfação dos participantes face à mesma. Da análise de dados, pretende referir-se que os itens *o tema da sessão foi interessante e oportuno, os objetivos propostos foram cumpridos, os conteúdos apresentados foram úteis e convenientes, a metodologia utilizada foi apropriada aos participantes, o tempo de duração da sessão foi adequado e o formador interagiu de forma positiva com o grupo* obtiveram 100% de concordância no valor 4 da escala numérica. Como principal limitação pretende referir-se que 40% dos participantes classificaram no valor 3 o item *a linguagem utilizada foi clara e precisa* e 20% no mesmo valor o item *o formador demonstrou dominar os conteúdos* o que justifica não só refletir sobre a necessidade de adaptar a linguagem, escrita e verbal, para que futuramente a mensagem passasse integralmente para o público-alvo mas também evidencia que, esta problemática exige um profundo entendimento sobre a mesma para que seja possível abordar-se certas particularidades do fenómeno de forma a fortalecer a linha de defesa normal do sistema e, naturalmente, a prevenir a sua ocorrência. A presença do EEESIP orientador perito na área foi, incontestavelmente, securizante uma vez que a sua intervenção permitiu prestar os devidos esclarecimentos aos participantes e revelou, ainda, a proximidade e influência que este tem com a comunidade.

Ao compreender que, independentemente do contexto, o enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo com o sistema, torna-se premente a necessidade de refletir sobre a sua intervenção junto do mesmo. O EEESIP nos CSP é detentor da enorme responsabilidade de tentar compreender o contexto familiar e a dimensão do fenómeno na comunidade pois só assim será possível planear intervenções que possam minimizar tanto a sua ocorrência, como o seu impacto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31(1), 12-17.
- Figueiras, A.C., Souza, I.C.N., Rios, V., & Benguigui, Y. (2005). *Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Acedido a: 01.03.2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>.
- Martins, C.B.G. (2010). Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Enferm.*, 63(4), 600-605. Acedido a: 07.03.2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/24.pdf>.
- Mello, D.F., Henrique N.C.P., Pancieri L., Veríssimo M.L.O.R., Tonete V.L.P., & Malone, M. (2014). Childs safety from the perspective of essential needs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(4), 604-610. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3651.2458>
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE, Série I, (3:1). Lisboa: OE.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Rev. Port. Clin. Geral*, 25(6), 677-687.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde*. Lisboa: DGS.
- Silva, D.M., Afonso, V.L.F., & Silva, E.M.B. (2014). Conhecimento dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium*, 47, 69-82.
- Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N., & Peres, S. (2011). Educação para a saúde, um aliado para a mudança de comportamentos. *Açoriano Oriental*, 11, 20. Acedido a: 28.02.2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3889/25set2011.pdf>.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- The United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Nova Iorque: UNICEF.

APÊNDICE VII

Reflexão crítica individual: Cuidados especializados na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil

NOTA INTRODUTÓRIA

Na USF, a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil rege-se pelas orientações do PNSIJ e do PNV, recebe crianças e jovens entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de vida que se encontram acompanhados pelos pais ou cuidadores e é da responsabilidade do EEESIP, que a coordena e realizada. Esta consulta é feita em articulação não só com a consulta médica mas também com outras valências multidisciplinares, sendo considerada uma intervenção autónoma de enfermagem que inclui simultaneamente: a avaliação do estado global de saúde da criança e jovem (biometria, dentição e exame objetivo); a avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil através da aplicação de instrumentos como a Escala de Mary Sheridan Modificada; a vacinação; a educação para a saúde; bem como os cuidados antecipatórios. Os registos de enfermagem são realizados tanto no sistema informático da USF, como no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e no Boletim Individual de Saúde – Registo de vacinações.

Neste contexto, cuja permanência foi muito breve mas identicamente enriquecedora, a observação e a colaboração com o EEESIP, em três consultas em idades-chave – 6 meses, 12 meses e 5 anos – permitiu compreender a riqueza e a importância deste momento não só para o EEESIP no que respeita à recolha de dados sobre o crescimento e desenvolvimento, à educação para a saúde, à prestação de cuidados antecipatórios e à promoção da parentalidade mas também para a família que encontra, aqui, um contexto de práticas de cuidados especializados, onde têm a oportunidade de exporem preocupações, esclarecerem dúvidas e expressarem sentimentos e emoções relacionadas com o processo de crescimento e de desenvolvimento dos seus filhos.

Reflexão crítica individual: Cuidados especializados na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil

Ao longo do tempo, tem-se vindo a assistir a um interesse gradual pelo desenvolvimento infantil e juvenil, a uma progressiva noção da multiplicidade de fatores que nele interferem e a uma melhor capacidade de discernir sobre diferentes aspetos e patologias (Pinto, 2009). Este processo tem como propósito a aquisição de autonomia, tornando-se essencial uma avaliação sistemática do mesmo que admita realizar intervenções e diagnósticos precoces que maximizem o potencial de desenvolvimento da criança e do jovem (Castelo & Fernandes, 2009). Este é um processo dinâmico, contínuo e constante quanto à ordem de aparecimento de diferentes funções mas cuja passagem de um estágio para outro e a aquisição de novas aprendizagens variam em cada criança (Prazeres, 2013).

O novo PNSIJ apresenta como principais modificações a alteração na cronologia das consultas em idades-chave da vigilância, a adoção das curvas de crescimento preconizadas pela OMS, o enfoque nas perturbações emocionais, do comportamento e, também, nos maus-tratos. A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil constitui-se, pois, como uma oportunidade privilegiada para determinadas intervenções, nomeadamente, a triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações de maior complexidade (Prazeres, 2013). A vigilância engloba, em concreto, atividades que promovem o desenvolvimento e a deteção de alterações, num processo contínuo e flexível, que integra um conjunto de informações que são fornecidas pela família e também pelos profissionais de várias áreas que acompanham a criança e o jovem (Figueiras, 2015).

As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil em que houve a possibilidade de colaborar foram de crianças seguidas pelo EEESIP desde o seu nascimento, circunstância esta que tornou bastante evidente a relação de proximidade que se estabelece entre o próprio e a criança, jovem e família, devido aos laços de confiança que se vão criando ao longo do ciclo de vida. Durante estas consultas, revelou-se essencial que o EEESIP tenha uma visão holística do sistema quanto às suas variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Foi possível compreender que atua, com grande impacto, ao nível da identificação de possíveis *stressores* que tenham a capacidade de interferir com o equilíbrio e o bem-estar do sistema, o que permite ao próprio adequar e direcionar os cuidados antecipatórios e a educação para a saúde. Em todas as consultas, o EEESIP procedeu à avaliação dos seguintes parâmetros: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e

adaptação social; estado global de saúde da criança e do jovem (biometria, dentição e exame objetivo).

Segundo refere Prazeres (2013), a valorização dos cuidados antecipatórios é, pois, um fator de promoção da saúde e de prevenção da doença. Apesar destes cuidados antecipatórios estarem previstos na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, foi notória a adequação dos mesmos em cada consulta e perante as necessidades de cada sistema. Das intervenções do EEESIP analisadas na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, destacaram-se, então, as seguintes:

- Na consulta dos 6 meses: os cuidados antecipatórios recaíram sobre a alimentação do lactente e, ainda, sobre a importância da introdução de novos alimentos nesta fase de vida, tendo sido valorizada a decisão de manter o aleitamento materno exclusivamente até esta altura. Durante esta consulta foi entregue um folheto sobre a temática da alimentação e esclarecidas algumas questões colocadas pelos pais;
- Na consulta dos 12 meses: os cuidados antecipatórios incidiram mais concretamente sobre o comportamento da criança em consulta, tendo sido feito o reforço positivo sobre a sua capacidade exploratória sobretudo pelo facto desta se encontrar, desde há um mês, com um colete gessado para tratamento de escoliose de início precoce, cuja permanência estava prevista por um período mínimo de 6 meses;
- Na consulta dos 5 anos: os cuidados antecipatórios incidiram sobre o processo de desenvolvimento, onde se revelou a importância da estimulação da criatividade e da criação de hábitos de leitura, bem como dos hábitos de sono, onde se evidenciou a importância do número de horas de descanso adequado à idade, devido ao facto de coincidir com a entrada para o 1.º ciclo do ensino básico.

Neste contexto, tive a oportunidade de mobilizar conhecimentos que discorrem do meu percurso profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais, o que se revelou uma mais-valia e dos quais se evidenciam: a realização de educação para a saúde (ex.: técnica de lavagem nasal ou técnica de massagem terapêutica) para alívio sintomático e conforto do latente; a aplicação de estratégias não farmacológicas de controlo da dor (ex.: sucção não nutritiva) durante a realização de procedimentos dolorosos como, a título de exemplo, a vacinação na consulta dos 4 meses ou a utilização da brincadeira terapêutica como estratégia de comunicação na consulta dos 5 anos de idade. O desenvolvimento destas intervenções admitiram não só ajudar a capacitar os pais para o seu papel parental mas também a prestar CCF, CNT e em parceria mobilizando conhecimentos previamente adquiridos.

A vigilância do desenvolvimento infantil e juvenil não deve basear-se numa abordagem meramente qualitativa, decorrente de uma avaliação fundamentada em senso clínico, mas sim em instrumentos, validados e concretos, que permitam melhorar a deteção de alterações do desenvolvimento (Sices, 2007). Deste modo, importa reforçar que o PNSIJ apresenta a Escala de Mary Sheridan Modificada como o instrumento validado para utilizar durante a avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil que, complementarmente, é de aplicação rápida, precisa e viável (Regulamento n.º 122/2011; Prazeres, 2013).

A constatação de outras boas práticas na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil surge, no escopo da ação do EEESIP, com a aplicação da Escala de Mary Sheridan Modificada, em todas as consultas realizadas. Perante este instrumento, uma vez que a sua utilização exige treino e que o tempo de permanência nesta consulta foi bastante reduzido, procedeu-se apenas à observação participativa da sua aplicação, tendo sido possível constatar que o seu correto e melhor manuseamento discorre da experiência profissional do EEESIP e que, segundo a opinião do mesmo, necessita de formação específica para se otimizar a sua aplicação. Parece, então, ser indispensável que os enfermeiros, que exercem funções no âmbito da saúde infantil e juvenil, tenham conhecimentos aprofundados sobre a complexidade do processo de desenvolvimento para reconhecerem, precocemente, comportamentos sugestivos de alterações e para intervirem adequada e atempadamente.

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil consiste numa atividade autónoma do EEESIP e a oportunidade de colaborar com este, em três consultas em idade-chave, também ocasionou uma análise mais aprofundada sobre as diretrizes incluídas do PNSIJ, com o intuito de aprofundar ou adquirir conhecimentos mais sólidos sobre o crescimento e o desenvolvimento normal, de consolidar a importância de realizar a anamnese dirigida e de identificar *stressores* que interfiram com o equilíbrio do sistema e que possam ocasionar a instabilidade do mesmo e, particularmente, possam ser potenciadores da ocorrência ou recorrência de maus-tratos. Da análise e reflexão sobre prática de cuidados especializados ao sistema em CSP compreendeu-se que esta incide, grandemente, sobre a prevenção primária com o propósito de capacitar os pais de forma a fortalecer as linhas flexíveis de defesa e diminuir o confronto com *stressores*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção de alcançar o máximo de experiências significativas, em cada contexto de estágio, com o intuito de dar resposta às necessidades de aprendizagem e formação, alavancou a colaboração com o EEESIP nestas três consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil o que permitiu, por um lado, responder aos objetivos específicos 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP na UCC, 1b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em diferentes estádios de desenvolvimento dando enfoque à promoção do crescimento e do desenvolvimento e 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção e, por outro lado, desenvolver as competências específicas de EEESIP “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193) e “E3. Presta cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31(1), 12-17.
- Figueiras, A.C. (2015). Vigilância do desenvolvimento da criança. *Boletim do Instituto de Saúde*, 16(1), 77-83. Acedido a: 20.03.2018. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_16_1_julho_2015.pdf.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(6), 677-687. Acedido a: 24.03.2018. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10694>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II, (N.º 35 de 2011-02-18), 8648-8653.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 133 de 2018-07-12), 19192-19194.
- Sices, L. (2007). Use of developmental milestones in pediatric residency training and practice: time to rethink the meaning of the mean. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(1), 47-52.

APÊNDICE VIII

**Reflexão crítica individual: 3.º Workshop Emoções em Saúde “Team Building:
gestão das emoções em enfermagem”**

NOTA INTRODUTÓRIA

Historicamente, as intervenções associadas ao enfermeiro e ao domínio da sua prática quotidiana encontram-se relacionadas com a prestação direta de cuidados mas, de uma forma progressiva, tem-se assistido à incorporação de novas funções no seu raio de ação e, atualmente, no domínio da gestão em saúde, o papel do enfermeiro em áreas de implementação, manutenção e desenvolvimento é manifesto e basilar, proporcionando a assunção do seu papel de liderança não só em contextos relacionados com a prestação direta de cuidados mas também no cerne da equipa multidisciplinar, enquanto elemento de referência. Esta constatação verte diretamente do contexto da prática onde tenho desenvolvido competências pessoais e profissionais e onde, no presente momento, assumo funções de chefia que me têm colocado desafios que compreendo que devem ser geridos, com e em equipa, para os quais não estava plenamente desperta.

A título individual, resultante das incertezas, desafios e aspirações que têm surgido, das funções e responsabilidades profissionais que tenho vindo a acumular e, ainda, da complexidade inerente à problemática dos maus-tratos a criança e jovens, senti que a integração de novos conhecimentos do domínio da comunicação, gestão e liderança seria enriquecedora e benéfica na ótica da capacitação pessoal e do desempenho profissional. Neste sentido e com o intuito de também perspetivar o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE, optei por participar no 3.º Workshop Emoções em Saúde “Team Building: gestão das emoções em enfermagem” facultado pela Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL, alcançando a sua pertinência e o contributo da participação no mesmo.

Em contexto de estágio no SUP, serviço semelhante em termos de dinâmica funcional e estrutura organizacional ao serviço de APP onde exerço funções, a oportunidade de analisar e refletir sobre a resposta da equipa de enfermagem face a uma situação de maus-tratos, revelou o quão desconcertante pode ser este confronto, o que me permitiu equacionar de que forma se pode promover eficazmente o desenvolvimento da equipa através da gestão das emoções dos enfermeiros e do *team building* perante estas situações.

Reflexão crítica individual: O 3.º Workshop Emoções em Saúde “Team Building: gestão das emoções em enfermagem”

Resultante do meu percurso profissional, atualmente entendo com clareza que cuidar do sistema em situação de doença aguda é um desafio diário para o enfermeiro, não descurando que a pluralidade de situações clínicas e respostas humanas exigem, ao próprio, a mobilização de um conjunto de características cognitivas, comportamentais e relacionais, que lhe permita responder de forma adequada aos problemas identificados em cada situação, promovendo a maximização da saúde do sistema. Neste sentido, perante o confronto da equipa de enfermagem do SUP com uma situação já confirmada e emocionalmente intensa de maus-tratos físico a uma jovem, penso que parte da resposta do enfermeiro deve, então, incluir a gestão das suas próprias emoções, perspetivando a sua capacitação para lidar com este tipo de situações e a prestação de cuidados de excelência ao sistema em situação de maus-tratos.

As relações interpessoais estão entranhadas de emoções que dão um sentido ao agir e ao cuidar do enfermeiro. Inerentes aos cuidados que se prestam, as emoções e os sentimentos sustentam o ato de cuidar e norteiam o relacionamento criado, colmatando o vazio dos cuidados tecnicistas (Diogo, 2006). As emoções consistem naquilo que se está a sentir, podem ter um carácter positivo ou negativo, serem gratificantes ou perturbadoras e são desencadeadas por um evento associado a uma experiência emocional. A gestão emocional, enquanto competência, é elementar na relação terapêutica e possibilita, ao enfermeiro, não só revelar sensibilidade e compreensão pelo outro mas também aprender a lidar com a influência das emoções em si, mostrando o seu contributo como dimensão do processo de cuidar (Diogo, 2012).

Elencada na oportunidade de integrar a equipa multidisciplinar do SUP e perante o caso de uma jovem que recorreu ao serviço, acompanhada pelo padrasto, por história de agressão física pela mãe há dias (situação já confirmada e em acompanhamento pela PSP), a convicção sobre a importância da gestão das emoções, por parte dos enfermeiros, adquiriu outra dimensão perante as emoções negativas, manifestadas pela equipa multidisciplinar, de “repugnância” e “raiva” em relação à mãe pela sua conduta violenta passível de se observar nas marcas físicas ainda visíveis no corpo da jovem e de “indignação” em relação ao padrasto por não ter sido capaz de evitar a agressão.

Segundo Diogo e Rodrigues (2012), uma das problemáticas que emerge na prática de enfermagem é a experiência emocional intensa de cuidar, vivenciada pelos enfermeiros, que se manifesta frequentemente através do stress, exaustão e *burnout*. De uma forma complementar, Diogo (2006) ressalva que a capacidade do enfermeiro para perceber e nomear as suas emoções

e sentimentos é uma das principais competências de regulação das emoções, que pode ser difícil de alcançar mas é passível de ser exercitada, como se de um treino se tratasse. Esta capacidade exige-lhe as qualidades de ser capaz de conhecer e gerir as suas emoções, de se automotivar, de reconhecer as emoções dos outros e gerir relacionamentos. No contexto da prática de cuidados, o confronto do enfermeiro com crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos é gerador de um permanente estado de alerta e de emoções como a preocupação, angústia, impotência ou revolta que necessitam de ser geridas, internamente, durante a prestação de cuidados (Angelo, Prado, Cruz & Ribeiro, 2013).

A meu ver, a associação entre um serviço impregnado de elevados níveis de stress como o SUP e uma situação transtornante como a dos maus-tratos a crianças e jovens faz sobressair a necessidade dos enfermeiros estarem capacitados para gerir as suas emoções e, naturalmente, aumentarem os níveis de eficácia da equipa, de forma a prestar melhores cuidados. Acerca da gestão emocional dos enfermeiros perante a situação presenciada, constatou-se que numa fase inicial e associado à parca informação sobre o contexto da agressão, as emoções expressas por alguns enfermeiros de cuidados gerais eram negativas e inseridas num discurso preconceituoso sobre o comportamento da mãe que “devia estar chateada com outro assunto e descarregou em cima da miúda” (sic) e sobre a atitude do padrasto que “podia ter sido menos passivo e retribuído a meiguice” (sic). Contudo, durante este episódio, os ânimos foram serenando principalmente devido à intervenção conciliadora e ao discurso assertivo do EEESIP orientador e perito na área junto da equipa de enfermagem, o que deu lugar a uma progressiva compreensão da situação ocorrida e a uma crescente empatia pelo padrasto que se encontrava presente e era muito zeloso com a enteada vítima de agressão. Durante o episódio no SUP a abordagem e encaminhamento do sistema foram concretizadas pelo EEESIP e pelo pediatra responsável (atual presidente do NHACJR) que mantiveram sempre uma atitude neutra, proporcionando um ambiente de maior privacidade e segurança, isento de juízos de valor e de suposições. A atitude revelada por estes profissionais foi a principal impulsionadora e geradora da mudança comportamental na restante equipa que passou a privilegiar o conhecimento da situação ao invés de proferir julgamentos e suposições sobre a mesma.

O enfermeiro necessita de orientação, treino e experiência para ser capaz de manobrar, de forma adequada, toda a complexidade intrínseca a situações de maus-tratos, de modo a tornar menos penosa a experiência de cuidar do sistema (Angelo et al., 2013). A reflexão e a discussão, entre os enfermeiros, sobre as vivências emocionalmente intensas associadas ao fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens devem ser estimuladas em contexto profissional e em espaços de formação porque a magnitude deste problema não permite que seja tratado com um olhar

individualizado ou impregnado de preconceitos. É essencial pensar em estratégias de suporte adequadas às necessidades dos envolvidos, não descurando o suporte aos elementos da equipa multidisciplinar e, logicamente, aos enfermeiros (Angelo et al., 2013).

Construir equipas de enfermagem saudáveis refere-se a estratégias e ações que permitam a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e a maximização dos resultados do sistema através do estabelecimento de uma cultura organizacional que valorize o trabalho em equipa, promovendo processos positivos e incentivando comportamentos individuais que favoreçam o funcionamento da equipa (Woten, 2014). O *team building* surge, assim, como um conjunto de estratégias planeadas que perspetiva a obtenção de resultados positivos, através da análise da informação sobre o funcionamento da equipa e tem o propósito de melhorar o seu desempenho individual e coletivo (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço, 2012).

Ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica emanados pela OE e assente nos pilares que edificam a filosofia dos cuidados pediátricos, o EEESIP deve privilegiar a interação e a comunicação com o sistema, mantendo uma atitude neutra e imparcial perante o mesmo em qualquer situação de cuidados. Simultaneamente, no cerne da equipa multidisciplinar, a intervenção do EEESIP enquanto líder e elemento agregador revela-se incontestável. Assim, perante o confronto dos enfermeiros do SUP, ou de qualquer outro serviço de pediatria, com situações emocionalmente intensas como as de crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos, sobressai como possível estratégia de *coping* coletiva a implementação de reuniões multidisciplinares, com uma intencionalidade terapêutica, que fomentem a reflexão sobre as práticas, permitam o escape emocional, facilitem o trabalho em equipa e melhorem a qualidade dos cuidados prestados. Partindo da premissa de que todos os elementos terão disponibilidade para participar, alcança-se o contributo de diversas disciplinas e a obtenção de mais ganhos em saúde. O recurso ao *team building* para gestão das emoções dos enfermeiros parece uma estratégia muito útil havendo, com certeza, tantas outras estratégias passíveis de serem aplicadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sentido de responsabilidade para intervir, de forma antecipada e preventiva, junto do sistema em situação de maus-tratos tem sido uma constante neste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, com as respeitantes dificuldades. Porém, a oportunidade de refletir sobre o impacto que este fenómeno de violência também comporta para os profissionais de saúde que lidam diariamente com o mesmo, com enfoque nos enfermeiros, permitiu alcançar a relevância da intervenção dos EEESIP peritos na área e da implementação de diferentes estratégias que permitam a gestão emocional como, por exemplo, o *team building*. Só através deste exercício de reflexão, sobre e na, ação, se poderão transformar as práticas e obter ganhos em saúde. A concretização desta reflexão crítica individual permitiu dar resposta aos objetivos específicos 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção, 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar e, ainda, 2c. Identificar as principais tensões ético-legais do quotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos. Em paralelo também assentiu o desenvolvimento das competências comuns EE “A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais: A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (Regulamento n.º 122/2011, p. 8650), “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional: C1.1. Optimiza o processo de cuidados do nível da tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011, p.8652) e “D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade: D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (Regulamento n.º 122/2011, p.8652), bem como o desenvolvimento da competência específica de EE “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angelo, M., Prado, S.I., Cruz, A.C., & Ribeiro, M.O. (2013). Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças vítimas de violência intrafamiliar: Uma análise fenomenológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3), 585-592. Acedido a: 03.01.2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a03.pdf>.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., & Rodrigues, L. (2012). O trabalho emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 62-71. Acedido a: 11.01.2018. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo4_62-71\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo4_62-71(1).pdf).
- Homem, F., Patrício, M.F., Cardoso, R., & Lourenço, A.C. (2012). *Team building e a enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 169-177.
doi: 10.12707/RIII1180.
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II, (N.º 35 de 2011-02-18), 8648-8653.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica OE. *Diário da República*, Série II (N.º 133/2018 de 2018-07-12), 19192-19194.
- Woten, M. (2014). *Team Building in Nursing Care: Implementing*. *Nursing Practice & Skill*. Acedido a: 02.01.2018. Disponível em: https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/Team_Building_in_Nursing_Care_Implementing.pdf.

APÊNDICE IX

Sessão de formação em contexto de trabalho no SUP: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens: uma responsabilidade da equipa de enfermagem”

NOTA INTRODUTÓRIA

Existe um elevado potencial de prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens, o que se constitui como um grande desafio para os serviços e profissionais de saúde que têm um papel fundamental no desenvolvimento de intervenções preventivas, de sensibilização e formação dos profissionais, através da realização de reuniões de discussão clínica multidisciplinar sobre casos reais, da concretização de reuniões com profissionais doutras áreas como a justiça ou educação e da realização de formações sobre a prevenção dos maus-tratos (Prazeres, 2014).

De acordo com o modelo de Betty Neuman, a prevenção secundária tem como principal objetivo detetar precocemente e reduzir o impacto da exposição aos *stressores* e tratar sintomas para atingir a estabilidade e o bem-estar do sistema (Freese & Lawson, 2011; Neuman, 2011). Neste sentido, por inerência da missão que lhes pertence, os serviços e as equipas de saúde têm uma especial responsabilidade na deteção precoce, na prestação de cuidados, na notificação e no acompanhamento de crianças e jovens em situação de risco ou perigo, porém muitos são os obstáculos à intervenção da equipa o que revela a necessidade de se investir através de medidas que perspetivem dar uma resposta célere e adequada ao problema, donde sobressai a formação em contextos de trabalho onde se identifiquem estas situações (Prazeres, 2008).

A formação em contexto de trabalho é parte integrante do desenvolvimento profissional e organiza-se num processo dinâmico de interação entre os intervenientes e os contextos, onde a experiência se revela decisiva. A formação assume um carácter estratégico quando existe a intenção de articular a formação centrada em problemas concretos de nível organizacional e a formação relacionada com a realidade das próprias unidades de cuidados, o que exige que esta formação se centre nas necessidades do cliente, nas capacidades dos enfermeiros e na produção de conhecimento significativo (Mestrinho, Félix, Mègre & Lopes, 2016).

A sessão de formação em contexto de trabalho no SUP encontra-se dividida em três secções, nomeadamente: nota introdutória, onde se realiza uma breve fundamentação teórica e justifica a importância da sua execução; desenvolvimento, onde se incluem os documentos elaborados para a realização da mesma, que revelam o planeamento, implementação e avaliação da sessão e que são, então, o **plano da sessão**, os **diapositivos da sessão** e a **folha de avaliação da sessão**; considerações finais, onde se encontram expostas as principais conclusões e contributos da sua elaboração.

Plano da sessão de formação em contexto de trabalho no SUP

Título: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens: uma responsabilidade da equipa de enfermagem”.

População-alvo: Equipa de enfermagem do SUP.

Objetivo geral: Motivar os enfermeiros para a prevenção e intervenção em situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens no SUP.

Objetivos específicos:

- Definir os principais conceitos no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens;
- Destacar o papel do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens;
- Situar o fenómeno de maus-tratos a crianças e jovens no hospital;
- Descrever o protocolo de atuação do SUP perante situações de maus-tratos;
- Discutir sobre dificuldades ou constrangimentos da equipa de enfermagem perante situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens.

Data: 17/11/2017 | **Hora:** 16h | **Local:** Sala multiusos do SUP | **Duração:** 20 minutos

Conteúdos programáticos	Tempo	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução: • Acolhimento dos participantes; • Apresentação do formador e do orientador; • Apresentação do tema da sessão; • Apresentação dos objetivos da sessão.	3’	Métodos expositivo	Humanos Enfermeiro orientador Enfermeiros do SUP	Entrega da folha de avaliação da sessão aos participantes
Desenvolvimento: • Exposição dos conteúdos selecionados: - Definição do conceito e tipologia dos maus-tratos a crianças e jovens; - Identificação de indicadores próprios por tipologia; - Explicitação do papel do enfermeiro na prevenção do fenómeno; - Contextualização do fenómeno no hospital de 2012 a 2017; - Descrição do protocolo de atuação do SUP em situações suspeitas; - Identificação do papel do NHACJR. • Discussão sobre dificuldades ou constrangimentos que os enfermeiros têm perante situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens.	12’		Materiais Computador e apresentação em PowerPoint	
Conclusão: • Síntese dos conteúdos programáticos; • Avaliação da sessão por parte dos participantes.	5’			

Diapositivos da sessão de formação em contexto de trabalho no SUP



8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Contexto de estágio: Serviço de Urgência Pediátrica

PREVENIR OS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS

UMA RESPONSABILIDADE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM





Sessão elaborada por: Mariana de Almeida
Orientadores de estágio: Enf.ª Tânia Almeida e Enf.ª Sofia Rodrigues
Docente orientador: Prof.ª Doutora Maria da Graça Vinagre
Novembro de 2017

OBJETIVOS

Objetivo geral: Motivar os enfermeiros para a prevenção e intervenção em situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens no SUP.

Objetivos específicos:

- Definir os principais conceitos de maus-tratos a crianças e jovens;
- Destacar o papel do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens;
- Situar o fenómeno de maus-tratos a crianças e jovens no hospital;
- Descrever o protocolo de atuação em vigor no SUP perante situações de maus-tratos;
- Discutir sobre dificuldades ou constrangimentos da equipa de enfermagem perante situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens.

SUMÁRIO

- Definição do conceito e tipologia dos maus-tratos a crianças e jovens
- Identificação de indicadores próprios por tipologia
- Explicitação do papel do enfermeiro na prevenção do fenómeno
- Contextualização do fenómeno de maus-tratos no hospital entre 2012 e 2017
- Descrição do protocolo de atuação em vigor no SUP perante situações suspeitas de maus-tratos
- Identificação do papel do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)
- Discussão sobre dificuldades ou constrangimentos da equipa de enfermagem perante situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens

OS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS

Qualquer omissão ou ação não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que atenta diretamente contra a segurança, dignidade e desenvolvimento da criança e do jovem.

(Prazeres, 2014)

Consistem num **grave problema de saúde pública** que ocorre em todas as sociedades e países e que é o produto de fatores sociais, culturais, económicos e biológicos. Constituem uma das principais causas de disparidade no setor da saúde, que **agrava a desigualdade e perpetua a injustiça social** decorrente das, profundas e nefastas, consequências físicas e mentais que acarretam a nível da saúde e do desenvolvimento infantil e juvenil.

(Sethi, Bellis, Hughes, Gilbert, Mills & Gales, 2013)

OS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS SÃO UMA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E UM CRIME PÚBLICO

1

TIPOLOGIA DOS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS



(Prazeres, 2014)

2

NEGLIGÊNCIA



Negligência compreende a **não satisfação de necessidades básicas de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação**, continuada no tempo. Pode ser **ativa** como ação intencional de não prestar cuidados diários ou **passiva** por incompetência ou incapacidade dos pais ou cuidadores para satisfazer essas necessidades básicas.

(Prazeres, 2014)

Sinais	Sintomas
- Falta de higiene ou rotinas - Cáries precoces e extensas - Eritema perineal prologado - Vestuário desadequado à estação - Infeções recorrentes sem explicação - Intoxicações acidentais repetidas - Doença crónica sem vigilância	- Atraso ou incumprimento PNSU PNV - Falta de supervisão frequentemente - Lesões ou acidentes constantes - Sinais de negligência prolongada: - Progressão ponderal deficiente - Abdômen proeminente - Atraso desenvolvimento sexual
	- Atraso desenvolvimento - Perturbações do sono - Depressão - Agressividade - Perturbação alimentar - Difícil aprendizagem

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

3

MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS



Maus-tratos psicológicos resultam da **ausência de um ambiente de serenidade e bem-estar afetivo**, imprescindível ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados. Engloba situações desde a precariedade de afeição ou cuidados até à completa rejeição.

(Prazeres, 2014)

Sinais	Sintomas
- Deficiência não orgânica de crescimento - Automutilação	Perturbações funcionais: - Anorexia ou bulimia - Terrores noturnos - Enurese ou encomprese - Choro incontrolável no 1º ano - Cefaleia, mialgia, dor abdominal - Amenorreia na adolescência Perturbações cognitivas: - Alteração da memória - Perturbação da maturidade - Sentimento de vergonha e culpa Perturbações comportamentais: - Desinteresse pela imagem - Incapacidade de brincar ou jogar

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)



MAUS-TRATOS FÍSICOS



Maus-tratos físicos compreendem qualquer **ação não acidental, isolada ou repetida, infligida pelos pais ou cuidadores**, que provoque ou possa vir a provocar dano físico. Compreendem um conjunto diversificado de situações traumáticas.

(Prazeres, 2014)

Sinais	Indicadores
- Diferentes lesões e diferentes estádios - Sequelas de traumatismos antigos - Fratura de costelas ou corpos vertebrais - Fraturas de metáfises - TCE em criança com menos de 1 ano - Lesões em locais pouco frequentes - Lesões com desenhos de objetos	- Queimaduras múltiplas - Alopécia traumática - Lesões de diagnóstico complexo: - Neurológicas - Oftalmológicas - Viscerais - Recusa na explicação do mecanismo de lesão - História inadequada - Explicações contraditórias - História de lesões recorrentes

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)



ABUSO SEXUAL



Abuso sexual corresponde ao **envolvimento de uma criança ou jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou alguém mais velho**. Assenta numa relação de poder ou autoridade e reveste-se de diversas formas desde importunar até à prática de coito.

(Prazeres, 2014)

Sinais	Sintomas
- Lesões externas nos órgãos genitais - Leucorreia persistente - Laceração do hímen - Hemorragia vaginal/anal - ITU de repetição - Laxidão dos esfíncteres - Fissuras anais - Verrugas ou condilomas - IST - Equimoses da mucosa oral - Laceração do freio labial - Gravidez	Crianças: - Conduta sexualizada - Perturbações funcionais - Obediência exagerada - Comporta/o agressivo - Dificuldade relaciona/o com outras crianças Jovens: - Comportamentos bizarros - Perturbações do foro sexual - Depressão - Automutilação

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)



SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO



Síndrome de Münchausen por procuração consiste na **atribuição**, à criança ou jovem, **de uma multiplicidade de sinais e sintomas** com o intuito de **convencer a equipa** multidisciplinar de saúde **da existência de uma doença**.

(Prazeres, 2014)

Sinais e Sintomas

Forma rara de maus-tratos a crianças e jovens que coloca grandes dificuldades de diagnóstico dado que os sinais e sintomas são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente.

(Prazeres, 2014)



PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS

AS CRIANÇAS E OS JOVENS REPRESENTAM O FUTURO

A prevenção dos maus-tratos nesta população, particularmente vulnerável, deve ser uma prioridade assente num compromisso e abordagem multidisciplinar.

(Sethi et al., 2013)

OS MAUS-TRATOS SÃO EVITÁVEIS

As comunidades e organizações que trabalham na prevenção do fenómeno, perante o seu próprio contexto social e cultural, têm a possibilidade de influenciar a seleção de estratégias e abordagens mais relevantes para as suas populações e configurações.

(Fortson, Kleven, Merrick, Gilbert & Alexander, 2016)



PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Devem agir como defensores da prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens.

(Sethi et al., 2013)

O ENFERMEIRO

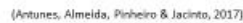
Pode ser confrontado com situações de maus-tratos, mais ou menos evidentes, às quais urge dar uma **RESPOSTA INDISPENSÁVEL, SATISFATÓRIA E APROPRIADA**.

No serviço de urgência pediátrica, deve ser capaz de proceder à **AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE SITUAÇÕES SUSPEITAS** para o NHACJR.

(Prazeres, 2008)



**CASUÍSTICA DE INTERNAMENTOS POR MAUS-TRATOS NO HOSPITAL
ENTRE 2012 E 2017**



PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO SUP PERANTE SITUAÇÕES SUSPEITAS



11

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO SUP PERANTE SITUAÇÕES SUSPEITAS

(Antunes, Almeida, Guimarães & Pinheiro, 2017)

12

NHACJR DO HOSPITAL

Qualquer situação suspeita de maus-tratos deve ser notificada ao NHACJR por qualquer profissional

OBJETIVO

Facilitar a articulação dos profissionais do hospital com instituições que acompanham crianças e jovens em risco ou perigo, de modo a prevenir ou colocar termo a situações suscetíveis de afetarem a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

COMPOSIÇÃO

Pediatra: A.P. (Presidente do NHACJR) | **Enfermeiras:** M.A.C. (Coordenador de enfermagem do serviço de pediatria) e T.A. (SUP)

Psicólogos: S.A. e A.D.F. | **Assistente Social:** E.R.

Jurista: D.R. | **Administrativa:** A.V.

13

QUE DIFICULDADES OU CONSTRANGIMENTOS, ENQUANTO ENFERMEIROS DO SUP, TÊM SENTIDO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A CRIANÇAS, JOVENS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO SUSPEITA DE MAUS-TRATOS



14

SÍNTESE

- O fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens tem uma incidência semelhante à de outras causas de morbilidade e mortalidade infantil (Bellis et al., 2013).
- O mandato de proteção deve englobar não só a investigação ou avaliação de situações suspeitas de violência mas também a promoção da segurança e do bem-estar através de uma ampla gama de atividades de prevenção (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).
- O progresso sobre a compreensão e a prevenção dos maus-tratos revela a necessidade de investir e aumentar o nível de conhecimentos sobre o fenómeno, com o intuito de substituir maus-tratos por ambientes familiares seguros, estáveis e nutritivos em que as crianças e os jovens possam prosperar (OPAS, 2017).

15

QUESTÕES



MUITO OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, J., Almeida, S., Guimarães, C., & Pinheiro, A. (2017). *Norma de orientação clínica – Maus tratos em crianças e jovens*. Hospital de Cascais: Departamento da criança – Unidade de Pediatria.
- Antunes, J., Almeida, S., Pinheiro, A., & Jacinto, C. (2017). *Maus tratos em crianças e jovens – Internamentos no Serviço de Pediatria do Hospital de Cascais 2012-2017*. Poster apresentado no Hospital de Cascais. Cascais: Hospital Dr. José de Almeida.
- Fortson, B.L., Kleven, J., Merrick, M.T., Gilbert, L. K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Lei n.º 142/2015 de 8 de Setembro. (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 175 - 8 de Setembro de 2015. 7198 - 7232.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.) (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). *INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. Washington, D.C: OPAS.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – Intervenção da Saúde: Documento Técnico*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Folha de avaliação da sessão de formação em contexto de trabalho no SUP

“Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens: uma responsabilidade da equipa de enfermagem”

No final da sessão agradece-se a sua colaboração através do preenchimento desta folha de avaliação. Assinale com um (X) no valor da escala numérica que considera mais adequado à avaliação dos itens abaixo indicados.

	1	2	3	4
	Insuficiente	Médio	Bom	Excelente
O tema da sessão foi interessante e oportuno				
Os objetivos propostos foram cumpridos				
Os conteúdos apresentados foram úteis e convenientes				
A linguagem utilizada foi clara e precisa				
A metodologia utilizada foi apropriada aos participantes				
O tempo de duração da sessão foi adequado				
O formador interagiu de forma positiva com o grupo				
O formador demonstrou dominar os conteúdos				

Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

Comentários

NOME (opcional): _____ | Data: ____/____/____

Muito obrigada pela sua colaboração

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sessão de formação em contexto de trabalho no SUP contou com a presença de 8 enfermeiros da equipa do SUP com competências no Sistema de Triagem de Manchester e com a presença de 2 elementos do NHACJR, em concreto, o enfermeiro coordenador do serviço de pediatria e a assistente social. Do momento de discussão em equipa multidisciplinar promovido durante a sessão, para auscultação da opinião dos enfermeiros sobre as principais dificuldades ou constrangimentos sentidos no contexto da prática de cuidados de enfermagem ao sistema em situação suspeita de maus-tratos, surgiu fundamentalmente a identificação do desconforto geral inerente ao confronto com situações desta natureza por parte da equipa de enfermagem e, ainda, da falta de conhecimentos teóricos específicos e preparação técnica para detetar precocemente situações de maus-tratos no SUP.

Concluída a sessão de formação, procedeu-se à sua avaliação através do preenchimento do instrumento elaborado para compreender o impacto e a satisfação dos enfermeiros face à mesma. Da análise de dados, pretende referir-se que os itens *o tema da sessão foi interessante e oportuno, os objetivos propostos foram cumpridos, os conteúdos apresentados foram úteis e convenientes, a linguagem utilizada foi clara e precisa, o tempo de duração da sessão foi adequado, o formador interagiu de forma positiva com o grupo* e, ainda, *o formador demonstrou dominar os conteúdos* obtiveram concordância de 87.5% no valor 4 da escala numérica. Como principal limitação pretende referir-se que 25% dos enfermeiros classificou no valor 3 e 12.5% no valor 2 o item *a metodologia utilizada foi apropriada aos participantes*.

A concretização desta sessão, num serviço deveras semelhante ao APP, revelou-se uma experiência importantíssima decorrente do aprofundamento de conhecimentos específicos que poderão a favorecer a deteção precoce de situações maus-tratos noutros contextos de cuidados, o entendimento sobre a relevância de uniformizar a linguagem e os procedimentos relacionados com a abordagem, diagnóstico e intervenção e o maior discernimento sobre a importância de se tratar a problemática em equipa multidisciplinar.

A apropriação sólida de conhecimentos e o progressivo entendimento sobre os meandros dos maus-tratos a crianças e jovens vertem diretamente para a reflexão crítica individual e para o propósito maior de atuar de forma preventiva em contextos em que o confronto com estas situações esteja patente, utilizando um modelo conceptual centrado na criança, jovem e família e compreendendo integralmente os benefícios do mesmo, ao encontro do desenvolvimento de competências de EEESIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, J., Almeida, S., Guimarães, C., & Pinheiro, A. (2017). *Norma de orientação clínica – Maus tratos em crianças e jovens*. Departamento da criança – Unidade de Pediatria: Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.
- Antunes, J., Almeida, S., Pinheiro, A.E., & Jacinto, C. (2018). *Maus tratos em crianças e jovens: Internamentos no serviço de pediatria do Hospital de Cascais 2012-2017*. Póster apresentado nas 3.^{as} Jornadas Conjuntas entre ACES, Câmara Municipal e Hospital de Cascais: Cidadania para a saúde / Saúde para a cidadania, 17 e 18 de outubro, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.
- Fortson, B.L., Kleven, J., Merrick, M.T., Gilbert, L.K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em:
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/can-prevention-technical-package.pdf>.
- Freese, B.T., & Lawson, T.G. (2011). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M.R. Alligood, & A.M. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7.^a ed.). (pp. 309-334). Barcelona: Elsevier.
- Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232.
ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>.
- Mestrinho, G., Félix, I., Mègre, P., & Lopes, V. (2016). Formação em contexto de trabalho e desenvolvimento profissional. In M.G. Mestrinho (Coord.), *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. (pp. 111-214). Loures: Lusodidacta.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed.). (pp. 1-34). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-intervencao-da-saude.aspx>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1>.

APÊNDICE X

Jornais de aprendizagem: Em contexto de estágio no serviço de IP e na UCIEN

NOTA INTRODUTÓRIA

As referências e atribuições escritas que acompanham a experiência clínica são métodos profundamente eficazes para avaliar por um lado a resolução de problemas, pensamento crítico e nível de aprendizagem do estudante mas por outro a compreensão sobre conteúdos relevantes para a prática e, também, a capacidade de expressão escrita do mesmo (Oermann & Gaberson, 2014). Determinadas situações vividas durante o percurso de estágios, repletas de uma especial riqueza e com um maior impacto, espoletaram a necessidade de refletir de forma aprofundada sobre as mesmas, com o propósito de atribuir maior significado à própria experiência.

Segundo Oermann e Gaberson (2014), o jornal de aprendizagem oferece, ao estudante, a oportunidade de descrever eventos e experiências da prática clínica e de refletir sobre estes, constituindo-se um meio para expressar sentimentos que, quando usados para reflexão, permite desenvolver uma maior consciência sobre o meio envolvente e, ainda, adquirir habilidades de autoavaliação. Por sua vez, DeYoung (2015) refere que o jornal de aprendizagem é, então, um instrumento eficaz para melhorar a aprendizagem clínica, que promove a aprendizagem ativa e a prática reflexiva.

Optou-se pela realização de dois jornais de aprendizagem sobre situações importantes vividas, no serviço de IP e na UCIEN. A estrutura destes jornais de aprendizagem assenta na metodologia do ciclo de Gibbs e nas suas etapas, designadamente: descrição, onde se relatam os acontecimentos vivenciados; sentimentos, onde se exploram os sentimentos e pensamentos relacionados com os próprios acontecimentos; avaliação, onde se avaliam aspetos desafiadores da experiência; análise, onde se expõe o que se aprendeu com a situação e as consequências de possíveis condutas negativas; conclusão, onde se formula uma conclusão sobre o que se poderia ter sido feito de forma diferente; plano de ação, onde se projeta um plano de ação para o futuro (Alves, Dessunti & Oliveira, 2013). A execução dos jornais de aprendizagem objetivou revelar o contributo do processo reflexivo na construção do raciocínio crítico e, assim, consubstanciar o perfil de competências enquanto de futura EEESIP.

A presente atividade de estágio encontra-se dividida em três secções, nomeadamente: nota introdutória, onde se realiza uma breve fundamentação teórica e justifica a pertinência da sua execução; desenvolvimento, onde se apresentam os jornais **“O impacto do confronto com a criança, jovem e família em internamento protetor por situação social”** e **“A importância da promoção da vinculação precoce como fator protetor dos maus-tratos”**; considerações finais, onde se expõem as principais conclusões e contributos da sua elaboração.

Jornal de aprendizagem em contexto de estágio no serviço de IP:
“O impacto do confronto com a criança, jovem e família em internamento
protetor por situação social”

falar de crianças negligenciadas, abandonadas, maltratadas, oriundas de meios sócio-familiares degradados (ou não) e dos seus problemas, entrou definitivamente na moda. Falar delas sim; falar com elas, infelizmente, não, pois se isso acontecesse, algum do espectáculo demagógico a que hoje em dia assistimos, diminuiria, e mais respostas úteis seriam postas em prática (Strecht, 2012, p.182).

Descrição:

À data de início deste estágio, ele já se encontrava em internamento protetor há dias, de acordo com as diretrizes fornecidas do Serviço Social, na sequência de um episódio no SUP por história de agressão física, por parte do pai, devido ao não cumprimento de uma certa rotina que estaria estabelecida entre ambos e que culminou tragicamente em socos, pontapés e insultos verbais mútuos, sendo esta uma situação recorrente entre ambos, conforme aferido pela equipa. Adolescente de doze anos, filho de mãe médica e de pai engenheiro que passaram por um divórcio litigioso, recentemente. Conforme decisão do Tribunal, encontrava-se, desde então, à responsabilidade do progenitor.

Tinha antecedentes pessoais de crises de ansiedade recorrentes, estando medicado para controlo sintomático. Segundo os registos clínicos lidos, um discurso extraordinariamente bem articulado e manipulador. Repetia amiúde que entre o 1.º e o 4.º ano, era muito agressivo na escola devido aos problemas que enfrentava em casa, que o pai lhe batia desde os quatro anos mas que entretanto, como crescera, já era capaz de se defender, que o pai era agressivo com a mãe tendo chegado a ameaçar a vida da própria com uma pistola, que com sete anos foi algemado na brincadeira, pelo pai, dando-lhe, o próprio, uma faca para a mão, entre outros relatos. Há um ano atrás teria sido agredido pela mãe e agredido a mesma, para se defender, episódio que motivou ficar sob a guarda do pai, pelo qual teria sido, posteriormente, agredido quatro vezes durante um ano, tendo-se defendido da mesma forma. Decorrente da manifesta disfuncionalidade familiar, encontrava-se internado no IP a aguardar uma vaga num serviço de acolhimento institucional provisório, durante os próximos seis meses.

Naquele turno de manhã, houve a possibilidade de participar com o EEESIP orientador na prestação de cuidados a este adolescente o que, naturalmente, deveria proporcionar maior

interação e proximidade com ele, ainda que este estivesse prestes a ausentar-se do serviço para se deslocar, acompanhado por um assistente operacional e por uma equipa de transporte, a outro hospital, para ir à consulta de pedopsiquiatria. Quando entrámos no quarto, procedeu-se apenas à minha apresentação, porque era um elemento novo na equipa. Prontamente, o EEESIP orientador perguntou-lhe se estava recordado da consulta e, de seguida, relembrou-o de que teria que realizar os seus cuidados de higiene, tomar o pequeno-almoço e aguardar a chegada da ambulância.

Eu regressei mais tarde, após ele ter concluído as tarefas definidas, para compreender o seu nível real de entendimento sobre o que ia acontecer. Estava, claramente, chateado por ali estar, por estar a faltar às aulas, por não querer ir à consulta porque sabia que estava na iminência de ser institucionalizado e não queria. Os dispositivos pessoais que tinha em sua posse já pouco o entretinham, à exceção de um jogo eletrónico de estratégias de guerra que jogava, de forma compulsiva, até altas horas da madrugada. Da débil interação que consegui estabelecer com este adolescente, ressoou uma desconfiança elementar em relação aos adultos, às deliberações que foram estabelecidas pelo Tribunal e Serviço Social e, ainda, ao próprio meio envolvente. Não posso não frisar os sentimentos intuídos de abandono, de confusão, de raiva, de vazio e de desamparo. Era notório que já sentia alguma normalidade dentro de toda aquela situação, como se a mesma já fizesse parte do seu quotidiano e da sua história, só que desta vez as consequências pareciam ser realmente mais graves. Foi parco nas respostas, não quis, nitidamente, ser incomodado. E perante este momento, face ao qual também eu tinha tantas espetativas, saí desconfortável, sem saber o que fazer ou tão pouco o que dizer, como se efetivamente não tivesse mais nada para acrescentar ou para lhe oferecer. Mas tinha, só não soube como fazê-lo.

Sentimentos:

O enfermeiro é, antes de mais, uma pessoa com emoções e sentimentos que dão um sentido ao seu ato de cuidar e que guiam o relacionamento estabelecido, pelo que este deve ser capaz de estabelecer uma relação efetiva e significativa com a criança, jovem e família mas permanecer, suficientemente, distante para reconhecer os seus sentimentos e necessidades, o que se constitui como um verdadeiro desafio (Diogo, 2006). Ressalva-se que num momento inicial, devido à distribuição da equipa de enfermagem naquele turno da manhã, o entusiasmo foi crescente resultante da possibilidade de se estar na iminência de estabelecer uma relação de

maior proximidade com aquele adolescente e, logicamente, compaixão pelas suas vivências pessoais e familiares diretamente relacionadas com a problemática em estudo.

A empatia pela situação e preocupação com este adolescente vítima de maus-tratos e com o seu contexto familiar estavam implícitas o que motivou a necessidade de o abordar, com o intuito de conhecer um pouco melhor a sua história de vida, assim como as suas experiências e perspetiva atual sobre os mais recentes acontecimentos que determinaram a hospitalização e que se viriam a repercutir na institucionalização por um período já estipulado, com o principal desígnio de lhe proporcionar algum conforto, através da manifestação de interesse pela sua situação. Diogo (2006) vem evidenciar que a vivência de cuidar está impregnada de emoções e sentimentos surgindo da interação humana, em vários contextos da prática de cuidados, onde o enfermeiro consegue não só compreender e experienciar os sentimentos do outro mas também inculir-lhe sentimentos fortes e significativos, nomeadamente, de sossego e alegria.

Era conhecida a ausência quase total de visitas e os telefonemas muito esporádicos, pelo que passava a maior parte do seu tempo sozinho, sem familiares ou amigos por perto, sendo a equipa de profissionais de saúde e, especificamente, a equipa de enfermagem a presença mais constante no seu dia a dia e, em potência, o grupo de profissionais com quem poderia, assim, estabelecer uma relação de maior proximidade mas ao qual praticamente não recorria. Perante a evidente incapacidade pessoal de dar outro rumo à relação inicial estabelecida, instalou-se o incómodo, a angústia e a frustração. Ainda sobre os registos de enfermagem, relacionados com a relação terapêutica estabelecida entre a equipa de enfermagem e este adolescente, revela-se que muito pouco foi escrito. Parecia, efetivamente, que este adolescente estava apenas à espera que o tempo passasse até que surgisse uma vaga numa instituição.

A gestão emocional, enquanto competência e o seu contributo enquanto dimensão do processo de cuidar, é essencial na relação terapêutica porque permite ao enfermeiro demonstrar sensibilidade e compreensão pelo outro e, concomitantemente, aprender a lidar com a influência das emoções em si (Diogo, 2012). Apesar da intenção de se estabelecer uma relação terapêutica com este adolescente, houve plena consciência do mecanismo de fuga e evitamento, na primeira pessoa, face a esta situação que num momento inicial conglomerou diversas expectativas mas que, rapidamente, se tornou muito ansiogénica e geradora de fortes emoções, acabando por se traduzir em passividade e inação, como se nunca tivesse havido qualquer tipo de confronto com situações de natureza ou intensidade semelhantes.

Avaliação:

Seria ideal a capacidade de se estar totalmente apto em qualquer situação da prática de cuidados, no entanto os contextos são tão ricos e tão diversificados que surgem, com frequência, situações que exigem uma intensa reflexão sobre as intervenções, limitações e potencialidades do enfermeiro, tal como aquela que foi descrita. Segundo Rebelo (1997), nos diversos contextos da prática de cuidados, a ação tem que comportar sentido e intencionalidade, por parte de quem age, porque só através da ação e da significação será possível redefinir as práticas.

De acordo com Watson citada por Neil (2004), o reconhecimento de sentimentos admite promover a autorrealização e a autoaceitação, tanto do enfermeiro como do próprio cliente, tornando o profissional de saúde mais sensível e genuíno em contextos da prática de cuidados diários. Perante a situação descrita, a atitude evidenciada foi reveladora da limitada experiência na área dos maus-tratos, manifestando-se na declarada incompreensão sobre o comportamento do adolescente, na inação perante o mesmo e, logicamente, no desperdício desta oportunidade inaugural para estabelecer uma relação terapêutica com o próprio. No entanto, concretiza-se o importante contributo desta experiência para refletir sobre ela, com enfoque no comportamento e nas consequências descritas, corroborando que a construção diária da identidade profissional do enfermeiro é um processo permanentemente inacabado, sendo esta talvez uma das grandes riquezas do mesmo.

A confrontação com o exigente e complexo cenário de prestação de cuidados ao sistema hospitalizado, vítima de maus-tratos, permitiu a compreensão sobre a necessidade de se adquirir novos conhecimentos, interiorizar novos comportamentos e desenvolver novas intervenções que, em momentos futuros semelhantes, possam traduzir-se na mudança de atitude ao encontro da individualização e da excelência dos cuidados de enfermagem, assente no compromisso da maximização da saúde do cliente, porque nem só de deteção precoce, diagnóstico e sinalização se faz a problemática dos maus-tratos

Análise:

A exposição de uma criança a contextos de violência familiar é responsável por ciclos de violência multigeracional que traduzem a reprodução desse mesmo padrão na adolescência e em idade adulta, tornando esta incessante busca pela compreensão dos factos um verdadeiro desafio, tendo em vista uma intervenção mais adequada (Algeri & Souza, 2006). O evento de hospitalização relatado expõe esta realidade e, analisando-o de forma retrospectiva, talvez o foco

das intervenções de enfermagem devesse ter sido este para que, mobilizando os pressupostos inscritos na prevenção terciária do modelo de Neuman, se pudesse perspetivar a interrupção na recorrência deste fenómeno neste sistema, ao encontro da sua reconstituição e bem-estar e em plena concordância com a filosofia de CCF e da parceria de cuidados.

Segundo explicitam Van den Bosse e McGinn (2009), há a necessidade de criar não só mais oportunidades para que as crianças e jovens falem sobre a sua história com os enfermeiros, possibilitando a construção de uma relação de confiança entre eles mas também de privilegiar as intervenções dirigidas para a reabilitação do agressor, a fim de preservar a família. De forma complementar, Rowse (2009) enfatiza que o estabelecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e a criança, jovem e família em situação de maus-tratos exige que o profissional seja capaz de gerir emocionalmente a forma como lida com a esta, o que vêm dar destaque à necessidade de existir um enfermeiro de referência, nesta área, para ajudar a restante equipa a lidar de forma adequada com a situação.

Pabis, Wronska, Slusarska e Cuber (2011) vêm evidenciar a necessidade de se facultar treino especializado aos enfermeiros que trabalham com crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos, com o propósito de promover as suas capacidades e competências, de forma a prestarem cuidados individualizados e em cooperação inter e multidisciplinar com especialistas envolvidos e comprometidos com a problemática. Por sua vez, Valera, Almeida, Baldissera, Jaques e Bueno (2015) destacam a necessidade dos enfermeiros entenderem questões éticas, morais, emocionais e jurídicas associadas aos maus-tratos a crianças e jovens não só na deteção precoce e de diagnóstico mas também na abordagem, acompanhamento e processamento de medidas legais, o que requer habilidade e compromisso com a verdade dos factos.

Sobressai a importância de se conhecer o cliente como um todo, e não como uma mera soma das partes perspetivando o cuidado holístico e não fragmentado, com base em crenças sobre o que se considera ser necessário ou prioritário para o equilíbrio e bem-estar do sistema, através da valorização e compreensão dos factos que revestem a própria situação. O exercício reflexivo sobre o comportamento exibido permitiu identificar diversas lacunas e necessidades, perspetivando o desenvolvimento e a aquisição de competências facilitadoras da comunicação e da relação terapêutica, bem como o desenvolvimento de estratégias de *coping* promotoras de uma intervenção mais adequada em situações futuras idênticas.

Conclusão:

O modelo de sistemas de Betty Neuman assegura que as intervenções de enfermagem são ações intencionais que têm como principal objetivo a prevenção, através da identificação dos *stressores* ou condições adversas que interfiram com o nível ótimo de bem-estar do sistema (Freese, 2004). A tomada de consciência sobre determinados assuntos nem sempre é fácil e ao refletir de forma meticulosa sobre uma situação que se considerou, particularmente, difícil foi possível apurar limitações ao nível do pensamento e lacunas ao nível da ação, relacionadas com a problemática dos maus-tratos. Perante a situação descrita e situações futuras idênticas, ressoa a necessidade de planejar, individualizar e concretizar intervenções específicas com o intuito de minimizar o impacto dos *stressores* identificados, privilegiar a comunicação com o sistema, assegurar a verdade dos factos e elaborar registos de enfermagem representativos e mensuráveis sobre a interação estabelecida.

A reflexão é considerada uma ferramenta essencial de aprendizagem e desenvolvimento de competências e de enorme importância para a enfermagem, contribuindo assim para garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2010). A concretização desta reflexão e a apropriação destes novos conceitos convidam a perspetivar o futuro de forma mais interventiva, fundamentada e consciente, perante situações de maior complexidade como as que englobam os maus-tratos a crianças e jovens, ao encontro da prestação de cuidados especializados.

Plano de ação:

O exercício reflexivo sobressai no presente, da leitura do passado, para a construção do futuro. Este exercício faz com que o saber, experienciado e construído, sustente o futuro e a sua própria compreensão (Alarcão & Rua, 2005). Perspetivar o futuro e as intervenções adequadas a situações semelhantes pode passar pela formação da equipa de enfermagem, pela construção de um guia de boas práticas em contexto de internamento protetor por situação social ou pela implementação de reuniões que permitam o escape emocional da equipa de enfermagem que vivencia situações desta natureza no seu quotidiano.

Enquanto futura EEESIP penso que um dos grandes objetivos será agir com base nos pressupostos enunciados pela OE dando, assim, respostas de maior complexidade e integrando conhecimentos e habilidades que permitam antecipar e responder não só a situações emergentes mas também a adaptações e mudanças em contexto de saúde.

Jornal de aprendizagem em contexto de estágio no serviço da UCIEN: “A importância da promoção da vinculação precoce como fator protetor dos maus-tratos”

existe um aumento crescente do número de crianças e de adolescentes vítimas de abandono, negligência e maus tratos. Não foram desejadas, não sabem quem são, de onde vêm, porque sofrem assim: não nasceram iguais em direitos. Nasceram em famílias desagregadas, caóticas e rigidificadas em funcionamentos altamente patológicos, que têm grande dificuldade em se organizar como um meio facilitador, e que desconhecem ou negam o seu próprio sofrimento (Strech, 2012, p.231).

Descrição:

Os gémeos encontravam-se internados há um mês. Prematuros de extremo baixo peso, nasceram com vinte e oito semanas mais seis dias, ela tinha nascido com 910g e ele com 850g, tendo tido complicações decorrentes da condição de prematuridade. A mãe tinha antecedentes pessoais de pré-eclâmpsia, em contexto de uma gravidez mal vigiada. Os pais residiam a mais de 40km do hospital e referiam dificuldades de ordem familiar por terem outro filho, suporte familiar praticamente inexistente ou apenas um veículo no agregado familiar para se poderem deslocar e de ordem financeira, pelo facto do pai ser o único sustento da família e ter estado desempregado durante muito tempo, estando de momento num trabalho considerado precário e mal remunerado, o que não lhes permitia visitar os filhos frequentemente.

As idas à UCIEN ocorriam, normalmente, três vezes por semana a partir do início da tarde tendo-se evidenciado alguns comportamentos, por parte dos pais, como a mãe despende muito do tempo a prestar cuidados e a interagir com a filha em comparação com o tempo que passava com o filho, enquanto o pai permanecia sentado numa cadeira entre as incubadoras, a manusear o telemóvel, não se revelando muito disponível nem para a equipa de enfermagem nem para estabelecer relação com os filhos. Os cuidados que eram, geralmente, prestados pelo casal eram levados a cabo pela mãe e prendiam-se com a mudança da fralda e amamentação, não tendo sido manifestado particular interesse noutras formas de contacto, como o método canguru que era largamente difundido pela equipa de enfermagem e que já tinha sido sugerido aos pais, noutros momentos.

Esta situação já tinha sido motivo de análise conjunta com o EEESIP orientador que, enquanto enfermeiro perito na área dos maus-tratos a crianças e jovens e membro do NHACJR,

se encontrava particularmente atento a determinadas condicionantes, tendo sido possível aferir alguns stressores que revelaram a necessidade de intervenções mais dirigida e especializada de enfermagem.

Naquele turno da manhã, os pais apareceram inesperadamente mais cedo, ainda antes da hora de almoço, porque nessa semana só poderiam ir ao hospital duas vezes e preferiram ficar durante mais tempo num desses dias. Assim, esta revelou-se uma excelente oportunidade para se estabelecer uma relação terapêutica com eles de forma a poder atuar, adequadamente. Após se abordar o casal sobre a possibilidade de, naquele turno, passarem mais tempo de qualidade com os seus filhos, o pai manifestou prontamente desinteresse no assunto mas a mãe estava recetiva a conversar. Respondeu a questões que lhe foram colocadas, expressando que a situação familiar em que se encontravam era complexa porque passavam por dificuldades financeiras, a relação com o marido era conflituosa, o filho mais velho ressentia-se com a falta de atenção, não sentia tanta ligação com o gémeo RN e se já não estaria nos seus planos terem mais um filho, muito menos dois.

Naquele dia, o pai não mostrou qualquer disponibilidade para desenvolver outros laços afetivos com os seus filhos RN verbalizando que, para si, era muito desconfortável vê-los, tão pequenos, sempre monitorizados e a serem alvo de vários procedimentos invasivos. Contudo, do entendimento sobre a necessidade desta mãe criar laços mais sólidos com o gémeo e devido ao facto de, naquele turno, o casal ter mais tempo para permanecer na UCIEN foi-lhe sugerido o método canguru com que, prontamente, concordou daquela vez. Durante o período de duas horas em que a mãe esteve com o seu filho RN ao colo neste método de contacto pele a pele, houve necessidade de, após ter sido colocada a questão pela mãe, lhe prestar esclarecimentos sobre as vantagens deste mesmo método e de questioná-la sobre como se estava a sentir perante a decisão tomada, tendo a mesma verbalizado que se sentia verdadeiramente satisfeita pela opção feita e que lhe parecia importante repetir, uma vez que até à data só o tinha feito com a sua filha devido à relação que tinha estabelecido com ela e obviamente à escassez de tempo que era considerada um fator também decisivo.

Sentimentos:

Segundo Diogo (2012), a teoria de Jean Watson enaltece o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro, onde há partilha de emoções através dos sentidos, que por sua vez se transmitem enquanto sentimentos. De forma complementar Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014) referem que os sentimentos são ações decorrentes de uma decisão previamente

tomada e que, ao estarem implícitos no cuidar, permitem o estabelecimento de uma relação que se prevê terapêutica.

A possibilidade de se realizar um estágio num serviço com a especificidade da UCIEN fez despertar sentimentos, por um lado de preocupação e incerteza associados a um contexto da prática de cuidados desconhecido mas por outro lado de confiança relacionados com a propósito de intervir com base nos pressupostos do modelo de Betty Neuman e nos conceitos que edificam a filosofia dos cuidados pediátricos, perspetivando uma intervenção que pudesse contribuir para o equilíbrio do sistema. Sobre a situação supramencionada merece evidenciar-se que a hipótese de intervir de forma oportuna e adequada junto deste sistema permitiu experienciar sentimentos de otimismo, valorização e gratidão relacionados com a aceitação da mãe para realizar o método canguru, considerada uma intervenção no âmbito da prevenção primária dos maus-tratos e perspetivando a mais-valia da mesma que assentiu, simultaneamente, a prestação de CCF, CNT e em parceria.

Avaliação:

O processo de conhecer o sistema é diário e implica respeito pelo seu ritmo, envolvimento nos cuidados e sensibilidade para se lidar com a situação o que permite a compreensão sobre o papel basilar do enfermeiro na promoção da relação entre os pais e o RN com o grande propósito de diminuir a ansiedade e estabelecer relações positivas e securizantes, podendo este contacto ser promovido através da parceria de cuidados (Fernandes et al., 2014). Assim, da integração e aplicação dos pressupostos modelo de Neuman ressaltou a certeza de que perspetivar o sistema implica conhecer o seu contexto e as variáveis que interferem sobre o mesmo e, neste sentido, considera-se que o reconhecimento precoce de certos *stressores* como a prematuridade, o défice de competências parentais, a ausência de suporte familiar e social ou a ausência prolongada dos pais na UCIEN alavancou a necessidade de intervir, de forma intencional, ao nível da prevenção primária perspetivando o fortalecimento da linha de defesa normal do sistema e, implicitamente, a prevenção do fenómeno dos maus-tratos através da promoção da vinculação precoce com recurso ao método canguru.

Segundo Cruz (2013), o momento de transição para a parentalidade é entendido como um momento deveras significativo, não só pela sua manifesta irreversibilidade mas também pela sua permanente mutação associada aos diferentes estádios de desenvolvimento que exigem uma adaptação das expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações dos pais. Assim, a parentalidade diz respeito a um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais no sentido

de promover o desenvolvimento pleno do seu filho. Por sua vez, Sanders (2014) afirma que o sistema necessita de um cuidado competente e sensível pelo que as intervenções de enfermagem devem consistir em estratégias de suporte particulares, aos mesmos, como promover as relações familiares ou as competências parentais.

A vinculação, enquanto laço afetivo ou relação emocional profunda e duradoura, é um fator facilitador na aquisição de competências parentais mas que em contexto de prematuridade, pode estar limitada ou debilitada evidenciando, então, a necessidade de se estabelecer a mesma, o mais precocemente possível (Fernandes et al., 2014). Sobre a realidade da UCIEN observou-se, diariamente, a separação entre os pais e o RN prematuro que, por motivos de instabilidade e de doença, carece de ficar entregue aos cuidados de uma equipa multidisciplinar muitíssimo diferenciada, num ambiente altamente tecnológico o que pode constituir, em potência, um fator dificultador do processo de vinculação. Durante este estágio, a percepção do medo, insegurança e até de algum desinteresse por parte destes pais na prestação de cuidados aos seus gémeos RN revelou-se na resistência dos mesmos ao toque, o que se constitui como uma importante janela de oportunidade para intervir de forma a colmatar, o mais precocemente possível, a ausência de vínculo afetivo e, em paralelo, desenvolver a relação terapêutica com a mãe, assente na parceria de cuidados.

Análise:

Na vinculação, a noção principal de segurança baseia-se na confiança da criança numa figura de vinculação que seja promotora de apoio, protetora, atingível e disponível, capaz de proporcionar uma resposta, adaptada e adequada, às necessidades da criança. Ao construir esta base de segurança a criança irá explorar o mundo, desenvolvendo sentimentos de autonomia e de independência (Guedeney & Guedeney, 2004). O método canguru consiste, portanto, numa intervenção humanizada, que deve ser prolongada, precoce e contínua, em que o RN pré-termo de extremo baixo peso (idade gestacional inferior a 37 semanas e peso inferior a 1kg) é retirado da incubadora e colocado em contacto pele a pele, preferencialmente, sobre o tórax da mãe ou, na sua ausência, sobre o tórax do pai ou dos avós com o intuito de promover o conforto do RN e evitar complicações associadas à prematuridade, permitindo operacionalizar o vínculo afetivo (Cruvinel & Pauletti, 2009).

O nascimento prematuro de um filho pode gerar, maioritariamente na mãe, sentimentos de angústia, insegurança ou ansiedade que podem ser superados através do acompanhamento da sua evolução, dando lugar à alegria e à esperança, relacionadas com a recuperação do RN e

expectativa da alta hospitalar (Cruz, Oliveira, Cardoso & Lúcio, 2010). Os pais que recebem um apoio emocional e que experienciam diversas oportunidades de aprendizagem atitudinal e de desenvolvimento conceptual podem ser mais autónomos e competentes para estimular o desenvolvimento do seu filho e, desta forma, compensar eventuais riscos relacionados com um nascimento prematuro, daí a importância da promoção de uma vinculação segura na capacitação parental para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (Barros, 2003).

Através da comunicação o enfermeiro pode, então, utilizar a educação para a saúde para fornecer suporte e favorecer a relação entre a mãe e o RN visto que o conhecimento potencia a partilha de saberes, dúvidas, receios e experiências (Campos & Cardoso, 2006). A possibilidade de se comunicar, de forma eficaz e eficiente com a mãe, através da utilização de uma linguagem clara e simples, permitiu estabelecer com ela uma relação de maior proximidade, revelando-se, esta, uma ferramenta essencial para o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica e permitindo, em simultâneo, o seu envolvimento nos cuidados e a minimização de sentimentos negativos.

De acordo com o modelo de Betty Neuman, o processo de enfermagem constitui-se em três momentos, designadamente: diagnóstico, onde se realiza uma colheita de dados com o propósito de identificar *stressores* que influenciem o bem-estar do sistema; objetivos, que incluem as intervenções a um dos três níveis de prevenção com vista a resolver as variações do bem-estar; resultados, que revelam o resultado da intervenção de enfermagem, ao encontro do equilíbrio do sistema (Neuman, 2011). Alcança-se que a situação descrita revela a preocupação pela mobilização destes conceitos fundamentais do modelo que, naturalmente, sustentaram a prática de cuidados e que se revelaram o conhecimento aprofundado sobre o contexto em que se inseria o sistema e na identificação de *stressores* que possam predispor a ocorrência de maus-tratos, o que conduziu a uma intervenção ao nível da prevenção primária.

Torna-se basilar proporcionar aos pais a possibilidade para estarem com o filho RN e de ajudá-los na compreensão sobre o impacto dos seus comportamentos, evidenciando as suas capacidades e conquistas, promovendo o contacto físico e evitando que se sintam à margem dos cuidados (Roteta & Torre, 2013). Uma das funções do enfermeiro é, então, facilitar o processo envolvendo os pais nos cuidados e nas tomadas de decisões, mobilizando pressupostos inscritos em conceitos fundamentais como a parceria de cuidados e cuidado holístico, ao encontro do desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP.

Conclusão:

A aprendizagem parental e a adaptação à parentalidade não é isenta de erros, omissões e dificuldades pelo que as competências parentais devem ser precocemente estimuladas, sendo oportunas todas as intervenções de enfermagem que facilitem a integração do RN à dinâmica familiar (OE, 2015). Partindo-se da premissa de que os pais são, potencialmente, os melhores prestadores de cuidados aos filhos, reconhece-se a responsabilidade do EEESIP para intervir na promoção da sua adaptação à transição para a parentalidade o que implica, de forma lógica, a promoção de cuidados em parceria, das competências parentais e, ainda, da vinculação precoce. Perante a situação supramencionada e face à perceção da alteração do vínculo afetivo enfatiza-se a relevância de promover o papel parental, comunicar de forma eficaz, encorajar a expressão de sentimentos, promover cuidados em parceria e, ainda, revelar disponibilidade perspetivando contribuir para a organização, harmonia, equilíbrio e bem-estar do sistema.

Plano de ação:

No que concerne às competências do EEESIP compreende-se que este deverá prestar cuidados específicos que permitam responder às necessidades pertencentes ao ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, incorporando as unidades relativas de promoção da vinculação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (OE, 2013). Relativamente ao momento descrito, sobressaiu a hipótese de se instituírem futuramente outras intervenções promotoras da vinculação precoce e do toque, nomeadamente, colocar os dois RN prematuros em método pele a pele não só sobre o tórax da mãe mas também do pai. Perspetivar a implementação de sessões de esclarecimento (de forma individual, em casal ou pequenos grupos) sobre a importância de se estabelecer um vínculo afetivo, tão precocemente quanto possível, também sobressaiu como outra hipótese.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade do fenômeno dos maus-tratos transcende, em muito, o diagnóstico e o encaminhamento, sendo imprescindível atribuir a devida importância à sua abordagem junto do sistema que se encontra, em situação provável ou real, a vivenciar este fenômeno de violência. Neste entendimento, torna-se elementar que o enfermeiro seja capaz de estabelecer uma relação terapêutica efetiva, que nutra e dignifique os cuidados de enfermagem, onde se propicie tempo e espaço para o diálogo, escuta ativa e compreensão integral do contexto, pela pessoa do cliente, enfatizando a necessidade de pensar e operacionalizar métodos de trabalho que vislumbrem o cuidado holístico ao mesmo.

Sobre os jornais de aprendizagem realizados ressalta a intencionalidade de abordar duas situações antagônicas no que diz respeito, principalmente, aos sentimentos e resultados obtidos decorrentes da intervenção junto do sistema com o intuito de explicar o quão díspar e complexo pode ser cada contexto da prática e, logicamente, a importância de se refletir sobre estes a fim de se poder contribuir para o equilíbrio ou reconstituição do sistema. A realização destes jornais de aprendizagem admitiram o desenvolvimento de referenciais e orientações para compreender melhor o fenômeno dos maus-tratos em distintas fases do ciclo de vida e, congruentemente, o reconhecimento de janelas de oportunidade para a promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens em situação de maus-tratos agregando os pressupostos do modelo de Betty Neuman e a filosofia dos CCF, CNT e a parceria de cuidados, com uma intencionalidade terapêutica.

Refletir sobre vários contextos da prática clínica revela-se um exercício importantíssimo e incontornável que admite a consolidação da identidade profissional e o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP, perspetivando poder influenciar e contribuir para uma melhoria nas práticas de cuidados e contribuindo, especificamente, para a prevenção dos maus-tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Algeri, S., & Souza, L.M. (2006). Violência contra crianças e adolescentes: Um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(4). Acedido a: 24.02.2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf.
- Alves, E., Dessunti, E. M., & Oliveira, M.A.C. (2013). O pensamento reflexivo na enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Iberoam. Educ. Invest. Enferm.* 3(3), 47-53. Acedido a: 22.2.2018. Disponível em: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/80/>.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2.^aed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Van den Bosse, S., & McGinn, M.A. (2009). Child welfare professionals' experiences of childhood exposure to domestic violence. *Child Welfare*, 88(6), 49-65.
- Campos, A.C.S., & Cardoso, M.V.L.M.L. (2006). Enfermagem e o cuidado humanístico: Proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Cienc. Enferm.*, 1, 73-81. Acedido a: 25.02.2018. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v12n1/art08.pdf>.
- Cruvinel, F.G., & Pauletti, C.M. (2009). Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 9(1), 102-125.
- Cruz, A.R.M., Oliveira, M.M.C., Cardoso, M.V.L.M.L., & Lúcio, I.M.L. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev. Eletr. Enf.*, 12(1), 133-139. Acedido a 24.02.2018. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf>.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- DeYoung, S. (2015). *Teaching Strategies for Nurse Educators* (3.rd ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia*, 4, 2-9. Acedido a 22.02.2018. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30937>

- Fernandes, A., Toledo, D. Campos, L., & Vilelas, J.M.S. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60.
- Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf.
- Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A.M. Tomey, & M.R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed.). (pp. 335-374). Loures: Lusociência.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Neil, R.M. (2004). Jean Watson: Filosofia e ciência do cuidar. In A.M. Tomey, & M.R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra – Modelos e teorias de enfermagem*. (5.^a ed.). (pp. 163-184). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5th ed.). (pp. 1-34). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Oermann, M.H., & Gaberson, K.B. (2014). *Evaluation and Testing in Nursing Education* (4.th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: OE.
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série I, (8). Lisboa: OE.
- Pabis, M., Wronska, I. Slusarska B., & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384-393.
- Rebelo, T. (1997). Sobre a Noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1(0), 3-4.
- Roteta, A.I., & Torre, M.C. (2013). Experiencias de los padres de grandes prematuros en la unidad de cuidado intensivo neonatal: Revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas de Enferm.*, 16(2), 20-25. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80416/experiencias-de-los-padres-de-grandes-prematuros-en-la-unidad-de-cuidado-intensivo-neonatal-revision-sistemica-de-la-evidencia-cualitativa/>.

- Rowse, V. (2009). Children's nurses' experiences of child protection: What helps? *Child Abuse Review*, 18(3), 168-180.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). (Vol. II, pp. 1026-1060). Loures: Lusociência.
- Strecht, P. (2012). *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. (5.^a ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Valera, I.M.A., Almeida, E.C., Baldissera, V.D.A., Jaques, A.E., & Bueno, S.M.V. (2015). Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 17(3), 103-111.
- Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a18v64n5.pdf>.

APÊNDICE XI

Reflexão crítica individual: Reuniões multidisciplinares do primeiro e segundo nível de intervenção e o 3.º Encontro do NHACJR do HBA

NOTA INTRODUTÓRIA

A necessidade de se trabalhar a problemática dos cuidados a crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos de uma forma multidisciplinar, colaborativa e articulada tem sido evidenciada ao longo deste relatório de estágio e subsiste dos contributos que diferentes setores como a Saúde, Justiça, Educação ou Serviço Social podem, então, conceder para a prevenção deste fenómeno de violência tão nefasto. No entanto, a coordenação de esforços e a consecução de metodologias de trabalho integradas não se constituem tarefas propriamente simples. A atual convicção da inegável mais-valia desta forma de trabalho reside na compreensão de que este é um problema de saúde muitíssimo grave, multifacetado, dissimulado e ainda subnotificado, que carece dos contributos específicos que cada setor e de equipas altamente qualificadas, para que se possa perspetivar a resolução e a prevenção do fenómeno, o que logicamente deverá traduzir-se em ganhos em saúde.

A participação em distintas reuniões multidisciplinares do primeiro e segundo nível de intervenção, nos contextos de estágio na UCC, SUP, IP e UCIEN, bem como a participação no 3.º Encontro do NHACJR do HBA durante o estágio no SUP, revelaram-se atividades bastante enriquecedoras e complementares para a compreensão do fenómeno em estudo. A importância destas atividades, ao longo deste percurso de formação individual, motivaram e alicerçaram a elaboração de uma reflexão crítica individual com o propósito de explanar os seus contributos específicos.

A presente reflexão encerra uma apropriada componente teórica que tem o intuito de suportar e consubstanciar a reflexão sobre as experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos de estágio. A hipótese de refletir sobre a presença e sobre a intervenção do EEESIP em contextos tão específicos e tão delicados convida, portanto, a repensar sobre a prática clínica e permite perspetivar a aquisição e o desenvolvimento de competências de EEESIP. Sobre este exercício reflexivo, sobressai novamente a intenção de, através da mobilização de conceitos e referenciais teóricos, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a crianças, jovens e famílias que se encontrem em situação de risco ou de perigo.

Reflexão crítica individual: Reuniões multidisciplinares do primeiro e segundo nível de intervenção e o 3.º Encontro do NHACJR do HBA

Segundo elucida a LPCJP, que tem por objeto a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens em perigo com o propósito de garantir o seu bem-estar e o desenvolvimento integral, a intervenção compete subsidiariamente às ECMIJ, à CPCJ e aos Tribunais (Lei n.º 142/2015). De acordo com o princípio da subsidiariedade, qualquer entidade só deverá intervir, em situações de maus-tratos a crianças e jovens, depois de ter sido esgotada a intervenção e os meios das entidades anteriores (Prazeres, 2008).

A responsabilidade para identificar, avaliar e prevenir os maus-tratos é, tal como foi já referido, da competência de múltiplos setores num profundo entendimento sobre o contributo de cada área na prevenção e resolução deste fenómeno. O setor da Saúde enquadra-se, então, num contexto de responsabilidades partilhadas de nível comunitário, num modelo de ação que estabelece três níveis de intervenção dos maus-tratos onde, designadamente: no primeiro nível, intervêm as ECMIJ, ou seja, todas as entidades que têm ação privilegiada em domínios como serviços de saúde, escolas ou instituições particulares de solidariedade social, para intervir na promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens em geral e, em particular, junto daquelas que se encontrem em situação de risco ou perigo; no segundo nível, intervêm as CPCJ perante a incapacidade ou impossibilidade de atuação das entidades precedentes para remover o perigo; no terceiro nível, intervêm os Tribunais, idealmente de uma forma residual, com o propósito de assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo por meio da intervenção judicial (Lei n.º 142/2015; Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Prazeres, 2014).

Os serviços de saúde, enquanto entidades do primeiro nível, beneficiam da possibilidade de desempenharem um papel único e de destaque no combate aos maus-tratos podendo trazer liderança e recursos para enfrentar este problema ao colocarem a prevenção na vanguarda dos esforços com intuito de criar impacto ao nível da população (Fortson, Klevens, Merrick, Gilbert & Alexander, 2016). Para executar intervenções preventivas, os profissionais de saúde devem ser capazes de construir os seus próprios conhecimentos e habilidades na deteção de crianças, jovens e famílias em situação de risco ou perigo e, naturalmente, de dar conjunto de respostas às necessidades identificadas (Sethi et al., 2013). Assim, sobre a intervenção dos enfermeiros importa reforçar que, pela proximidade que estabelecem com o sistema em situação de maus-tratos, a sua resposta a este problema de saúde deve ser satisfatória e apropriada, assente numa relação apetrechada de empatia, disponibilidade, isenção de juízos de valor e compromisso efetivo (Prazeres, 2008).

Durante os estágios, foram-se sucedendo e procurando oportunidades para participar em atividades cujo contributo resultasse na progressiva imersão na problemática dos maus-tratos o que, de forma lógica, alavancou a participação em reuniões multidisciplinares do primeiro e segundo nível de intervenção, onde a presença dos enfermeiros é uma constante, sucintamente: nos CSP, a participação com o EEESIP orientador em diversas reuniões dos NACJR do ACES; no SUP, a participação com o EEESIP orientador na visita ao NHACJR; no IP, a participação com o EEESIP responsável pela UCC da freguesia a que pertence o hospital numa reunião do NACJR, em reuniões da CPCJ e numa reunião conjunta entre os NACJR, NHACJR e CPCJ do concelho; na UCIEN, a participação com o EEESIP orientador numa reunião do NHACJR.

A Rede Nacional de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco é formada pelos NACJR e NHACJR, a nível comunitário e hospitalar respetivamente, que consistem em equipas multidisciplinares, do primeiro nível de intervenção, que polarizam saberes e motivações sobre o fenómeno, prestando apoio aos profissionais das respetivas instituições nas intervenções neste âmbito, assegurando a articulação e cooperação com outras instituições e serviços, publicas ou privadas (Prazeres, 2014). Por sua vez, a intervenção das CPCJ tem lugar perante a inabilidade das ECMIJ em atuar de forma adequada e suficiente na remoção do perigo, decidindo de forma imparcial e independente, podendo aplicar medidas de promoção e proteção, dependentes da não oposição dos titulares das responsabilidade parental e da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos (Castro, 2017).

Conforme já mencionado, o estágio na UCC encetou o contacto com a cruel realidade dos maus-tratos onde ocorreu a oportunidade de se participar com o EEESIP orientador, perito na área, em reuniões multidisciplinares do NACJR incluídas na sua agenda. Segundo Prazeres (2008), os profissionais de saúde devem proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento de situações de maus-tratos, competindo aos N(H)ACJR o papel de consultoria ou a condução dos processos. Neste sentido, a possibilidade de se acompanhar o EEESIP, membro do NACJR, na sua rotina, permitiu constatar que se encontrava a decorrer o processo de fusão dos dois NACJR do ACES, com o propósito de otimizar recursos e uniformizar procedimentos, o que implicou a reorganização da atividade dos mesmos. O esforço conjunto da equipa era notório, bem como o constrangimento de, até ao término do processo de fusão, a resposta dada aos casos em acompanhamento e aos sinalizados recentemente, não ser adequada ou suficiente, deixando pressagiar as consequências danosas da parca intervenção dos profissionais de saúde.

O estágio no SUP abrangiu, especificamente, a intenção de compreender a intervenção especializada perante os maus-tratos, pelo que acompanhar o EEESIP orientador, perito na área e membro do NHACJR, a uma reunião conjunta com o assistente social e o pediatra, assentiu

não só compreender a sua organização, consultar processos de casos já em acompanhamento e participar na monitorização de novos casos sinalizados mas também compreender a dinâmica desta equipa multidisciplinar e o benefício da presença de um elemento do SUP no núcleo, na pessoa do EE. Prazeres (2008) elucida que, ao nível hospitalar, a intervenção em situações de maus-tratos não se esgota nos serviços de pediatria e reforça a obrigatoriedade de se referenciar qualquer caso ao NHACJR mesmo que já haja um processo em curso na CPCJ ou no Tribunal.

No estágio no IP, fomentado pelo EEESIP orientador do estágio precedente, surgiu uma dinâmica de atividades muito interessante e que se concretizou na participação em três reuniões multidisciplinares e correlacionadas, detalhadamente: (1) na reunião do NACJR da UCC da freguesia, liderada por um EEESIP, onde se procedeu, então, à monitorização de novos casos sinalizados ao NACJR, à avaliação de medidas já aplicadas ou à aplicação de novas medidas perante a necessidade de melhorar a resposta da equipa aos casos já em acompanhamento e ao planeamento e à calendarização de atividades orientadas para a comunidade sobre a prevenção dos maus-tratos; (2) nas reuniões da CPCJ do concelho nas modalidades alargada e restrita onde se cumpriram as agendas de trabalho, deram informações oportunas à equipa, concretizaram deliberações e distribuíram processos; (3) na reunião mensal entre os NACJR, NHACJR e CPCJ do concelho, que assentiu objetivar o significado dado ao conceito de *equipa multidisciplinar* e assistir à análise e redistribuição de novos casos, por níveis de intervenção, onde se atribuiu um gestor de caso ao processo do adolescente e família em internamento protetor por situação social no IP para se implementarem medidas de promoção e proteção, bem como à otimização de circuitos de comunicação entre as equipas e à partilha de responsabilidades, com o propósito de atingir um maior nível de eficiência, ao encontro do superior interesse do sistema.

O estágio na UCIEN incluiu a participação na reunião do NHACJR onde foi possível assistir à discussão de casos já em acompanhamento ou novos casos sinalizados ao núcleo e à individualização de intervenções da equipa consoante a situação em análise, tendo sido possível observar outras metodologias de trabalho e consolidar a experiência obtida no estágio anterior.

Retrospetivamente, a participação no 3.º Encontro do NHACJR do HBA surge numa fase inicial deste percurso e associada ao estágio no SUP em que, logicamente, a compreensão sobre a estruturação por níveis de intervenção face aos maus-tratos era bastante deficitária. Este encontro concentrou os testemunhos e contributos de profissionais de saúde dos três níveis de intervenção, permitindo uma visão global e um melhor entendimento sobre a articulação entre os mesmos. O período da tarde centrou-se numa abordagem mais prática que permitiu adquirir conhecimentos sobre certos sinais, nomeadamente, do foro ortopédico que constituem indícios de maus-tratos e para os quais os enfermeiros devem estar sensibilizados na sua prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do EEESIP no combate aos maus-tratos a crianças e jovens, sobretudo, por prestar cuidados diretos, por ser perito na área e por integrar equipas multidisciplinares que trabalham esta problemática, revela-se um ponto fundamental que promove a visibilidade e o impacto das suas intervenções, evidenciando a potencialidade de ser um elemento de referência e um líder no cerne da equipa multidisciplinar no âmbito desta problemática.

Segundo o princípio da subsidiariedade e o princípio da intervenção mínima, reforça-se que o primado da intervenção do EEESIP deve ser de proximidade o que, naturalmente, remete para a prestação de CCF e CNT, assentes numa relação de parceria, que edificam os pilares dos cuidados em pediatria. Reforça-se, novamente, que no primeiro nível de intervenção dos maus-tratos e com base no modelo de Betty Neuman cabem, de forma lógica, intervenções ao nível da prevenção primária (ex.: educação para a saúde na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil nos CSP), secundária (ex.: deteção precoce de sinais e sintomas de maus-tratos no SUP) e terciária (ex.: visita domiciliária nos CSP) com vista a manter ou a alcançar o bem-estar e a segurança do sistema.

A participação em distintas reuniões multidisciplinares do primeiro e segundo nível de intervenção nos contextos de estágio já referidos, a participação no 3.º Encontro do NHACJR do HBA e a realização da presente reflexão crítica individual permitiu dar resposta aos objetivos específicos 1a. Analisar práticas de cuidados do EEESIP em diversos contextos clínicos, 2a. Analisar práticas de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção e 2b. Conhecer a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar e, em simultâneo, desenvolver as competências comuns “A1. Desenvolve uma prática profissional no seu campo de intervenção: A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” (Regulamento n.º 122/2011, p.8649) e também “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional: C1.1. Optimiza o processo de cuidados do nível da tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011, p.8652) e a competência específica “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castro, J. (Coord). (2017). *Relatório de avaliação da atividade das CPCJ – 2016*. Lisboa: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.
- Fortson, B.L., Klevens, J., Merrick, M.T., Gilbert, L. K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232.
- ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-intervencao-da-saude.aspx>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II, (N.º 35 de 2011-02-18), 8648-8653.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 133 de 2018-07-12), 19192-19194.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.

APÊNDICE XII

**Questionário: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens no Atendimento
Permanente Pediátrico”**

NOTA INTRODUTÓRIA

A compreensão sobre o dever das ECMIJ em intervir de forma apropriada, preventiva e célere perante crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos ancorou a necessidade de recolher informações sobre a perceção da equipa de enfermagem e médica do APP sobre alguns assuntos relacionados com esta problemática. A possibilidade de aplicar um questionário para conhecer a opinião destes profissionais de saúde pareceu ser a opção mais adequada.

O questionário é um instrumento de registos que deve ser cuidadosamente preparado, estruturado por temáticas e respeitar uma lógica perceptível para os participantes com o intuito de obter informações organizadas e sistemáticas (Vilelas, 2017). Tem como principal propósito recolher informações fatuais sobre situações conhecidas e apresenta grande flexibilidade quanto à sua estrutura, forma e meios de consecução das mesmas (Fortin, 2009).

A elaboração das questões assentou nos objetivos definidos, particularmente: conhecer o parecer dos participantes sobre aspetos relacionados com o seu contexto profissional e a abordagem, o diagnóstico e o encaminhamento de situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens; identificar as necessidades formativas dos participantes nesta área.

Os questionários foram remetidos para a equipa de enfermagem e médica do serviço de APP por correio eletrónico, logo após ter sido concedida a respetiva autorização por parte da Comissão de Ética, para o devido efeito. Para tal, utilizou-se o Google Forms[®] por se revelar mais apropriado e facilitador de todo este processo. Ressalva-se que os questionários só foram enviados com autorização prévia do enfermeiro gestor do APP e do pediatra coordenador do Centro da Criança e do Adolescente do hospital.

A presente atividade de estágio encontra-se dividida em quatro secções, nomeadamente: nota introdutória, onde se realiza uma breve fundamentação teórica e justifica a importância da sua execução; desenvolvimento, onde se incluem os documentos elaborados para a realização da mesma e que são, concretamente, o **pedido de autorização para aplicação de questionário** e o respetivo parecer da Comissão de Ética, o **consentimento informado, esclarecido e livre para participação no questionário** e, ainda, o **questionário “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens no Atendimento Permanente Pediátrico”**; resultados do questionário, onde se apresentam em Google Forms[®] os principais resultados obtidos no questionário; breves considerações sobre o conjunto de resultados, onde se referem as principais conclusões e contributos.

Pedido de autorização para aplicação de questionário

Ex.^{mo} Senhor Presidente da Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário

Eu, Mariana Godinho de Almeida, enfermeira sénior a exercer funções no Atendimento Permanente Pediátrico, venho, por este meio, solicitar a V.^a Ex.^a a autorização que passo, de seguida, a descrever.

No âmbito do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e que estou de momento a frequentar, encontro-me a desenvolver um projeto de estágio que se intitula “Cuidar da criança, jovem e família em situação de maus-tratos: Percurso para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista”, cujos objetivos gerais são desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de distintos níveis de complexidade e desenvolver competências na prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de maus-tratos.

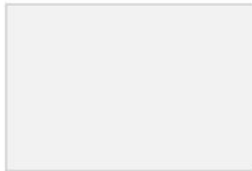
O projeto de estágio apresenta objetivos iminentemente académicos mas a pertinência da auscultação do parecer de alguns profissionais de saúde sobre aspetos relacionados com o seu contexto profissional e a abordagem, diagnóstico e encaminhamento de situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens, poderá traduzir-se numa mais-valia, quer para a unidade hospitalar quer para o cliente pediátrico, resultante da análise dos dados recolhidos. Solicito, então, que me seja permitida a aplicação de um questionário, dirigido à totalidade da equipa de enfermagem e médica que exerce funções no serviço supracitado, elaborado sob orientação da Professora Doutora Maria da Graça Vinagre, durante o próximo mês de Janeiro, seguindo em anexo um exemplar do instrumento e do consentimento informado, esclarecido e livre para o seu preenchimento, por parte dos profissionais que se disponibilizem para colaborar.

Agradeço, antecipadamente, a melhor atenção de V.^a Ex.^a para este meu pedido, convicta de que compreenderá a sua elevada importância e, na expectativa da sua resposta positiva, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

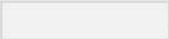
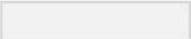
Mariana de Almeida

Telemóvel: (+351) 9xxxxxxx | Email: xxxxxxxxxxxxxxxx@hotmail.com

Parecer da Comissão de Ética

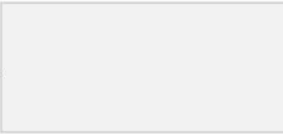


**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO
HOSPITAL**

A Comissão de Ética do Hospital  analisou o pedido para a realização do projecto “ Cuidar da criança, jovem e família em situações de maus-tratos: percurso para o desenvolvimento de competências de enfermeiros especialistas ”, a desenvolver pela Sra. Enfª Mariana Godinho de Almeida, na unidade de pediatria do Hospital  no âmbito do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e nada tem a opor à realização do mesmo.

Lisboa, 19 de Janeiro de 2018

A Presidente da Comissão de Ética,



**Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no
questionário**

Consentimento informado, esclarecido e livre

Ex. ^{mo} participante

Eu, Mariana Godinho de Almeida, enfermeira a exercer funções no Atendimento Permanente Pediátrico e, simultaneamente, estudante do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto de estágio que se intitula “Cuidar da criança, jovem e família em situação de maus-tratos: Percurso para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista” no âmbito do qual também pretendo conhecer não só algumas conceções mas também a sensibilidade da equipa de enfermagem e médica, que exerce funções nesta mesma unidade funcional, sobre a problemática dos maus-tratos a crianças e jovens.

A sua colaboração concretiza-se na resposta ao questionário que se segue, para auscultação do seu parecer sobre aspetos relacionados com o seu contexto profissional e a abordagem, diagnóstico e encaminhamento de situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens. Caso decida participar, é-lhe garantido anonimato e confidencialidade bem como a utilização dos dados recolhidos e respetivos resultados, exclusivamente, no âmbito deste projeto de estágio.

A sua participação tem a máxima importância pelo que, neste sentido, lhe solicito que colabore, aceitando as condições acima referidas e assinando o espaço para o devido efeito. Na expectativa da sua resposta positiva, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos e agradeço-lhe, desde já, a sua disponibilidade.

Mariana de Almeida

Declaro ter lido e compreendido o presente documento e as informações verbais fornecidas, aceitando preencher este questionário e permitindo a utilização dos dados que irei fornecer, de forma voluntária, confiando que os mesmos serão mobilizados para o referido propósito, com garantia de anonimato e confidencialidade.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

**Questionário: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens no Atendimento
Permanente Pediátrico”**

Questionário

“Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens no Atendimento Permanente Pediátrico”

Por se considerar a sua opinião importante, pede-se que responda às questões que, seguidamente, serão apresentadas. A Parte I do questionário não se destina à identificação mas sim à caracterização do participante, pelo que deve assinalar com (X) o quadrado que corresponde à sua situação. Na Parte II deve, igualmente, assinalar com (X) o quadrado que melhor se adequa ao seu parecer.

Relembra-se que este questionário é anónimo e confidencial, pelo que os dados recolhidos e respetivos resultados serão utilizados, exclusivamente, no âmbito deste projeto de estágio. Agradece-se, desde já, a sua disponibilidade para colaborar.

Parte I

Breve caracterização demográfica e profissional do participante

Idade:

- ☐ 21 – 26 anos
- ☐ 27 – 32 anos
- ☐ 33 – 38 anos
- ☐ 39 – 44 anos
- ☐ 45 – 60 anos
- ☐ > 60 anos

Género:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Habilitações académicas:

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Especialidade
- ☐ Doutoramento

Atividade profissional:

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico

Situação profissional:

Tempo de exercício profissional **total:**

- ☐ Até 2 anos
- ☐ 2 – 3 anos
- ☐ 4 – 8 anos
- ☐ 9 – 13 anos
- ☐ 14 – 18 anos
- ☐ > 18 Anos

Tempo de exercício profissional em contexto de **cuidados pediátricos:**

- ☐ Até 2 anos
- ☐ 2 – 3 anos
- ☐ 4 – 8 anos
- ☐ 9 – 13 anos
- ☐ 14 – 18 anos
- ☐ > 18 anos

Parte II

Responda, por favor, às questões que se seguem sobre aspetos relacionados com o fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens e o seu contexto profissional

1. Os **sinais e sintomas de maus-tratos a crianças e jovens** não estabelecem, por si só, o diagnóstico de uma situação de maus-tratos mas podem constituir indícios. Da lista de sinais e sintomas que se segue, associados a diversos tipos de maus-tratos, quais aqueles a que, naturalmente, considera estar mais atento?

- ☐ Intoxicações acidentais recorrentes
- ☐ Lesões externas nos órgãos genitais (ex.: edema, laceração, fissuras)
- ☐ Fratura de ossos longos (ex.: fémur e úmero) em lactentes
- ☐ Doença crónica sem vigilância adequada
- ☐ Queimaduras múltiplas
- ☐ Lesões físicas em diferentes estádios de evolução (ex.: equimoses e hematomas)
- ☐ Baixa autoestima e sentimentos de inferioridade
- ☐ Carência evidente de cuidados de higiene
- ☐ Traumatismo cranioencefálico em criança com menos de 1 ano de idade
- ☐ Desinteresse total pela autoimagem na adolescência (ex.: higiene, roupa, aspeto)
- ☐ Automutilação
- ☐ Outros: _____

2. Durante o seu exercício profissional, já se deparou com, pelo menos, uma **situação suspeita de maus-tratos** a crianças ou jovens?

☐ Não

☐ Sim

Se sim, notificou essa mesma situação a uma entidade competente?

☐ Não

☐ Sim

3. Na sua opinião, que entidades têm o dever de intervir perante uma **situação suspeita de maus-tratos** a crianças ou jovens?

☐ Escolas

☐ Hospitais e centros de saúde

☐ Instituições policiais (PJ, PSP, GNR, etc.)

☐ Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)

☐ Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)

☐ Tribunais

☐ Outras: _____

4. Qualquer cidadão deve notificar uma **situação suspeita de maus-tratos** que possa atentar contra a segurança, dignidade e desenvolvimento da criança ou jovem?

☐ Não, porque cabe às entidades competentes intervirem

☐ Sim, é seu dever fazê-lo porque este fenómeno de violência é um crime público

5. No contexto do APP, na eventualidade de se deparar com uma **situação suspeita de maus-tratos** a crianças ou jovens, notificaria o caso a uma entidade competente?

☐ Não, em nenhuma situação

☐ Não, porque a notificação da situação pode levantar falsas suspeitas

☐ Não, porque não estou familiarizado com o procedimento, nem sei a quem notificar

☐ Não, por outro motivo

☐ Sim, em qualquer situação

☐ Sim, mas apenas perante uma situação explícita e de grande gravidade

☐ Sim, porque qualquer criança ou jovem em situação suspeita de maus-tratos deve ser devidamente acompanhada, por entidades competentes

☐ Sim, por outro motivo

6. Perante uma **situação suspeita de maus-tratos** deve promover-se o envolvimento dos pais ou cuidadores, sobre quem recai a suspeita.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

7. Sob a perspectiva da promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem, perante uma **situação suspeita de maus-tratos** no APP, deve delinear-se uma estratégia de intervenção que vise melhorar a qualidade dos cuidados prestados e uniformizar a atuação da equipa multidisciplinar. Neste entendimento, selecione as opções que considera serem necessárias:

- ☐ Elaboração de um plano de formação em serviço
- ☐ Elaboração de um protocolo de atuação perante situações suspeitas
- ☐ Constituição de um Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) que, polarizando saberes e motivações, preste apoio aos profissionais de saúde nas intervenções deste âmbito e articule com outras entidades competentes
- ☐ Outras: _____

8. Assente no compromisso da melhoria da qualidade dos cuidados prestados a crianças e jovens, considera ter necessidades formativas no âmbito da problemática dos maus-tratos?

☐ Não

☐ Sim

Se sim, que sugestões gostaria de fazer?

Muito obrigada pela sua colaboração

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

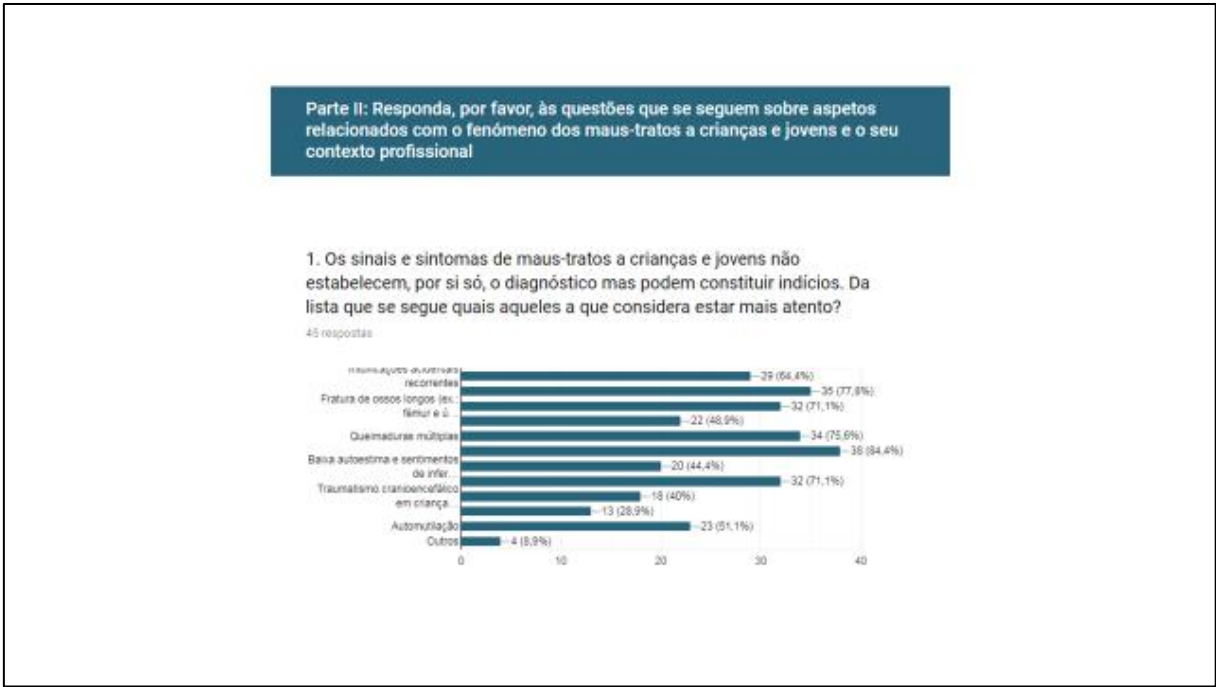


Gráfico 1. Sinais e sintomas de maus-tratos a crianças e jovens a que os participantes estão mais atentos.

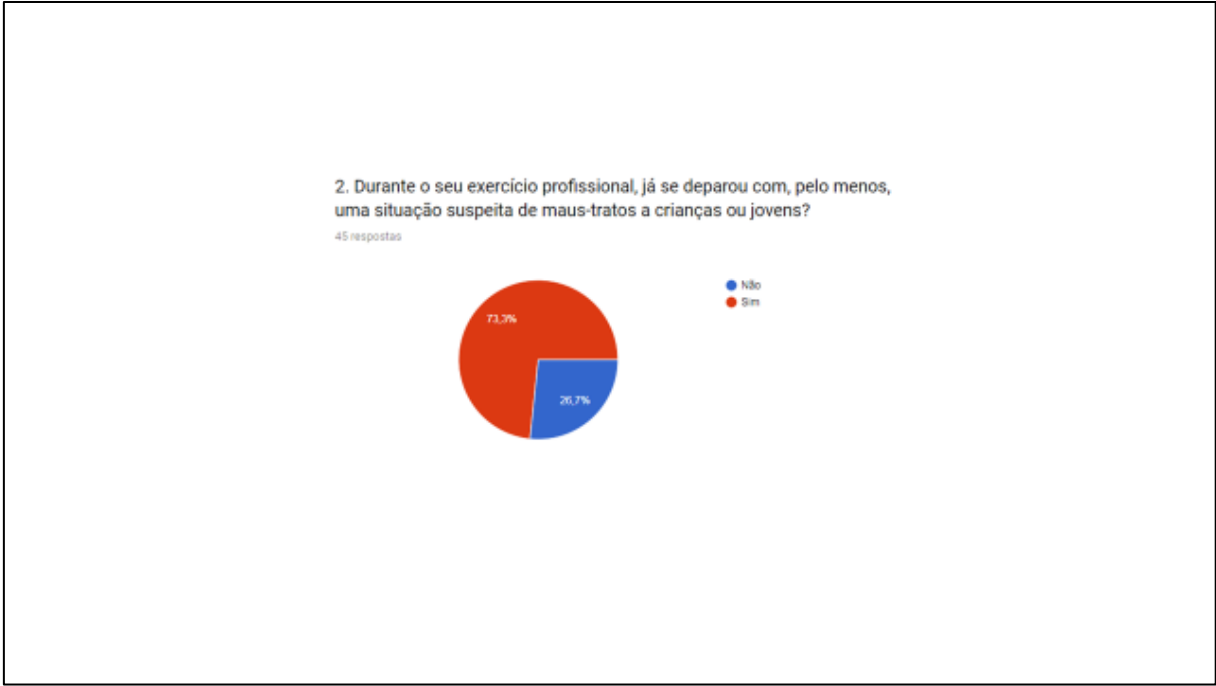


Gráfico 2. Possibilidade dos participantes já se terem deparado com, pelo menos, uma situação de maus-tratos a crianças e jovens durante o seu exercício profissional.

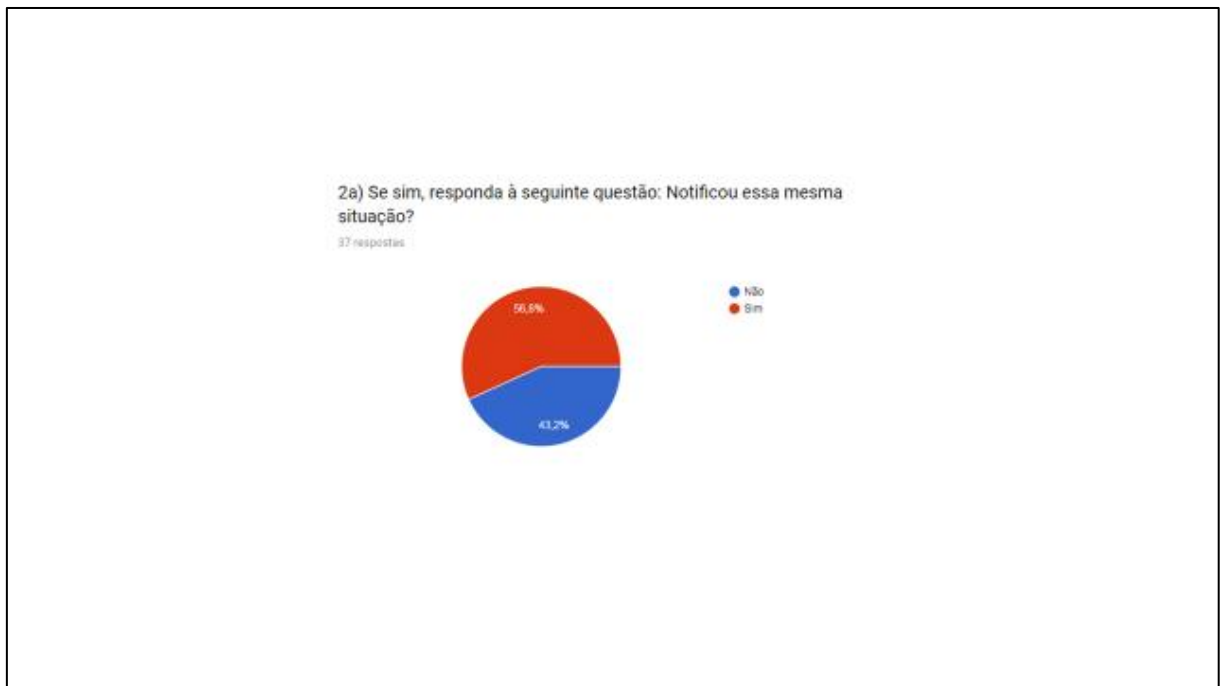


Gráfico 3. Notificação da situação de maus-tratos detetada.

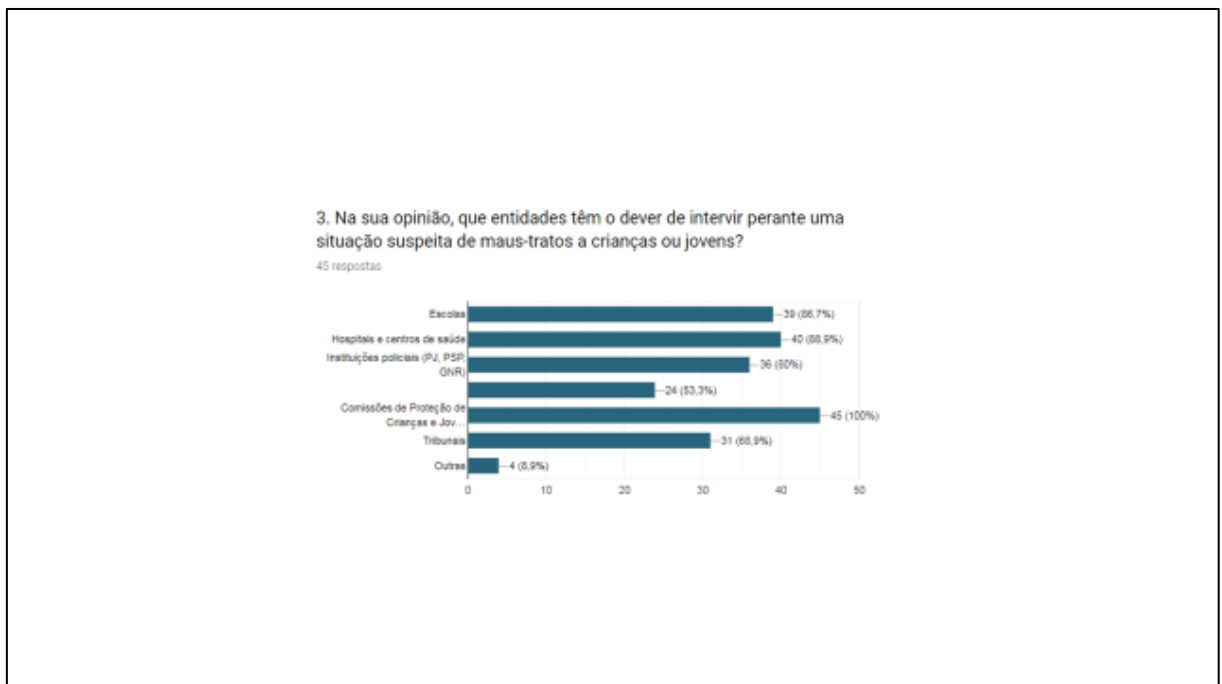


Gráfico 4. Entidades que os participantes consideram ter o dever de intervir perante uma situação suspeita de maus-tratos a crianças e jovens.

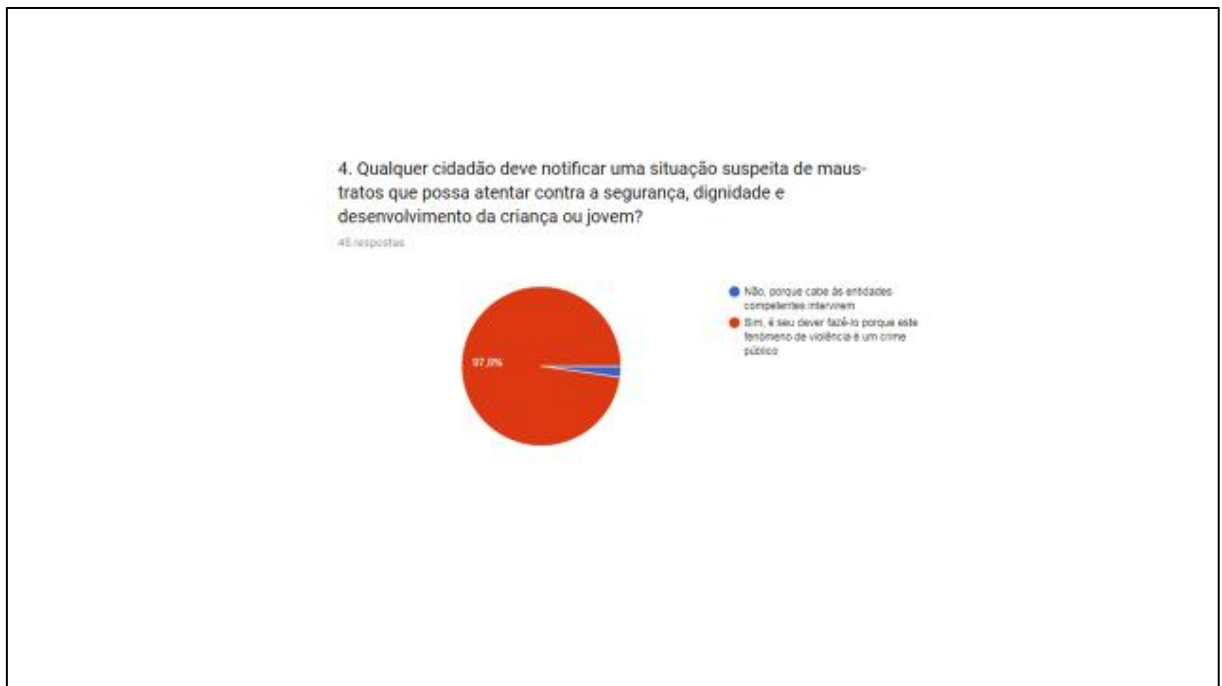


Gráfico 5. Responsabilidade de cada cidadão notificar uma situação de maus-tratos a crianças e jovens.

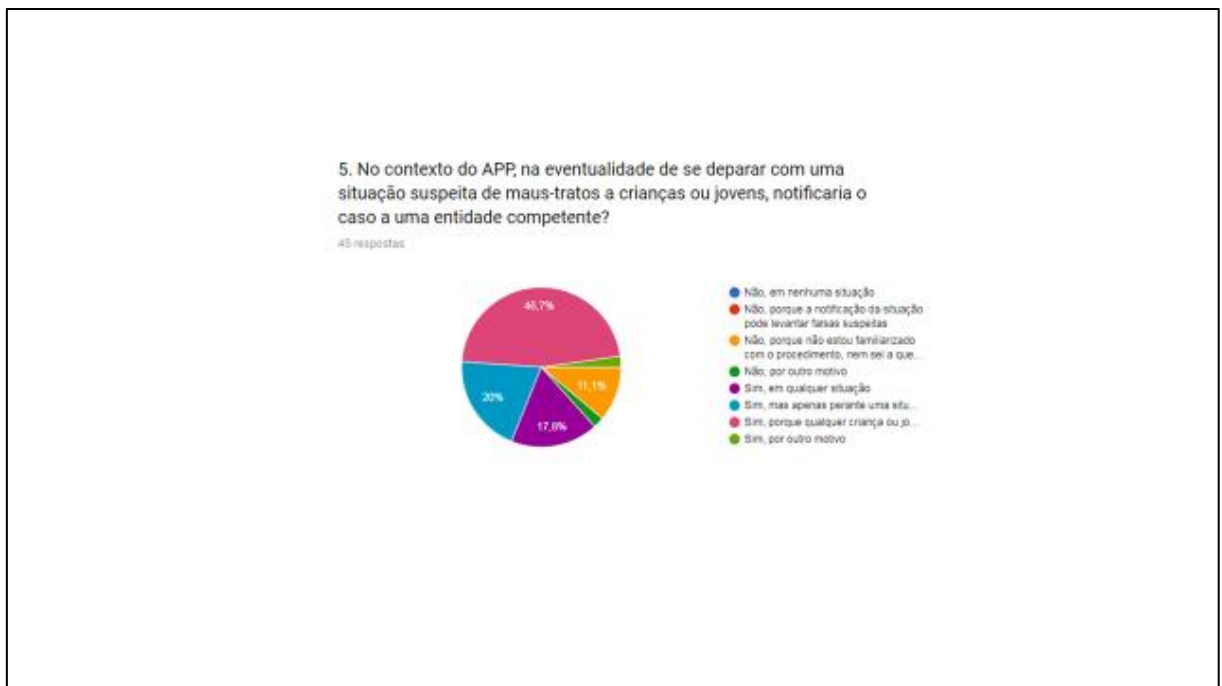


Gráfico 6. Circunstâncias em que os participantes notificariam uma situação suspeita de maus-tratos a crianças e jovens detetada no serviço de APP.

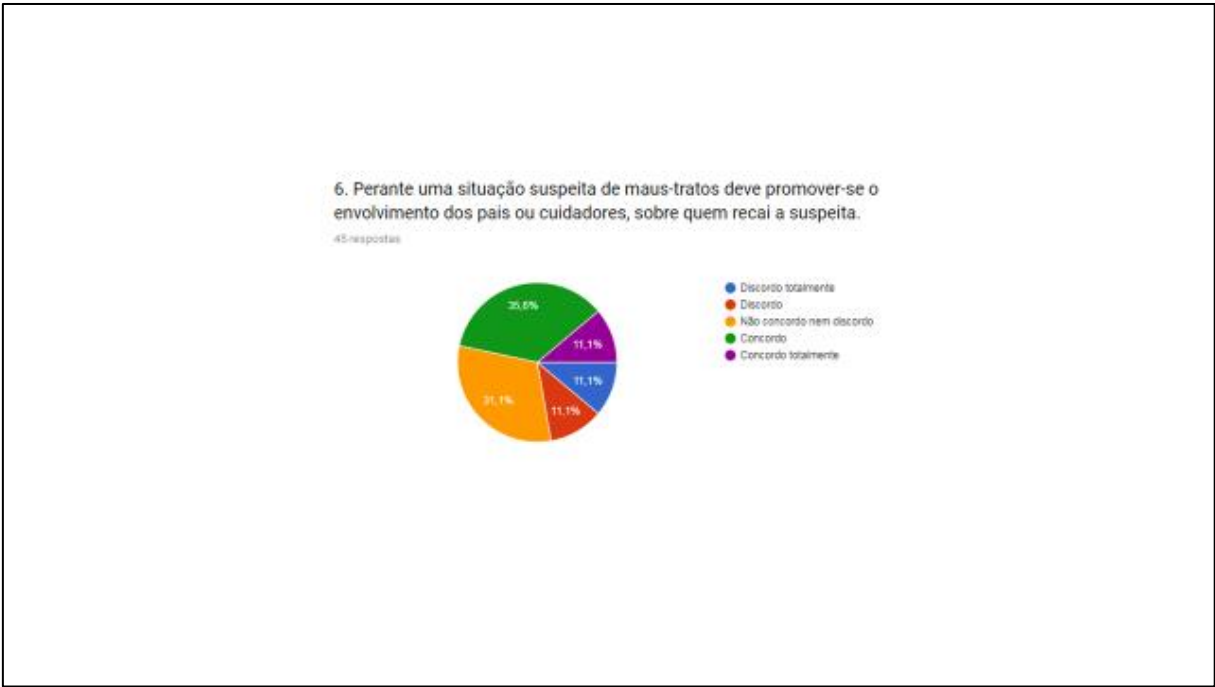


Gráfico 7. Possibilidade de se envolver a família, sobre quem recai a suspeita de maus-tratos, na prestação de cuidados.

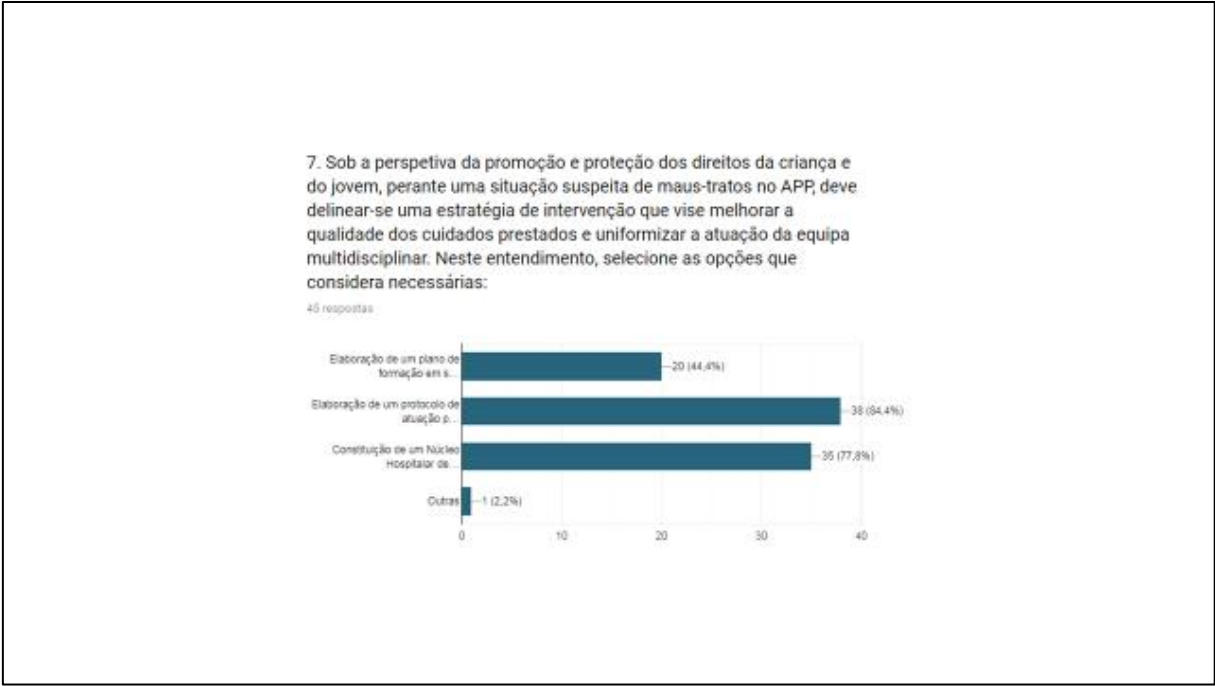


Gráfico 8. Estratégias e intervenções que os participantes consideram ser apropriadas para prevenir os maus-tratos a crianças e jovens no serviço de APP.

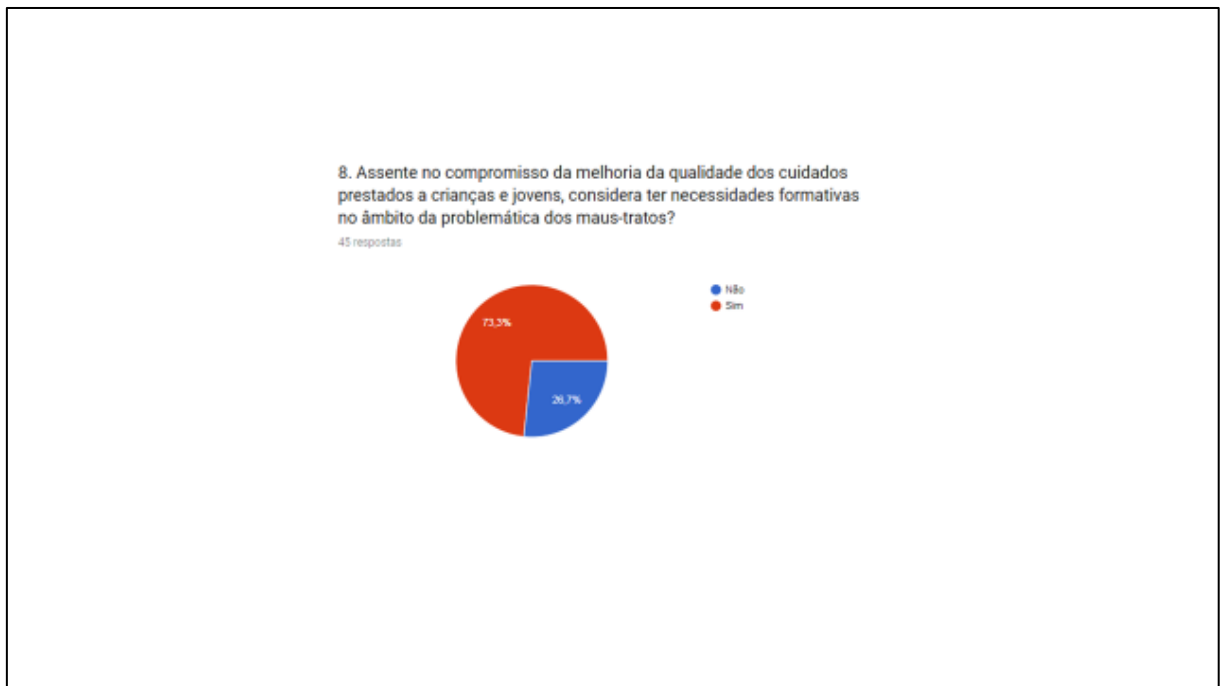


Gráfico 9. Necessidades formativas dos participantes no âmbito da temática dos maus-tratos a crianças e jovens.



Gráfico 10. Sugestões dos participantes sobre que necessidades formativas identificam no âmbito da temática dos maus-tratos a crianças e jovens.

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONJUNTO DE RESULTADOS

O questionário foi aplicado a um grupo de 45 profissionais de saúde – enfermeiros e médicos – e contou com uma adesão de 100% da equipa pediátrica do serviço de APP, a quem foi solicitado o seu preenchimento. O consentimento informado, esclarecido e livre, solicitado previamente à sua aplicação, garantiu não só o anonimato e a confidencialidade, mas também a utilização da totalidade dos dados recolhidos apenas neste contexto.

Quanto à idade e género, observa-se uma predominância entre os 33 e 38 anos (31,1%) e os 45 e 60 anos (26,7%), sendo que 68,9% dos participantes são do género feminino. Cerca de 47% possui licenciatura e 22% uma especialidade. Praticamente metade da amostra (53,3%) são enfermeiros. Aproximadamente, 51% exerce funções há mais de 14 anos e 22,2% trabalha em contextos pediátricos até há 3 anos, 17,8% entre 4-8 e 37,8% entre 9-18 anos.

Através de uma breve análise dos resultados obtidos foi, então, possível identificar quais as intervenções e estratégias consideradas mais apropriadas e necessárias para a prevenção deste fenómeno, por estes profissionais no serviço de APP. Sobressaiu, com 84,4% de concordância, a elaboração de um protocolo de atuação perante situações suspeitas de maus-tratos detetadas no APP; e com 77,8%, a constituição de um NHACJR que polarize saberes e motivações, preste apoio aos profissionais de saúde nas intervenções deste âmbito e articule com outras entidades competentes. Apesar de menos de metade (44%) destes profissionais ter concordado com a elaboração de um plano de formação em serviço, justifica-se o seu desenvolvimento com o propósito de capacitar e sensibilizar a equipa multidisciplinar do serviço para abordagem, diagnóstico e encaminhamento de situações, até porque cerca de 73% referiu ter necessidade de formação nesta área.

Em termos genéricos, importa mencionar que a concretização desta atividade permitiu responder aos objetivos definidos e corroborar a necessidade de se abordar a problemática dos maus-tratos a crianças e jovens no serviço de APP. Esta revelou-se uma experiência realmente interessante que vem reforçar o compromisso e a responsabilidade de se intervir junto das crianças, jovens e famílias em situação de maus-tratos, bem como da equipa multidisciplinar, perspetivando a prevenção deste fenómeno de violência. Como intervenções e estratégias a desenvolver, ainda em contexto de estágio, surge a realização de breves sessões de formação em contexto de trabalho no APP e a elaboração de um folheto informativo alusivo à importância da prevenção do fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2.^a ed.). Lisboa: Sílabo.

APÊNDICE XIII

Sessão de formação em contexto de trabalho no APP: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens”

NOTA INTRODUTÓRIA

A formação em contexto de trabalho é parte integrante do desenvolvimento profissional e organiza-se num processo dinâmico de interação entre os intervenientes e os contextos, onde a experiência se revela decisiva. A formação assume um carácter estratégico quando existe a intenção de articular a formação centrada em problemas concretos de nível organizacional e a formação relacionada com a realidade das próprias unidades de cuidados, o que exige que esta formação se centre nas necessidades do cliente, nas capacidades dos enfermeiros e na produção de conhecimento significativo (Mestrinho, Félix, Mègre & Lopes, 2016).

Com o propósito de, através da formação em contexto de trabalho no APP, mobilizar e transmitir à equipa de enfermagem os conceitos, conhecimentos e experiências facilitadores da aprendizagem relativamente à prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens optou-se por, sob uma perspetiva de crescente grau de complexidade, numa fase inicial realizar várias sessões de formação de curta duração, a pequenos grupos, para esclarecimento de conteúdos fundamentais sobre este fenómeno e futuramente, já numa fase de continuidade do projeto, aprofundar estes mesmos conteúdos e estender a formação também à equipa médica.

A sessão de formação em contexto de trabalho no APP encontra-se dividida em três secções, nomeadamente: nota introdutória, onde se realiza uma breve fundamentação teórica e justifica a importância da sua execução; desenvolvimento, onde se incluem os documentos elaborados para a realização da mesma, que revelam o planeamento e implementação da sessão e que são, então, o **plano da sessão** e os **diapositivos da sessão**; considerações finais, onde se encontram expostas as principais conclusões e contributos da sua elaboração.

Plano da sessão de formação em contexto de trabalho no APP

Título: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens”.

População-alvo: Equipa de enfermagem do APP.

Objetivo geral: Capacitar os enfermeiros para a prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens no APP.

Objetivos específicos:

- Definir os principais conceitos no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens;
- Destacar o papel do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens;
- Motivar a reflexão individual sobre a problemática.

Data: 09/02/2018 | **Hora:** 15h | **Local:** Sala multiusos do APP | **Duração:** 15 minutos

Conteúdos programáticos	Tempo	Metodologia	Recursos
Introdução: • Acolhimento dos participantes; • Apresentação do formador e do orientador; • Apresentação do tema da sessão; • Apresentação dos objetivos da sessão.	3’	Métodos expositivo	Humanos Enfermeiro orientador Enfermeiros do SUP Materiais Computador e apresentação em PowerPoint
Desenvolvimento: • Exposição dos conteúdos selecionados: - Definição do conceito e tipologia dos maus-tratos a crianças e jovens; - Identificação de sinais e sintomas por tipologia; - Distinção entre situações de risco e situações de perigo; - Identificação de fatores de proteção e fatores de risco; - Explicitação do papel do enfermeiro na prevenção do fenómeno.	10’		
Conclusão: • Síntese dos conteúdos programáticos	2’		

Diapositivos da sessão de formação em contexto de trabalho no APP

8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Contexto de estágio: Atendimento Permanente Pediátrico

PREVENIR OS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS

Sessão elaborada por: Mariana de Almeida
Orientador de estágio: Enf.º Carlos Dias
Docente orientador: Prof.ª Doutora Maria da Graça Vinagre
Lisboa, Fevereiro de 2018



OBJETIVOS

Objetivo geral: Capacitar os enfermeiros para a prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens.

Objetivos específicos:

- Definir conceitos-chave no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens;
- Destacar o papel do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens;
- Motivar a reflexão individual sobre a problemática.

SUMÁRIO

- Definição do conceito e tipologia dos maus-tratos
- Identificação de sinais e sintomas por tipologia de maus-tratos
- Distinção entre situações de risco e situações de perigo
- Identificação de fatores de proteção e fatores de risco
- Explicitação do papel do enfermeiro na prevenção do fenómeno

MAUS-TRATOS: Conceito

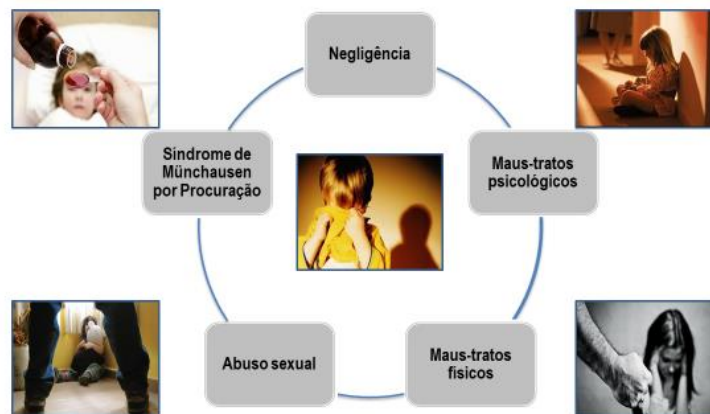
Qualquer omissão ou ação não accidental, perpetrada pelos pais ou cuidadores que atenta contra a segurança, dignidade e desenvolvimento da criança e do jovem.

(Prazeres, 2014)

Consiste numa violação dos direitos humanos, num grave problema de saúde pública que ocorre em todas as sociedades e países e agrava a desigualdade e perpetua a injustiça social decorrente das, profundas e nefastas, consequências físicas e mentais que acarretam a nível da saúde e do desenvolvimento infantil e juvenil.

(Selthi et al., 2013)

MAUS-TRATOS: Tipologia



(Prazeres, 2014)

Negligência

Não satisfação de necessidades básicas diárias de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação, continuada no tempo. Pode ser **negligência ativa** – ação intencional de não prestar cuidados diários – ou **negligência passiva** – incapacidade dos pais ou cuidadores para satisfazer essas necessidades básicas.

(Prazeres, 2014)

Sinais e Sintomas

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Falta de higiene ou rotinas• Eritema perineal prolongado• Vestuário inadequado à estação• Intoxicações acidentais repetidas• Doença crónica sem vigilância• Falta de supervisão frequente• Acidentes recorrentes• Incumprimento PNSIJ ou PNV | <ul style="list-style-type: none">• Atraso no desenvolvimento• Alterações do sono• Apatia, tristeza, outras manifestações de depressão e agressividade• Alteração do comportamento alimentar• Dificuldades no processo de aprendizagem |
|---|--|

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

Maus-tratos psicológicos

Resultam da **ausência de um ambiente de serenidade e bem-estar afetivo**, imprescindível ao crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. Engloba situações desde a precaridade de afeição ou cuidados até à completa rejeição.

(Prazeres, 2014)

Sinais e Sintomas

- Deficiência não orgânica de crescimento
- Comportamentos autolesivos

Alterações funcionais:

- Anorexia ou bulimia
- Enurese ou encompresse

Alterações cognitivas:

- Alterações no padrão de maturidade
- Dificuldades no processo de aprendizagem

Alterações comportamentais:

- Incapacidade de brincar ou jogar

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

Maus-tratos físicos

Qualquer **ação não acidental, isolada ou repetida, infligida pelos pais ou cuidadores**, que provoca ou poderá vir a provocar danos físicos. Compreendem um conjunto diversificado de situações traumáticas.

(Prazeres, 2014)

Sinais e Sintomas

- Diferentes lesões e diferentes estádios
- **TCE em criança com menos de 1 ano**
- Lesões com desenhos de objetos
- **Queimaduras múltiplas**
- Alopecia traumática
- **Fratura do fémur em lactentes**

- **Recusa ou incongruência na explicação do mecanismo de lesão**
- Explicações contraditórias
- **História de lesões recorrentes**

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

Abuso sexual

Consiste no **envolvimento de uma criança ou jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou alguém mais velho**. Assenta numa relação de poder ou autoridade e reveste-se de diversas formas desde importunar até à prática de coito.

(Prazeres, 2014)

Sinais e Sintomas

- **Lesões externas nos órgãos genitais**
- Laceração do freio labial
- **ITU de repetição**
- Leucorreia persistente
- **Fissuras anais**
- IST
- **Comportamento autolesivo**
- Laceração do freio labial

Crianças:

- Conduta sexualizada
- Obediência exagerada
- Comportamentos agressivos

Jovens:

- Perturbações do foro sexual
- Manifestações indicativas de depressão

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

Síndrome de Münchausen por procuração

Consiste na **atribuição de uma multiplicidade de sinais e sintomas**, à criança ou jovem, com o intuito de convencer a equipa multidisciplinar de saúde da existência de uma doença.

(Prazeres, 2014)

Sinais e sintomas

- Forma rara de maus-tratos a crianças e jovens que coloca grandes dificuldades de diagnóstico dado que os sinais e sintomas são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente.

(Prazeres, 2014)

Situações de risco e situações de perigo

RISCO: Perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança ou jovem, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. A evolução negativa de contextos de risco condiciona o aparecimento das situações de perigo.

(Prazeres, 2014)

PERIGO:

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

(Lei n.º 147/99)

Fatores de proteção e fatores de risco

Fatores de proteção	Fatores de risco
Da criança: • Crianças saudáveis e atrativas • Crianças com competências adaptativas • Crianças autónomas e exploradoras Da família: • Vinculação segura com um progenitor • Relação afetiva securizante • Rede familiar e social de apoio Do contexto social: • Comunidade com recursos de educação, saúde, recreativos	Da criança: • Crianças com necessidades especiais de saúde • Prematuridade quando implica separação • Crianças não desejadas pela família Da família: • Contextos de violência doméstica • Situações de adoção ou famílias reconstituídas • Doença mental, alcoolismo, toxicod dependência Do contexto social: • Desenraizamento cultural e social (migrantes) • Más condições habitacionais

(Prazeres, 2008)

A prevenção dos maus-tratos

AS CRIANÇAS E OS JOVENS REPRESENTAM O FUTURO

A prevenção dos maus-tratos nesta população, particularmente vulnerável, deve ser uma prioridade assente num compromisso e abordagem multidisciplinar.

(Sethi et al., 2013)

OS MAUS-TRATOS SÃO EVITÁVEIS

As comunidades e organizações que trabalham na prevenção do fenómeno têm a possibilidade de influenciar a seleção de estratégias e abordagens mais relevantes para as suas populações e configurações.

(Fortson, Klevens, Merrick, Gilbert & Alexander, 2016)

A intervenção do enfermeiro

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Devem agir como defensores da prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens.

(Sethi et al., 2013)

O ENFERMEIRO

Pode ser confrontado com situações de maus-tratos, mais ou menos evidentes, às quais urge dar uma **resposta indispensável, satisfatória e apropriada**.

No APP deve ser capaz de proceder à **avaliação, intervenção e encaminhamento de situações suspeitas**.

(Prazeres, 2008)

QUESTÕES



SÍNTESE

- O fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens tem uma incidência semelhante à de outras causas de morbilidade e mortalidade infantil (Sethi et al., 2013).
- O mandato de proteção deve englobar não só a investigação ou avaliação de situações suspeitas de violência mas também a promoção da segurança e do bem-estar através de uma ampla gama de atividades de prevenção (WHO, 2016).
- O progresso sobre a compreensão e a prevenção dos maus-tratos revela a necessidade de investir e aumentar o nível de conhecimentos sobre o fenómeno, com o intuito de substituir maus-tratos por ambientes familiares seguros, estáveis e nutritivos em que as crianças e os jovens possam crescer e desenvolver-se (WHO, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fortson, B.L., Klevens, J., Merrick, M.T., Gilbert, L.K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO.

Our children are our greatest treasure.

They are our future.

*Those who abuse them tear at the fabric of our society and
weaken our nation.*

Nelson Mandela



MUITO OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sessão de formação em contexto de trabalho no APP foi realizada três vezes e contou, no total, com a presença de 15 enfermeiros (68.2%) desta equipa, com competências no Sistema de Triagem de Manchester, em pequenos grupos de 5 enfermeiros. Tal como já foi explanado anteriormente optou-se por, nesta fase inicial, realizar esta sessão de formação apenas à equipa de enfermagem com a perspetiva de, futuramente, se realizarem outras sessões com conteúdos mais aprofundados e alargada também à equipa médica. Perante a tipologia e o propósito da sessão concretizada optou-se, então, por não se proceder à avaliação da mesma por parte dos participantes envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fortson, B.L., Klevens, J., Merrick, M.T., Gilbert, L. K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232.
- ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.) (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS.
- Mestrinho, G., Félix, I., Mègre, P., & Lopes, V. (2016). Formação em contexto de trabalho e desenvolvimento profissional. In M.G. Mestrinho (Coord.), *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. (pp. 111-214). Loures: Lusodidacta.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-intervencao-da-saude.aspx>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1>.

APÊNDICE XIV

Folheto informativo: “Prevenir os maus-tratos a crianças e jovens”

As crianças e os jovens representam o futuro

A prevenção dos maus-tratos deve ser uma prioridade assente num compromisso e abordagem multidisciplinar.

(Sethi et al., 2013)

Os profissionais de saúde

Devem agir como **defensores da prevenção dos maus-tratos** a crianças e jovens.

(Sethi et al., 2013)

Sobre a intervenção do enfermeiro

A presença de enfermeiros no Serviço de Urgência Pediátrico é uma constante e sobre estes profissionais recai a responsabilidade de manter o padrão de atendimento, de gerir riscos e garantir a qualidade dos cuidados.

(Neves, Moraes, Moraes, Souza, Ciuffo & Oliveira, 2016)



Responsabilize-se

Maus-tratos a crianças e jovens

Os maus-tratos consistem em qualquer omissão ou ação não accidental, perpetrada pelos pais ou cuidadores, que atenta contra a segurança, dignidade e desenvolvimento da criança e do jovem.

(Prazeres, 2014)

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

(Sethi, Bellis, Hughes, Gilbert, Mitis & Galea, 2013)

TIPOLOGIA

Negligência

Não satisfação de necessidades básicas de afeto, alimentação, saúde, higiene e educação, continuada no tempo.

Maus-tratos psicológicos

Ausência de um ambiente de serenidade e bem-estar afetivo, imprescindível ao crescimento e desenvolvimento.

Maus-tratos físicos

Qualquer ação não accidental, infligida pelos pais ou cuidadores, que provoca ou poderá provocar dano físico.

Abuso sexual

Envolvimento de uma criança ou jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou alguém mais velho.

Transtorno factício imposto a outro (Síndrome de Münchausen por procuração)
Atribuição de sinais e sintomas, à criança ou jovem, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de doença.

(Prazeres, 2014)

SINAIS E SINTOMAS

- Falta de higiene ou de rotinas
- Vestuário inadequado à estação
- Intoxicações ou acidentes recorrentes
- Apatia, depressão ou agressividade

- Dificuldades na aprendizagem
- Comportamentos autolesivos
 - Anorexia ou bulimia
- Incapacidade de brincar ou jogar

- Traumatismo craniano em criança com idade inferior a 1 ano
 - Queimaduras múltiplas
- Fratura do fémur em criança com idade inferior a 1 ano
- Explicações contraditórias sobre o evento

- Lesões externas nos órgãos genitais
 - Laceração do freio labial
- Infecções do trato urinário de repetição
 - Comportamentos autolesivos
- Infecções sexualmente transmissíveis

Forma rara de maus-tratos de difícil diagnóstico porque os sinais e sintomas são inaparentes ou estão dissimulados.

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano, 2006)

*Our children are our
greatest treasure.
They are our future.
Those who abuse them
tear at the fabric of our
society and weaken our
nation.*

Nelson Mandela

- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.) (2011). Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Neves, F.G., Moraes, J.R.M.M., Souza, T.V., Cluffo, L.L., & Oliveira, L.C.S. (2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. Esc. Anna Nery, 20(3);
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). Maus tratos em crianças e jovens – Intervenção da Saúde: Documento Técnico. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: World Health Organization;
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo. Valencia: Generalitat Valenciana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>.
- Neves, F.G., Moraes, J.R.M.M., Morais, R.C.M., Souza, T.V., Ciuffo, L.L., & Oliveira, I.C.S. (2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3).
doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160063>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-intervencao-da-saude.aspx>.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.

APÊNDICE XV

Instrução de trabalho “Criança, jovem e família em situação de maus-tratos”

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Criança, jovem e família em situação de maus-tratos

1. OBJETIVO

Estabelecer linhas orientadoras de intervenção perante situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens detetadas no serviço de Atendimento Permanente Pediátrico.

2. ÂMBITO

Documento dirigido à equipa de enfermagem e equipa médica do serviço de Atendimento Permanente Pediátrico.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Maus-tratos a crianças e jovens

Os maus-tratos a crianças e jovens consistem em qualquer ação ou omissão não acidental realizada pelos pais, responsáveis legais ou outros e constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática e insidiosa, com efeitos negativos no crescimento, desenvolvimento biopsicossocial e afetivo, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade das vítimas (Prazeres, 2014).

Este fenómeno de violência representa um grave problema de saúde pública que ocorre, indistintamente, em todas as sociedades e países e é o produto de fatores culturais, sociais, económicos e biológicos. Constitui uma das principais causas de disparidade no setor da saúde, agrava a desigualdade e perpetua a injustiça social, decorrente das profundas e nefastas consequências que acarreta ao nível do crescimento e desenvolvimento (Sethi et al., 2013).

A prestação de cuidados de saúde de excelência a crianças, jovens e famílias em situação suspeita de maus-tratos é fundamental para reduzir traumas, promover a recuperação e prevenir a recorrência de atos de violência, melhorando a qualidade dos cuidados (OMS, 2015).

3.2. Tipologia dos maus-tratos a crianças e jovens

Encontram-se descritas distintas formas de maus-tratos conforme o padrão é o castigo ou a negligência e conforme a área predominante em que incide é física, psicológica ou sexual (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Negligência: Não satisfação das necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento adequado da criança ou jovem. Em geral é continuada no tempo e pode manifestar-se de forma ativa, quando os pais, responsáveis legais ou outrem intencionalmente não prestam os devidos cuidados diários, ou de forma passiva, caso resulte da incapacidade ou incompetência destes para satisfazer tais necessidades (Prazeres, 2014). A expressão máxima deste tipo de maus-tratos é o abandono (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Maus-tratos psicológicos: Privação de um ambiente de tranquilidade e bem-estar afetivo indispensável ao crescimento e desenvolvimento equilibrados (Prazeres, 2014). Os adultos envolvidos são incapazes de estabelecer uma relação afetiva estável, equilibrada e segura com a criança ou jovem. Ignoram afetivamente, rejeitam, humilham, insultam, ameaçam, aterrorizam, rebaixam ou desvalorizam a vítima de forma continuada (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Maus-tratos físicos: Qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida pelos pais, responsáveis legais ou outros com responsabilidades face à criança ou jovem, que provoque ou possa vir a provocar danos físicos (Prazeres, 2014). Por norma, os pais oscilam entre expectativas elevadas e utópicas e frustrações e censuras inadequadas (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Abuso sexual: Envolvimento de uma criança ou jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou pessoa mais velha que a vítima e que se baseia numa relação de poder ou autoridade, com ou sem violência física envolvida (Prazeres, 2014). A criança ou jovem é submetido a práticas sexuais das quais não se pode defender e cujo significado, dependendo do estágio de desenvolvimento, não consegue compreender ou nomear (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Transtorno factício imposto a outro - Síndrome de Münchausen por procuração: Atribuição fraudulenta, pelos pais, responsáveis legais ou outros, de um conjunto de sinais e sintomas com o propósito de convencer a equipa multidisciplinar da existência de uma doença, passível de determinar exames invasivos e hospitalizações frequentes (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014). Forma rara de maus-tratos muito difícil de diagnosticar dado que os sinais ou sintomas são inaparentes ou foram provocados dolosamente (Prazeres, 2014).

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Criança, jovem e família em situação de maus-tratos

3.3. Sinais, sintomas e indicadores por tipologia de maus-tratos

NEGLIGÊNCIA	MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS	MAUS-TRATOS FÍSICOS	ABUSO SEXUAL	SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN
• Falta de higiene ou de rotinas • Eritema perineal prolongado • Vestuário impróprio à estação • Intoxicações repetidas • Doença crônica sem vigilância apropriada • Falta de supervisão frequente • Acidentes recorrentes • Desnutrição • Atraso do desenvolvimento • Alterações do padrão de sono • Apatia ou tristeza marcada • Dificuldades ao nível da aprendizagem • Incumprimento em consultas do PNSIJ ou do PNV • Outras manifestações de depressão ou agressividade	• Deficiência não orgânica de crescimento e baixa estatura • Comportamentos autolesivos • Anorexia ou bulimia • Alteração do controlo de esfíncteres (ex.: enurese ou encompresse) • Alterações no padrão de maturidade • Excessiva ansiedade • Dificuldade nas relações afetivas • Dificuldades no processo de aprendizagem • Incapacidade de brincar ou jogar • Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas • Choro incontrolável no primeiro ano de vida	• Diferentes tipos de lesões em diferentes estádios de evolução (ex.: hematomas, equimoses, cortes ou mordeduras) • TCE em criança com menos de 1 ano de idade • Lesões com desenhos de objetos • Queimaduras múltiplas • Alopecia traumática • Fratura do fémur antes de se iniciar a marcha • Recusa ou incongruência na explicação do mecanismo de lesão • Explicações contraditórias • História de lesões recorrentes	• Lesões externas nos órgãos genitais (ex.: eritema, edema ou fissura) • Laceração do freio labial • ITU de repetição • Leucorreia persistente • Fissuras anais • IST • Comportamento autolesivo • Laceração do freio labial • Nas crianças: • Conduta sexualizada • Obediência exagerada • Comportamentos agressivos • Nos jovens: • Perturbações do foro sexual • Manifestações indicativas de depressão	Poderão ser indicadores de Síndrome de Münchausen por procuração as seguintes situações: • Administrar à criança ou jovem uma droga ou medicamento para provocar determinada sintomatologia • Adicionar sangue ou agentes contaminantes a amostras de urina da vítima • Provocar sufocação parcial de forma repetida antes de acorrer ao SUP, anunciando crises de apneia

Quadro 1. Sinais, sintomas e indicadores por tipologia de maus-tratos (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008; Soriano 2006).

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Criança, jovem e família em situação de maus-tratos

3.4. Situações de risco VS Situações de perigo

Situações de risco: São situações que dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança ou jovem nos domínios da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. A evolução negativa destas situações predispõe a ocorrência de maus-tratos e condiciona o aparecimento de situações de perigo (Menezes & Prazeres, 2011).

Situação de perigo: As situações de perigo encontram-se contempladas na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e são, especificamente:

- a. Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b. Sofrer maus-tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c. Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d. Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e. Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f. Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação (Lei n.º 142/2015).

3.5. Fatores de risco, de proteção e de agravamento nos maus-tratos

Fatores de risco: Qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou manutenção de situações de maus-tratos. Englobam variáveis de ordem biopsicossocial que podem potenciar alterações impeditivas do desenvolvimento adequado da criança ou jovem (Menezes & Prazeres, 2011).

Fatores de proteção: Incluem as variáveis biopsicossociais que suportam e favorecem o desenvolvimento individual e social e que, simultaneamente, podem minimizar ou remover o impacto dos fatores de risco (Menezes & Prazeres, 2011).

Fatores de agravamento: São novos eventos ou circunstâncias na vida da criança, jovem e família que alteram a dinâmica entre os fatores de risco e proteção e que podem precipitar a ocorrência de maus-tratos (Menezes & Prazeres, 2011).

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Criança, jovem e família em situação de maus-tratos

Fatores de risco	Fatores de proteção	Fatores de agravamento
Na criança e jovem • Nascimento prematuro ou de baixo peso • Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento • Problemas comportamentais (ex.: agressividade) • Insatisfação da expectativa dos pais (ex.: sexo) • Excessiva dependência ou alheamento • Viver em instituições	Na criança e jovem • Vinculação precoce e segura • Bom nível de desenvolvimento global • Personalidade cativante e temperamento fácil • Capacidade para resolução de problemas • Desejo de autonomia e comportamento exploratório • Sucesso escolar	Na criança, jovem e família • Rutura ou reconstituições familiares (ex.: divórcio) • Diagnóstico de doença súbita grave • Diagnóstico de doença crónica • Desemprego • Desenraizamento cultural e social – Migração • Institucionalização • Detenção ou prisão • Desastre natural • Situação de conflito armado • Luto • Início de prestação de cuidados a pessoa dependente • Alteração brusca da condição socioeconómica
Na família ou contexto de vida • Pais ou responsáveis legais maltratados • Défice de competências parentais • Ausência de suporte familiar e social • Hábitos de consumo (ex.: álcool e drogas) • Relações familiares conflituosas • Inexistência de condições de habitabilidade • Instabilidade económica ou pobreza • Família disfuncional ou monoparental	Na família ou contexto de vida • Boas competências parentais • Boa rede de suporte familiar e social • Comportamentos e estilo de vida saudáveis • Família organizada e com regras apropriadas • Estabilidade e segurança económica • Boa integração comunitária • Relações familiares frutuosas	

Quadro 2. Fatores de risco, de proteção e de agravamento nos maus-tratos (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008).

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Criança, jovem e família em situação de maus-tratos

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Os maus-tratos a crianças e jovens são evitáveis pelo que as comunidades e organizações que trabalham na prevenção deste fenómeno de violência, perante o seu próprio contexto social e cultural, têm a possibilidade de seleccionar o conjunto de estratégias mais relevantes para a sua população (Fortson, Klevens, Merrick, Gilbert & Alexander, 2016).

AVALIAÇÃO INICIAL
1. ANAMNESE • Antecedentes familiares • Antecedentes pessoais da criança • História de doença atual 2. EXAME OBJETIVO • Sinais e sintomas • Comportamento e desenvolvimento • Diagnóstico diferencial de maus-tratos * 3. PRESERVAR • Registo fotográfico identificável de eventuais lesões

* A investigação complementar e consequente realização de exames complementares de diagnóstico deverá ser concordante com a suspeita por tipologia de maus-tratos. O apoio e observação por outras especialidades médico-cirúrgicas deverá ser ponderada perante cada situação.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Criança, jovem e família em situação de maus-tratos

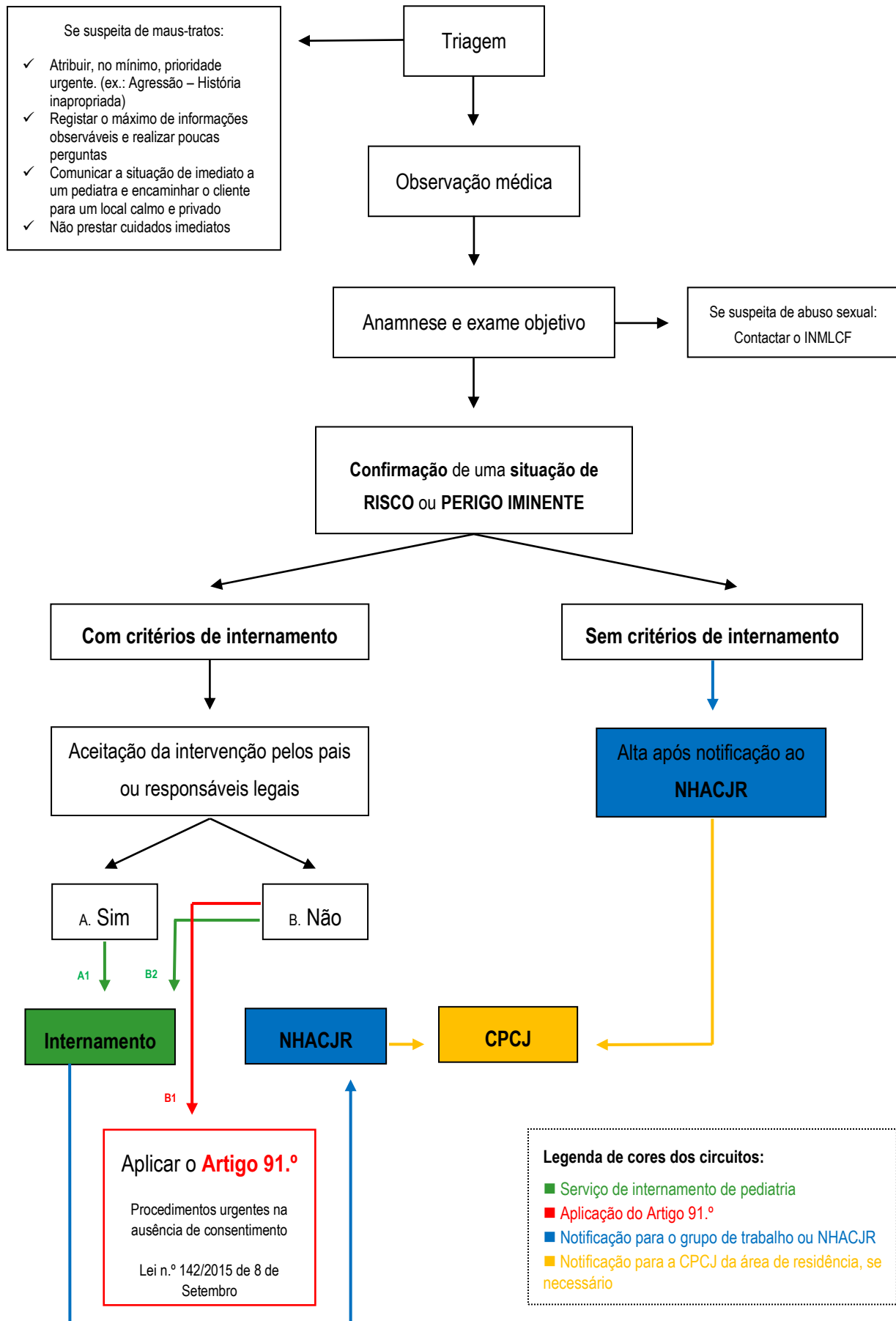
* EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO			
TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	EXAMES	OBJETIVOS
Craniano	• LOE • Outros	• Rx crânio 2PP • Fundoscopia • TC CE • RM CE • Rx ossos longos de idade < a 2 anos	Excluir: • Shaken baby syndrome • Hematoma epidural • Hematoma subdural • Edema cerebral • Fratura de ossos do crânio
Osteomuscular	• <i>Osteogenesis imperfecta</i> • Sífilis congênita • Condrodisplasia metafisária • Osteomielite • Outros	Idade < a 2 anos: • Rx 2PP dos membros superiores e inferiores por segmento, crânio e abdominal • Eventual TC ou RM CE Idade > a 2 anos: • Rx 2PP do local lesado • Eventual ecografia ou TC	Excluir: • Fraturas
Torácico ou abdominal	• Pancreatite • Outros	• Análises de sangue e urina • Ecografia abdominal • Eventual TC abdominal	Excluir: • Hematoma renal • Lesão uretral • Hematoma hepático • Hematoma esplênico
Cutâneo ou das partes moles	• Leucemia • Trombocitopenia • Neuroblastoma • Outros	• Análises de sangue e urina	Excluir: • Diátese hemorrágica

4.1. Fluxograma de atuação perante situações suspeitas de maus-tratos

Em contexto dos SUP, a equipa multidisciplinar deve dispor de protocolos de atuação relacionados com o âmbito da sua intervenção que garantam não só a continuidade e a articulação do trabalho, mas também que possibilitem o cuidado holístico e humanizado à criança, jovem e família em situação de maus-tratos (Woiski & Rocha, 2010). Apresenta-se, seguidamente, o fluxograma de atuação perante situações suspeitas de maus-tratos no serviço de APP.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Criança, jovem e família em situação de maus-tratos



INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Criança, jovem e família em situação de maus-tratos

5. ABREVIATURAS, REFERÊNCIAS E ANEXOS

5.1. ABREVIATURAS

APP – Atendimento Permanente Pediátrico
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGS – Direção-Geral da Saúde
INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciência Forense
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
ITU – Infecção do Trato Urinário
LOE – Lesão Ocupante de Espaço
NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RM CE – Ressonância Magnética Cranioencefálica
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
TC – Tomografia Computorizada
TC CE – Tomografia Computorizada Cranioencefálica
TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

5.2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fortson, B.L., Kleven, J., Merrick, M.T., Gilbert, L.K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 175, 8 de Setembro de 2015), 7198-7232.
ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS.

- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS.
- Prazeres, V. (Coord.). (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS.
- Rodrigues, E., & Lobo-Fernandes, M.J. (2014). Maus-tratos a crianças e jovens. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. (pp. 423-432). Lisboa: Lidel.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (Eds.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Soriano, F.J.R. (Coord.). (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Woiski, R.O.S., & Rocha, D.L.B. (2010). Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Escola Anna Nery Revista.de Enfermagem*, 14(1), 143-150.

5.3. ANEXOS

Artigo 91.º da Lei n.º 142/2015, de 8 de Setembro:

CAPÍTULO VII
Procedimentos de urgência

Artigo 91.º

Procedimentos urgentes na ausência do consentimento

- 1 — Quando exista perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.
- 2 — As entidades policiais dão conhecimento, de imediato, das situações referidas no número anterior ao Ministério Público ou, quando tal não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade.
- 3 — Enquanto não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou o jovem do perigo em que se encontra e asseguram a sua protecção de emergência em casa de acolhimento temporário, nas instalações das entidades referidas no artigo 7.º ou em outro local adequado.
- 4 — O Ministério Público, recebida a comunicação efectuada por qualquer das entidades referidas nos números anteriores, requer imediatamente ao tribunal competente procedimento judicial urgente nos termos do artigo seguinte.