

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA:**

**Prevenção dos maus-tratos infantis em contexto de
Cuidados de Saúde primários**

Cláudia Sofia Gonçalves Abreu Pereira

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem em
Saúde Infantil e Pediátrica.**

**Funchal,
2023**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA:**

**Prevenção dos maus-tratos infantis em contexto de
Cuidados de Saúde primários**

Cláudia Sofia Gonçalves Abreu Pereira

Orientadora: Professora Olívia Barcelos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem em
Saúde Infantil e Pediátrica.**

**Funchal,
2023**

«Enquanto pais/ educadores, a nossa mais importante função não é “torcermos” as nossas crianças, mas sim elevá-las. Permitir-lhes que tenham a sua própria forma de ser/de fazer, que cresçam seguras de si ao ponto de reconhecerem o seu direito a jamais serem torcidas.»

Tânia Correia, 2022, p.63

AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Prof.^a Olívia Barcelos pela disponibilidade e orientação durante todo o percurso de aprendizagem.

Às professoras orientadoras e enfermeiras tutoras das diferentes práticas clínicas pelo acolhimento, disponibilidade, aprendizagens e partilha de saberes.

À minha família por sempre ter acreditado que eu seria capaz de alcançar tudo a que me propusesse, e me ter ensinado a acreditar também.

Ao meu marido pela paciência, companheirismo e incentivo.

Aos meus filhos por encherem a minha vida de amor, conexão e ensinamentos.

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, elaborou-se este relatório, como documento de avaliação para a obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Foram definidos como principais objetivos deste trabalho: Descrever algumas das experiências vivenciadas nos diversos ensinamentos clínicos; Refletir sobre a forma como essas experiências conduziram ao desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas na área de especialização e Competências inerentes ao grau de Mestre; Refletir, à luz dos resultados obtidos, sobre o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção dos maus-tratos infantis, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório será essencialmente crítica-reflexiva e descritiva, tendo sido redigido de acordo com as orientações para elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

Para a seleção da temática considerou-se a responsabilidade ética e deontológica dos enfermeiros na defesa dos direitos humanos básicos, assim como as competências específicas, no âmbito do reconhecimento e intervenção nos fatores que podem incorrer em desvios ao desenvolvimento infanto-juvenil normal.

Com este relatório pretendeu-se ainda contribuir para a investigação em enfermagem, no âmbito da área temática selecionada, através da realização de uma revisão integrativa de literatura. Esta foi redigida em formato de artigo para publicação, tendo sido realizada por meio de levantamento bibliográfico, durante o mês de junho de 2023. A amostra foi constituída por oito artigos científicos, disponíveis nas bases de dados: CINAHL, MEDLINE, & Allied Health Collection, selecionados através de critérios de inclusão e exclusão criteriosamente definidos.

Os resultados obtidos apontam para a responsabilidade do Enfermeiro Especialista, no âmbito dos cuidados de saúde primários, para a implementação de ações promotoras de educação para a saúde, promovendo a Parentalidade Positiva como estratégia preventiva dos maus-tratos infantis.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Pediátrica; Relatório de Pesquisa; Maus-Tratos Infantis; Saúde da Criança;

ABSTRACT

In the context of the Master's Degree in Pediatric Nursing, promoted by Escola de Enfermagem de São José de Cluny in partnership with Escola Superior de Saúde de Santa Maria, this report was elaborated as an evaluation document for obtaining the degree of Master and Pediatric Health Nursing.

The objectives of this study were: To describe some of the experiences lived in the various internships; Reflect on how the experiences reported led to the development of Common and Specific skills in the area of specialization and skills inherent to the Master's degree; To reflect, based on the results obtained, on the contribution of the Pediatric Nurse in the prevention of child maltreatment in Primary Health Care.

The methodology used was essentially critical-reflective and descriptive, having been written in accordance with the guidelines for preparing academic work of the Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

For the theme's selection, we considered the ethical and deontological responsibility of nurses in the defense of basic human, which includes the right of all children and young people to live a life free from any form of violence, as well as specific skills, in the scope of recognition and intervention in the factors that may incur deviations to normal child and adolescent development.

This report also intended to demonstrate the consolidation of skills developed to care for the child/parents in situations of particular demand and complexity health needs, and to contribute to nursing research, through an integrative literature review about the selected theme. This was written in article format, based on a bibliographic survey relied during June of 2023. The sample consisted of eight scientific articles, available in the following databases: CINAHL, MEDLINE, & Allied Health Collection, selected through carefully defined inclusion and exclusion criteria.

The results obtained reveal the responsibility of the Pediatric Nurse, in primary health care, for the implementation of actions that promote health education, promoting Positive Parenting as a preventive strategy for child abuse.

KEYWORDS: Pediatric Nursing; Research Report; Child Abuse; Child Health;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CDCNU - Comité dos Direitos da Criança das Nações Unidas

CNPDPJ – Comissão Nacional de Promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral da Saúde

EAI – Experiências Adversas da Infância

EESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EMIR- Equipa Médica de Intervenção Rápida

HNM – Hospital Drº Nélio Mendonça

IAC – Instituto de Apoio á Criança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – página

PBE – Prática baseada na evidência

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos neonatais e pediátricos.

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	12
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.	35
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	51
4. REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	54
4.1. Enquadramento	55
4.2. Metodologia.....	58
4.3. Resultados	59
4.4. Discussão	63
5. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA	70
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
APÊNDICES	i
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO NA SESSÃO FORMATIVA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA	ii
APÊNDICE B - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO FORMATIVA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA	iii
APÊNDICE C - DECORAÇÃO DO HALL DE ENTRADA DO CENTRO DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO ALUSIVO AO MÊS DE PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS.....	xviii
APÊNDICE D – FOLHETO INFORMATIVO ALUSIVO AO MÊS DE PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS.....	xix
APÊNDICE E – ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO.....	xxi
ANEXOS.....	xlvi

ANEXO A – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO SEMINÁRIO “A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA PARENTALIDADE: UM CAMINHO PARA A MUDANÇA”. xlviii

ANEXO B – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO FACE ÀS BIRRAS NA INFÂNCIA.....xlix

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º semestre do 2º ano letivo do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica lecionado pela Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, insere-se a unidade curricular – módulo IV: Relatório.

Este relatório consiste numa reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assim como competências inerentes ao grau de Mestre, durante as práticas clínicas, complementado com uma revisão integrativa de literatura.

Os objetivos gerais deste relatório são: Desenvolver conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; Desenvolver capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura; Revelar rigor científico e respeito pela ética durante a execução do relatório final; Desenvolver capacidade de comunicação escrita e oral na descrição, análise e discussão do relatório final desenvolvido e resultados obtidos.

Defini como objetivos específicos: Descrever algumas das experiências vivenciadas nas diferentes práticas clínicas; Refletir sobre a forma como as experiências relatadas conduziram ao desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e para o desenvolvimento de Competências de Mestre.

Os estágios decorreram entre o dia 7 de Novembro de 2022 e o dia 26 de Abril de 2023 em diversos contextos hospitalares: Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Nélio Mendonça (HNM), Unidade de Cuidados intensivos Pediátricos e Neonatais (UCINP) do HNM, Serviço de Internamento de Pediatria do HNM com valências médica e cirúrgica; e no contexto de cuidados de saúde primários: Centro de Saúde do Bom Jesus e Centro de Desenvolvimento da Criança. Todos os estágios decorreram sob orientação e tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de uma professora da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório será essencialmente crítica-reflexiva e descritiva, tendo sido redigido de acordo com as orientações para elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

No primeiro capítulo serão apresentados os contributos vivenciados nos diversos estágios para a aquisição das competências Comuns de Enfermeiro Especialista. O segundo capítulo abordará de que forma as práticas clínicas contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O terceiro capítulo, descreverá de que forma as experiências clínicas obtidas durante este percurso permitiram o desenvolvimento das Competências inerentes ao grau de Mestre. No quarto capítulo deste relatório, apresentar-se-á uma revisão integrativa de literatura intitulada: *O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção dos maus-tratos infantis, em contexto de cuidados de saúde primários*, com os seguintes objetivos: Identificar os tipos de maus-tratos mais frequentemente abordados na literatura; Descrever as consequências no desenvolvimento infanto-juvenil; Refletir, à luz dos resultados obtidos, sobre o contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção dos maus-tratos infantis, em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Esta foi redigida em formato de artigo para publicação, tendo sido realizada por meio de levantamento bibliográfico, durante o mês de junho de 2023. A amostra foi constituída por oito artigos científicos, disponíveis nas bases de dados: CINAHL, MEDLINE, & Allied Health Collection, selecionados através de critérios de inclusão e exclusão criteriosamente definidos.

Por fim, no último e quinto capítulo, serão abordados os contributos que este percurso e os resultados obtidos na revisão integrativa poderão trazer à prática clínica, sendo apresentado um projeto de intervenção a implementar no meu local de trabalho – Centro de Saúde de Santo António.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento n.º 140/2019, é o profissional ao qual é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialização em enfermagem e que viu ser-lhe atribuído o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades previstas no artigo 40º do estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o regulamento supracitado, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de Enfermagem.

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são definidos como esferas de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados:

Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista deverá demonstrar um exercício da sua atividade de forma segura, profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência assenta num corpo de conhecimento do domínio ético e deontológico, na procura pelas melhores práticas e nas preferências dos clientes.

De acordo com Nunes e Amaral (2022) a Ética pode ser definida como o pensar filosófico sobre o agir humano. O termo teve origem na palavra grega êthos que se refere ao caráter ou modo de ser dos indivíduos. Os romanos, que viriam a conquistar a Grécia, dada

a semelhança do som converteram a palavra êthos em éthos, que significa hábito ou costume. Daí surgiu a palavra moral ainda hoje associada aos costumes. Apesar dos termos “ética” e “moral” serem por vezes usados de modo indistinto, são diferentes pois a ética refere-se ao domínio do agir humano e a moral refere-se ao domínio da normatividade e dos bons costumes.

Segundo Nunes e Amaral (2022), a Enfermagem tem dimensão ética, pois envolve o respeito e a proteção da dignidade humana, dimensão moral, pois implica um desempenho competente e de qualidade, e expressão deontológica e jurídica, pois existem valores, normas deontológicas, princípios e deveres a serem respeitados, relacionados com a natureza da profissão. A entidade que autorregula a profissão de Enfermagem é a Ordem dos Enfermeiros (OE), criada em 1998, constituindo uma associação Profissional de Direito Público com liberdade e autonomia, no âmbito das suas atribuições, na regulação do acesso à prática profissional, na monitorização e desenvolvimento da prática e na regulamentação e controlo do exercício profissional.

Os estágios em contexto de Urgência Pediátrica, em contexto de internamento de Medicina, e também em contexto de Serviço de Cirurgia Pediátrica, constituíram experiências muito ricas não só em termos de oportunidades de intervenção à criança/jovem doente, mas também em oportunidades de observação de dinâmicas relacionais entre pais e filhos. Foi-me permitido participar no planeamento e implementação de cuidados a crianças/jovens e suas famílias em variadíssimas situações clínicas. Procurei promover a participação dos pais ou outros responsáveis pela criança, no planeamento e na prestação de cuidados, de acordo com a sua vontade e capacidade, tal como previsto no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família um modelo de cuidados pediátricos “Modelo da Parceria de Cuidados” em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. A autora destaca no seu modelo um princípio fundamental: reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Na situação de doença, para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se a primazia do papel da família, nomeadamente dos pais. Salienta-se a sua importância ao nível do reconhecimento e respeito pela família nos cuidados à criança, conduzindo a que as necessidades da criança/família sejam centrais ao processo de cuidar, tendo o Enfermeiro Especialista uma intervenção primordial na

promoção do ensino e apoio, de modo a capacitar a família na tomada de decisão (Mano, 2002).

Segundo Hockenberry e Wilson (2011) os cuidados centrados na família reconhecem a família como a constante na vida da criança. Os Enfermeiros devem por isso apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e competências da família, desenvolvendo uma parceria com os pais. A Enfermagem deverá assim apoiar as famílias nos seus papéis naturais de cuidadores e decisores, baseando-se nas suas forças e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos seus filhos. Tal como defendido pelos autores, procurei capacitar as famílias e criar oportunidades e meios para que os familiares manifestassem as suas capacidades e competências e adquirissem novas competências e capacidades para atender às necessidades da criança, adolescente e da própria família assim como procurei ajudar as crianças, adolescentes e suas famílias a fazerem escolhas informadas e de acordo com o melhor interesse das crianças.

Em consonância com os autores acima referidos, procurei ter em consideração e respeitar o direito das crianças em serem ouvidas sobre os assuntos que lhe diziam respeito, pelo que procurei informá-las, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, sobre os procedimentos a realizar, e negociar com as mesmas os cuidados prestados de forma a reduzir ao mínimo possível o sofrimento físico e psicológico infligido.

Obviamente nem sempre foi possível respeitar totalmente a vontade da criança, principalmente nas situações de procedimentos desconfortáveis e/ou dolorosos em que as crianças, principalmente as mais novas, não tinham o discernimento necessário para aceitar algumas intervenções de bom grado. Nestas situações, tal como recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, procurei proporcionar um ambiente o mais tranquilizador possível, permitindo a presença do familiar junto da criança, dialogando com a mesma em tom calmo, utilizando técnicas reconhecidas como técnica de distração e o brincar terapêutico, sempre que possível (OE, 2013).

Apesar dos enormes avanços dos Cuidados Pediátricos, muitas das intervenções que se tem, com vista o cuidado com a saúde das crianças, são traumáticas, dolorosas, desagradáveis e assustadoras. Com conhecimentos fundamentados sobre os fatores de stress impostos às crianças doentes e suas famílias, os enfermeiros devem munir-se de intervenções seguras e efetivas para eliminar ou reduzir esses fatores de stress e promover o cuidado atraumático. Estas intervenções vão desde preparar as crianças para os procedimentos, dar privacidade à criança, promover atividades lúdicas para expressar o medo e ansiedade, controlar a dor, proporcionar acomodação para os pais permanecerem com a criança

internada, dar oportunidades de escolha à criança e respeitar diferenças culturais. A meta principal ao promover cuidados atraumáticos passa por, em primeiro lugar, não causar mais danos, pelo que dever-se-á evitar ou minimizar a separação da criança e da sua família, promover uma sensação de controle e evitar ou minimizar lesões e sofrimento físico (Hockenberry & Wilson, 2011).

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O Enfermeiro Especialista deverá demonstrar uma prática que respeite os direitos humanos, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os utentes, segundo o Regulamento n.º 140/2019.

No âmbito do estágio em contexto de Internamento em Serviço de Medicina e Serviço de Cirurgia do Serviço de Pediatria do HNM procurei assegurar o respeito à privacidade das crianças/jovens cuidadas e suas famílias, procurei respeitar o direito das crianças/jovens/famílias à escolha e autodeterminação, e assegurei-me de respeitar os valores e crenças específicas dos indivíduos (Hockenberry & Wilson, 2011).

No que concerne à proteção dos direitos humanos ressalvo que assumi desde o início das práticas clínicas a defesa dos direitos humanos, especificamente os direitos das crianças, como base orientadora da minha atuação enquanto enfermeira, futura especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Deste compromisso resultou o tema para o qual direcionei a minha área de estudos que se refere a prevenção dos maus-tratos infantis.

Desde 1998, ao abrigo do Decreto-Lei 98/98 de 18 de abril, a instalação, acompanhamento e avaliação das comissões de proteção são da competência da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR). A nível constitucional, os artigos 67º, 69º e 70º garantem o direito das crianças e jovens em risco serem protegidas por parte do Estado e da sociedade por forma a cumprir com os seus direitos consagrados na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (Magalhães, 2010).

A nível legislativo, foi criada em Portugal a Lei nº147/99 sobre a Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Abreu, 2020).

O Comité dos Direitos da Criança das Nações Unidas (CDCNU) tem consistentemente mantido a posição de que todas as formas de violência contra crianças, ainda que leves, são inaceitáveis. A expressão «todas as formas de violência física ou mental» não deixa espaço para qualquer nível de violência legalizada contra crianças.

Frequentemente diferentes formas de violência ocorrem em simultâneo, tais como abandono, negligência, violência psicológica, violência física, onde se incluem os castigos corporais, abusos sexuais, tortura e penas ou tratamentos desumanos ou degradantes e ainda Síndrome de Munchausen por procuração (CDCNU, 2011; Direção Geral da Saúde [DGS], 2011)

Tendo em linha de conta o compromisso e responsabilidade profissional de promoção e proteção dos direitos humanos, nomeadamente a defesa pelos direitos das crianças, procurei respeitar e promover o respeito dos mesmos nos diferentes campos de estágio. Nesse sentido, procurei sensibilizar pais, profissionais de saúde e população em geral para os direitos das crianças enunciados na Convenção Universal dos direitos da criança através da elaboração de uma sessão formativa sobre Parentalidade Positiva, direcionada aos Enfermeiros do Centro de Saúde do Bom Jesus (apêndice A e B) de uma exposição alusiva ao mês de Abril: mês da Prevenção dos Maus-Tratos Infantis no Centro de Saúde de Santo António e Centro de Desenvolvimento da Criança (apêndice C), e através da elaboração de um panfleto informativo sobre a prevenção dos Abusos Infantis (Apêndice D).

Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista deverá colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade dos cuidados. Neste sentido, e tendo em consideração o meu interesse particular sobre a influência que o ambiente em que a criança está inserida representa no seu crescimento, desenvolvimento e saúde, procurei pesquisar evidência científica acerca da influência das experiências vividas na primeira infância na vida das crianças e futuros adultos da nossa sociedade.

A evidência científica tem demonstrado como as influências ambientais podem afetar como os genes dos seres humanos são expressos. As primeiras experiências da vida podem determinar como os genes são “ativados” e “inativados” e até mesmo se serão expressos ou não. Durante o desenvolvimento, o ácido desoxirribonucleico (ADN) acumula marcadores químicos que constituem o epigenoma e determinam a quantidade de genes expressos. As diferentes experiências que as crianças vivenciam ao longo de seu desenvolvimento reorganizam esses marcadores. Pesquisas indicam que a existência de suporte, resposta adequada e relacionamentos com adultos atenciosos o mais cedo possível

na vida pode prevenir ou reverter os efeitos nocivos do Stress tóxico. Uma nutrição materna e fetal de boa qualidade aliada a um suporte socio-emocional positivo da criança em sua família e comunidade, reduz a probabilidade de alterações que aumentam o risco de danos à saúde física e mental, ajudando as crianças a crescer e a tornarem-se membros saudáveis e produtivos da sociedade (Magalhães-Barbosa et al, 2022).

De forma a promover a parentalidade positiva como parte essencial do apoio disponibilizado à parentalidade e como um meio para garantir o respeito e a implementação dos direitos das crianças, os Estados-Membros devem reconhecer a natureza essencial das famílias e do papel parental e criar as condições necessárias para a parentalidade positiva no interesse superior da criança (Conselho Europeu, 2006).

No que concerne ao sector da Saúde, ajudar os pais ou cuidadores a compreender a importância da disciplina positiva e não violenta para o desenvolvimento da criança, bem como da comunicação próxima e eficaz entre eles e as crianças, reduz o uso de práticas parentais disciplinares severas, promove interações positivas, e ajuda a fortalecer o vínculo entre pais/cuidadores e a criança – fatores que contribuem para a prevenção da violência contra crianças (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2016).

Em 1989, uma mulher norte americana (Bonnie Finney) amarrou uma fita azul na antena do carro, em homenagem ao seu neto, vítima mortal de maus-tratos. A repercussão desta iniciativa foi de tal ordem que abril passou a ser o Mês Internacional da Prevenção dos Maus-Tratos na Infância. O azul, que simboliza a cor das lesões, servir-lhe-ia por isso como uma imagem constante na sua luta na proteção das crianças contra os maus-tratos. Esta campanha, que começou como uma homenagem desta avó aos netos, expandiu-se e, atualmente, muitos países usam as fitas azuis, durante o mês de abril, em memória daqueles que morreram ou são vítimas de abuso infantil e também como forma de apoiar as famílias e fortalecer as comunidades, nos esforços necessários para prevenir o abuso infantil e a negligência (Comissão Nacional de Promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens [CNPDPJ], 2023).

Em Portugal a campanha, simbolizada pelo Laço Azul, é amplamente divulgada por todo o território, quer pela CNPDPCJ, quer pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), que realizam numerosas ações de prevenção contra os maus-tratos. “Serei o que me deres...que seja amor”, é o Slogan da CNPDPCJ e, após autorização da direção do Centro de Saúde, o slogan foi adotado durante o estágio em contexto de Centro de Desenvolvimento da Criança, para a sensibilização da população frequentadora do Centro de Saúde Santo António e Centro de Desenvolvimento da Criança para a problemática dos maus tratos

infantis. Como estratégias procedi à execução de pins para os profissionais de Saúde usarem durante o mês de abril, e dinamizei uma decoração alusiva à temática na porta principal do centro de saúde. Por todo o centro foram ainda afixados pelo chão pósteres do Instituto de Apoio à Criança (IAC) alusivos ao fim dos castigos corporais e de qualquer outra forma de mau - trato infantil. No hall de entrada foram dispostos balões com direitos das crianças impressos, com intuito de serem distribuídos às crianças que recorriam ao Centro de Saúde. Procedi também à elaboração de um folheto informativo sobre a temática, para distribuição aos profissionais de saúde, tendo sido igualmente enviado à direção do Centro de Saúde e gabinete de Comunicação do SESARAM para aprovação e distribuição aos utentes do Centro de Saúde/ Centro de desenvolvimento da criança.

Para além da sensibilização feita no âmbito das consultas de Enfermagem, e após avaliar o interesse e disponibilidade da equipa de Enfermagem sobre a temática, planeei e implementei uma sessão formativa para enfermeiros sobre a Promoção da Parentalidade Positiva, como estratégia de prevenção dos maus-tratos Infantis.

A Sessão teve lugar no dia 1 de fevereiro de 2023, no auditório do Centro de Saúde do Bom Jesus e contou com a presença de treze enfermeiros. A realização da Sessão formativa tinha como principais objetivos: Definir Parentalidade Positiva e os seus pressupostos; contextualizar a problemática da violência contra a criança no mundo e em Portugal; compreender o impacto das experiências adversas na infância no desenvolvimento infanto-juvenil; refletir sobre o papel do Enfermeiro na promoção da Parentalidade Positiva. Como estratégias de apresentação foi utilizada a projeção de diapositivos e a reprodução de alguns vídeos alusivos à temática. Como forma de avaliação da atividade, foi aplicado um questionário de escolha múltipla, no início e no fim da sessão formativa de forma a avaliar o impacto da formação. De seguida apresentarei os resultados obtidos nos questionários.

No que concerne à primeira questão “O que entende por parentalidade Positiva?”, haviam duas hipóteses de resposta, sendo que todos os participantes acertaram na resposta correta quer antes da realização da sessão formativa (questionário 1) assim como após a conclusão da mesma (questionário 2). A Parentalidade Positiva define-se como um comportamento parental baseado no melhor interesse e direitos da criança, assegurando a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica o estabelecimento de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento. A Parentalidade Positiva não é uma parentalidade permissiva: estabelece os limites que as crianças precisam para as ajudar a desenvolver ao máximo o seu potencial (CDCNU, 2011)

Relativamente à segunda questão “Que itens correspondem a responsabilidades/deveres parentais?”, haviam quatro alíneas disponíveis, sendo que os enfermeiros responderam a todas corretamente.

O conceito de Parentalidade Positiva baseia-se no princípio de que os progenitores devem proporcionar às suas crianças: Sustento – respondendo às necessidades de amor, carinho e segurança; Estrutura e Orientação – proporcionando à criança uma sensação de segurança, uma rotina previsível e limites necessários; Reconhecimento – ouvindo a criança e valorizando-a como um indivíduo de pleno direito; Empoderamento/autonomia – melhorando a noção de competência e de controlo pessoal da criança; Educação não-violenta – excluindo todos os castigos corporais e psicológicos humilhantes (CDCNU, 2011).

É possível concluir que terminada a sessão formativa, houve um aumento na sinalização da maioria dos itens (empoderamento, reconhecimento, estrutura e orientação e sustento) como responsabilidades e deveres parentais. Excecionalmente, o item relativo à “disciplina” foi selecionado menos vezes após a conclusão da sessão o que me permite concluir que a sessão formativa poderá ter induzido, a dois participantes, que a disciplina não é um dever ou responsabilidade parental. Durante a sessão foi abordado que a disciplina faz parte das competências exigidas aos pais, mas que esta deverá ser exercida sem qualquer tipo de violência associada. No entanto, no diapositivo apresentado relativo às responsabilidades/deveres parentais, a disciplina não aparece descrita, o que poderá ter contribuído para a menor sinalização da mesma no segundo questionário.

As consequências para a saúde, a curto e a longo prazo, da violência contra crianças e dos maus-tratos infligidos às crianças incluem: morte, problemas de saúde física, défice cognitivo, consequências psicológicas e emocionais, problemas de saúde mental e comportamentos de risco para a saúde. As consequências comportamentais e a nível do desenvolvimento (tais como o absentismo escolar e os comportamentos agressivos, antissociais, autodestrutivos e interpessoais destrutivos) podem conduzir, nomeadamente, à deterioração das relações, à exclusão na escola e ao conflito com a lei. Há evidências de que a exposição à violência aumenta o risco de vitimização adicional da criança e a acumulação de experiências violentas, incluindo, mais tarde, a violência nas relações íntimas. Os custos humanos, sociais e económicos da negação dos direitos das crianças à sua proteção são enormes e inaceitáveis (CDCNU, 2011).

No que concerne às consequências das experiências adversas da infância (EAI) no desenvolvimento infantil, algumas consequências eram já reconhecidas pelo grupo de participantes, nomeadamente os distúrbios comportamentais. No que concerne aos

distúrbios neuropsiquiátricos, a maioria dos participantes já os consideravam como consequências das EAI, não tendo havido um aumento da sua sinalização após a conclusão da sessão. A expressão genética foi a consequência menos conhecida pelo grupo tendo havido um aumento considerável no seu reconhecimento com a conclusão da sessão. Por último, o impacto das EAI's no desenvolvimento cognitivo das crianças era já reconhecido por 12 dos participantes, sendo que após a conclusão da sessão mais duas pessoas reconheceram essa relação.

Não basta reconhecer o enorme impacto que a violência exercida sobre a criança tem no seu desenvolvimento. É necessário que se reconheçam as diferentes formas de violência existentes, algumas vezes camufladas por práticas parentais transgeracionais e culturalmente aceites. Vejamos o exemplo dos castigos corporais infligidos às crianças. Remontar à origem do castigo supõe ir a épocas anteriores a Cristo. Através da sua aplicação impunha-se autoridade e respeito em relação aos chefes e reis pelos servos e escravos. Estes últimos, não possuíam nenhum tipo de direito, nem voz, nem voto, deviam simplesmente acatar as ordens dos seus superiores, e no caso de questioná-las ou desobedecerem pagavam dolorosas consequências. O castigo físico surgiu assim como manifestação dos superiores para afirmar o seu poder (Vega, 2021).

A abolição dos castigos corporais é uma das prioridades do Conselho Europeu, sendo que estes são definidos como “qualquer castigo implicando a força física e visando um certo grau de dor ou desconforto, por mais ligeiro que seja. A maior parte dos castigos envolve bater na criança com a mão ou com objetos, dar palmadas, bofetadas, “sovas”, abanar, puxar orelhas, puxar cabelos, beliscar e morder” (Conselho Europeu, 2008).

Neste sentido, com a quarta questão era pretendido conhecer o entendimento dos participantes sobre se o ato de dar uma palmada a uma criança representa ou não um ato de violência.

É possível constatar que a maior parte dos participantes considerou, tanto no primeiro questionário como no segundo, o ato de dar uma palmada numa criança como uma forma de violência contra a mesma. É de referir ainda que uma pessoa não respondeu a esta questão tanto no primeiro questionário como no segundo. É ainda curioso referir que, concluída a sessão formativa, houve um aumento no número de pessoas que não considera este ato, como uma forma de violência. Tal como referido na sessão formativa, o uso de castigos corporais, nomeadamente “a palmada” remete-nos para crenças pessoais e culturais enraizadas em práticas parentais muitas vezes transgeracionais. Não tinha, de todo, a pretensão de alterar estas crenças com a realização de uma sessão formativa isolada. A

própria sessão foi realizada de forma a provocar reflexão, troca de opiniões e discussão. De facto, de acordo com o Conselho Europeu (2008), Vega (2021) e Salvaterra & Chora (2022), as palmadas são uma das formas de violência mais praticada contra as crianças, mas ainda é vista pela população em geral como uma violência “leve”, não prejudicial, e por alguns como benéfica. Neste sentido as respostas obtidas permitiram-me perspetivar que também entre os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, os castigos corporais, nomeadamente o uso da palmada, ainda constituem um tema que não reúne consensos.

De acordo com o estudo “Será que uma palmada resolve”, do IAC, realizado com base em inquéritos a 1.943 pessoas, cerca de 30% das pessoas “ainda consideram poder usar-se castigos corporais em crianças”. O estudo insere-se no âmbito da campanha “Nem mais uma palmada”, que o IAC apresentou em 22 de fevereiro deste ano, Dia Europeu da Vítima de Crime, com vista a combater a violência contra as crianças, em particular os castigos corporais. Os participantes mais velhos têm tendencialmente crenças que remetem para uma visão mais tradicional da educação - aceitação e uso de castigos corporais. As pessoas com níveis de estudos mais elevados tendem a ter uma menor aceitação do uso dos castigos corporais como forma de disciplinar (Salvaterra & Chora, 2022).

A quinta questão foi feita apenas no segundo questionário, após todos os participantes terem assistido à sessão. Pretendia conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a pertinência da temática abordada para a sua prática profissional diária. A parentalidade é uma das áreas de intervenção do EESIP, mas a verdade é que todos os enfermeiros, especialmente nos cuidados de saúde primários prestam cuidados a pessoas ao longo de todo o ciclo vital, intervindo junto a filhos, pais, avós, tios e outros agentes educacionais das crianças. A parentalidade é um tema transversal, que diz respeito a todos, e sobre o qual todos têm conhecimentos e crenças, mas é importante que os profissionais de saúde intervenham junto das famílias movidos não sob influência das suas crenças pessoais, mas sim com base na evidencia científica. O enfermeiro, mais do que qualquer outro técnico, acompanha de perto o desenvolvimento das crianças, desde o seu nascimento até a idade adulta, e acompanha, observa, avalia e intervém nas relações que os seus pais e/ou outros cuidadores mantêm com elas.

Foi com satisfação que constatei, que os participantes da sessão, tal como eu, consideram esta temática como muito pertinente para a prática diária dos enfermeiros de cuidados de saúde primários. Consideraram haver necessidade de maior investigação e investimento nesta área por parte dos enfermeiros, no sentido de ser possível intervir de forma sustentada e congruente o longo do desenvolvimento das crianças e das famílias e de

forma a promover o respeito pelos direitos das crianças, o seu desenvolvimento harmonioso e a construção de uma sociedade futura mais informada e mais saudável.

Considero que a preparação e implementação da sessão formativa acima descrita contribuiu para a consolidação de conhecimentos inerentes aos fatores que influenciam o desenvolvimento infantil assim como para o desenvolvimento da competência comum de Enfermeiro Especialista supracitada.

Garante um ambiente terapêutico e seguro.

O Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento n.º 140/2019, deverá considerar a gestão do ambiente centrado na pessoa como fundamental para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes, atuando proactivamente e promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Ao longo das diferentes práticas clínicas considero ter promovido um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança das crianças e famílias cuidadas, no sentido em que demonstrei sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança dos indivíduos, envolvendo quanto possível, a famílias no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.

Para o desenvolvimento desta competência contribuiu o facto de eu ter tido várias oportunidades de prestar cuidados a crianças e famílias de diferentes nacionalidades, nomeadamente Chinesas, Portuguesas, Venezuelanas, Brasileiras, Inglesas, e Paquistaneses, quer no âmbito dos cuidados hospitalares quer no âmbito dos cuidados de Saúde Primários.

A prestação de Cuidados de Enfermagem culturalmente competentes abrange a perceção da influência da cultura na criança e na sua família e a capacidade de intervir de forma apropriada e efetiva. A importância do ambiente de cuidados dentro de um contexto de intercultural deve ser considerado ao prestar-se cuidados de enfermagem a famílias culturalmente diversas. Também as autoperceções dos enfermeiros sobre as origens culturais devem ser reconhecidas de forma a ser possível compreender a sua influência na comunicação intercultural (Hockenberry & Wilson, 2011).

A prestação de cuidados interculturais exigiu estratégias para ultrapassar a barreira linguística, mas também uma postura de abertura e de respeito que permitisse conhecer as necessidades, ideologias, crenças, medos e práticas habituais das crianças e famílias cuidadas, tendo em vista a prestação de cuidados de Enfermagem culturalmente sensíveis.

Ainda no que se refere ao estabelecimento de um ambiente terapêutico e seguro é de referir que o ambiente de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais produz estímulos excessivos, stressantes, inapropriados e portanto, potencialmente nocivos ao desenvolvimento dos recém-nascidos. Os níveis de ruído proveniente dos equipamentos de monitorização, dos alarmes e das próprias intervenções dos profissionais de saúde estão correlacionados com a incidência de hemorragia intracraniana, sobretudo em recém-nascidos de extremo baixo peso ao nascer (< 1000g) e recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (< 1500g). A própria vigilância continua dos recém-nascidos de risco exige a máxima visibilidade possível, por meio de luzes brilhantes, no entanto é importante que as unidades estabeleçam padrões de sono dia/noite, seja através de períodos em que a luz é diminuída, seja através da cobertura das incubadoras com mantas de forma a não perturbar o descanso dos recém-nascidos (Hockenberry & Wilson, 2011).

Durante o meu estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, estive internada na sala de cuidados intensivos neonatais uma bebé prematura com 28 semanas. A criança deu entrada na sala de cuidados intensivos da UCINP, proveniente do bloco de partos, com diagnóstico de entrada de prematuridade e Restrição do Crescimento intrauterino. Nasceu através de parto por cesariana devido a falência renal materna. Durante todo o estágio tive oportunidade de observar e colaborar essencialmente nos cuidados prestados à recém-nascida, uma vez que a minha enfermeira orientadora era a enfermeira responsável por ela. Ao longo do meu estágio, a criança já se encontrava em ventilação não invasiva, a tolerar alimentação entérica por sonda orogástrica, nomeadamente leite materno e fórmula infantil para prematuros. Apesar do curto tempo de estágio, essa experiência permitiu-me consolidar conhecimentos sobre a prematuridade, sobre os cuidados de Enfermagem prestados no âmbito de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, sobre as medidas de promoção do neurodesenvolvimento do bebé prematuro e sobre a transição para a parentalidade na prematuridade.

Qualquer nascimento obriga a conciliação parental do “bebé idealizado” com o “bebé real”, pelo que o nascimento de um bebé prematuro contempla uma conciliação ainda mais desafiante. É espectável que os pais vivenciem sentimentos mistos de alegria pelo nascimento do seu bebé, mas também de apreensão, choque, preocupação e insegurança, reforçados pelo facto do filho encontrar-se numa incubadora, com um aspeto frágil, conectado a vários equipamentos clínicos, com níveis variáveis de maturação e com a possibilidade de ocorrência de várias complicações associadas à prematuridade. Associado a estes fatores há frequentemente o medo de interagir, tocar ou pegar na criança, assim como

um desconhecimento sobre as competências do seu bebé prematuro, o que poderá influenciar o processo de transição para a parentalidade e o processo de vinculação pais-bebé (Brazelton, 2018).

Tendo em conta a procura de oportunidades para desenvolver as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, procurei monitorizar os sinais fisiológicos e comportamentais da recém-nascida, nomeadamente as atividades descoordenadas e aleatórias, como a extensão dos membros, a hiperflexão e a irregularidade dos sinais vitais, de forma a reduzir ao mínimo os estímulos ambientais, chamando a criança suavemente pelo nome, colocando a mão de forma suave sobre o seu corpo de forma a suavizar as interrupções abruptas do seu descanso, segurando nos seus membros fletidos próximos ao corpo durante as mudanças de posição e ajustando o ninho de contenção, como forma de contenção e aconchego para a criança (Hockenberry & Wilson, 2011).

Tive ainda oportunidade de promover o contacto pele-a-pele entre a criança e os pais (método canguru), uma vez que é um procedimento comprovadamente eficaz para fomentar a vinculação pais-bebé, estimular o desenvolvimento neurocomportamental da criança e promover a humanização dos cuidados de Enfermagem. Durante o procedimento foi-me possível colaborar nos ensinamentos aos pais sobre os princípios e benefícios do Método canguru para a bebé e para os pais, sobre os sinais de stress e estratégias de regulação da bebé e sobre a tolerância ao toque e os tipos de toque a adotar. De seguida, expliquei o procedimento aos pais, complementando a explicação com a entrega de um panfleto do Serviço sobre o procedimento. Providenciei um cadeirão confortável e validei com os pais a sua disponibilidade para permanecer algum tempo com a sua filha sem necessidade de interrupções. Preparei a bebé, despindo-a e deixando-o apenas com a fralda e gorro, para promover maior contacto pele a pele. Procurei promover comportamentos de autorregulação antes de transferir a bebé, nomeadamente a manutenção do padrão flexor, a sucção não nutritiva, o toque de contenção e a adequação da luminosidade e ruídos. Posicionei a criança verticalmente no peito da mãe, em posição corporal ventral, com cabeça lateralizada. Durante todo o procedimento, a bebé esteve monitorizada, de forma a ser possível avaliar os seus sinais vitais (Hockenberry & Wilson, 2011).

Os pais mostraram-se emocionados durante o tempo em que a criança esteve no peito da mãe. A mãe verbalizou sentir-se muito bem por poder tocar, cheirar e sentir os movimentos da sua filha junto a si. O pai ficou também muito satisfeito, tirando fotografias à mãe e à criança. Do ponto de vista clínico, e tal como esperado, a recém-nascida manteve-

se com temperatura adequada, com os sinais vitais dentro do intervalo recomendado, calma e organizada enquanto estava aninhada no peito da sua mãe.

Ainda no que concerne a competência do Enfermeiro Especialista supracitada, considero importante referir as diversas oportunidades que tive, ao longo dos vários campos de estágio, para assegurar a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas.

Segundo Hockenberry & Wilson (2011) a administração de um medicamento é uma responsabilidade partilhada entre o médico que prescreveu o fármaco e o enfermeiro que o administra. As crianças reagem com gravidade inesperada a alguns medicamentos e as crianças doentes e pequenas são particularmente vulneráveis. Quando há dúvidas em relação à preparação, dose, via de administração, ou qualquer outro aspeto relacionado com a administração da terapêutica, a enfermagem deverá sempre consultar o prescritor da terapêutica e se necessário, os serviços farmacêuticos, antes de prosseguir com a administração, uma vez que o Enfermeiro é legalmente responsável por qualquer medicamento administrado.

Nas diversas práticas clínicas realizadas tive a oportunidade de preparar e administrar diversos fármacos com diferentes apresentações, doses, vias de administração e cuidados inerentes, a crianças de diferentes idades, desde recém-nascidos a adolescentes. Estas experiências foram muito enriquecedoras pois permitiram-me desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da administração segura de medicamentos em pediatria. De forma a garantir a segurança das crianças cuidadas, para além da pesquisa e estudo sobre os medicamentos a administrar, tive sempre o cuidado de validar o medicamento e a dosagem prescrita, validar os cálculos das doses a administrar com outro ou outro(s) enfermeiros, validar a via de administração, e pedir apoio nas situações em que não haviam condições de segurança para administrar o medicamento sozinha, nomeadamente em crianças pequenas que exigiam o apoio de mais do que um profissional para sua contenção e distração.

Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação com a equipa de saúde.

O exercício de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais e foi reconhecido, valorizado e

certificado pela ordem dos enfermeiros, através do Regulamento n.º 101/2015, numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento profissional.

Segundo Vilela e Sousa (2010) as habilidades de liderança mais valorizadas pelos enfermeiros são a educação, a comunicação, o conhecimento técnico e científico e a corresponsabilidade. Por sua vez, Pereira et al. (2020) abordam a capacidade de liderança através de uma boa empatia com a equipa, demonstrando conhecimento e enfatizando uma prática mais crítica, reflexiva e entusiasta. Existem líderes inatos que pela sua personalidade, características e conhecimento na área de liderança, têm de assumir-se como tal dentro das equipas quer seja pela sua assertividade, empatia e conhecimento.

No âmbito do estágio em contexto de Internamento no Serviço de Pediatria do HNM considero que este estágio me permitiu desenvolver a competência supracitada, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, no sentido em que procurei colaborar nas decisões da equipa de saúde em que estava integrada, colocar questões e dúvidas aos enfermeiros mais experientes e também colaborar, dentro do meu leque de conhecimentos e com base na evidência, com contributos para a prática no serviço de pediatria. Tive também oportunidade de delegar e supervisionar tarefas a outros membros da equipa multidisciplinar, essencialmente no âmbito da preparação de leites e outras refeições a distribuir pelos utentes, em relação à higiene das unidades dos utentes de acordo com a situação clínica de cada um deles.

No Serviço de urgência foi ainda necessário delegar tarefas a outros técnicos, nomeadamente aos assistentes operacionais, visando o acompanhamento de utentes para a realização de exames auxiliares de diagnóstico ou transferências para outros serviços tendo sido necessário dar orientações sobre cuidados a ter em cada situação específica, assim como para o transporte de produtos de colheita para análises.

Para além do delegar tarefas, o serviço de Urgência exigiu também o desenvolvimento da capacidade de negociação com outros técnicos, nomeadamente médicos, sobre algumas prescrições realizadas que não se revelavam adequadas às situações específicas de cada criança ou que não eram passíveis de serem realizadas da forma como tinham sido inicialmente prescritas. É exemplo disso a prescrição de medicamentos em formas de apresentação que não se encontravam disponíveis no serviço, tendo sido negociada a substituição da administração intramuscular de um antibiótico pela forma oral, tendo em linha de conta a idade da criança e o seu estado geral.

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O Enfermeiro Especialista, no âmbito da gestão dos cuidados, e segundo o Regulamento n.º 140/2019, deverá adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando e adaptando-se ao estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

De acordo com Ferreira et al. (2010) existem fatores decisivos no exercício da liderança sendo a estrutura de iniciação, a capacidade de organizar o trabalho em equipa tal como o seu trabalho, sabendo delegar funções e objetivar prazos, a consideração, que se baseia num investimento relacional com os seus colegas enfermeiros, o relacionamento interpessoal e a orientação para a produção que objetiva o comportamento dos enfermeiros para o cumprimento de tarefas. O Enfermeiro que gere tem de ter capacidade de adaptabilidade às diferentes situações, aos diferentes serviços que coordena, aos distintos cargos que poderá desempenhar, para além das competências de gestão, existem as competências de liderança. Enquanto gestor, tem de planear, organizar, dirigir e controlar os cuidados de enfermagem, de modo que, os mesmos cumpram requisitos de eficiência e qualidade.

Ao longo do estágio em contexto de Internamento no Serviço de Pediatria do HNM, quer no âmbito do estágio de medicina quer no estágio de cirurgia, considero ter tido oportunidade de desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados, tendo colaborado com o enfermeiro de referência na gestão de vagas nas enfermarias e distribuição dos clientes, de acordo com as patologias, riscos inerentes e as solicitações do serviço de urgência, visando a otimização da qualidade de cuidados. Pude igualmente colaborar na elaboração dos planos das equipas de enfermagem realizados pela minha enfermeira orientadora, nomeadamente no que se refere à distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho.

No âmbito da utilização de recursos, tive a preocupação de atender à otimização dos recursos materiais disponíveis, nomeadamente no que concerne à escolha das seringas infusoras a utilizar, o tipo de cateter vesical, a colocação ou não de cateter venoso periférico, de acordo com a situação clínica de cada utente e de forma a reduzir ao mínimo o desperdício de material clínico.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, a minha enfermeira orientadora era responsável por receber os pedidos de vacinação para a vacina BCG e gerir o agendamento

das crianças assim como as requisições do número de frascos de vacina necessários para cada dia de administração. Foi-me possível colaborar nestes procedimentos, desde a gestão das listas de utentes em espera para agendamento, o cálculo do número de frascos de vacina necessários para cada dia, a preparação e administração das vacinas às crianças.

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

De acordo com Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista deverá demonstrar a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Neste sentido, considero que nas diferentes práticas clínicas demonstrei ter a capacidade de reconhecer fatores individuais, recursos e limites pessoais e profissionais que poderiam interferir no relacionamento com as crianças, adolescentes e famílias cuidadas e até com outros elementos da equipa multidisciplinar, tendo procurado agir sempre de forma a não prejudicar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

A situação exemplificativa que pretendo relatar diz respeito à chegada de um lactente de quatro meses em paragem cardiorrespiratória ao Serviço de Urgência Pediátrica. Apesar de ter sido um episódio em que a minha participação foi praticamente ao nível observacional, por encontrar-me no segundo dia de estágio, considero que foi um episódio que contribuiu para o desenvolvimento da competência supracitada, uma vez que suscitou uma reflexão e consciencialização acerca dos meus sentimentos, emoções e crenças e a sua influência na prestação de cuidados.

Inicialmente eu não sabia qual a situação que iria chegar, limitando-me a observar como toda a equipa médica e de enfermagem preparavam a sala para receber a criança. Poucos minutos depois chegou a criança, acompanhada pela mãe e pela equipa médica de intervenção rápida (EMIR). A mãe da criança ficou no lado de fora da sala, enquanto a EMIR passava a situação à equipa hospitalar. A equipa que a recebeu deu continuidade às manobras de suporte avançado de vida conforme as diretrizes. Observei em toda a equipa de socorro uma tranquilidade e profissionalismo exemplar. Estavam três enfermeiros do Serviço de Urgência pediátrica com muita experiência na área da emergência a prestar os cuidados à criança e quatro médicos intensivistas pediátricos. Entretanto a minha enfermeira orientadora entrou também na sala de emergência para auxiliar no processo eletrónico de triagem da criança. Explicou-me que se tratava de um lactente portador de doença de Pompe, com diversas malformações congénitas e que muito provavelmente não sobreviveria. Uma das médicas intensivistas que socorria a criança referiu à equipa ser um caso já seguido pelos

cuidados paliativos, sendo que iriam manter as manobras por pouco tempo devido ao prognóstico muito reservado da criança. Eu tentei observar ao máximo as intervenções realizadas, a medicação administrada, de que forma a comunicação era realizada entre a equipa, e que tipo de informação e apoio a mãe estaria a ter lá fora, mas a gestão emocional foi tão desafiante que julgo não ter conseguido observar tanto quanto gostaria. Entretanto foi tomada a decisão de parar as manobras de reanimação. Uma das enfermeiras começou por retirar todos os dispositivos médicos da criança, vestiu-lhe uma bata e preparou-a para que os seus pais pudessem entrar e despedir-se. Os pais e a criança eram de nacionalidade chinesa. Pelo que me foi possível apurar não falavam Português, apenas um pouco de Inglês. Uma das médicas solicitou a presença de um psicólogo para acompanhar a transmissão da notícia, mas tal não foi possível pela mesma se encontrar em serviço externo. Pelo que consegui aferir a notícia foi dada pela equipa médica num gabinete médico. Não consegui aferir se foi disponibilizado ou não a presença de um tradutor, mas segundo a minha enfermeira orientadora, de momento, não existia tradutor disponível. Este facto pareceu-me ser um aspeto a melhorar do nosso sistema de saúde, uma vez que dificultava ainda mais um momento tão delicado como a transmissão da notícia do falecimento de um filho, numa língua que não é devidamente compreendida pelos pais.

Eu estive presente na sala de emergência até ao momento em que decidiram parar as manobras de reanimação e darem início aos cuidados ao corpo da criança. Foi uma situação extremamente difícil de gerir emocionalmente. Reconheço ter tido uma dificuldade imensa em distanciar-me da situação, não no sentido de perder a empatia, mas no sentido de não deixar que as emoções influenciassem a minha capacidade de agir, caso fosse necessário. Questionei-me inclusive até que ponto estaria preparada para ser efetivamente enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, estando-me a custar tanto presenciar aquele momento que infelizmente faz parte do contexto de urgência pediátrica. Nunca tinha visto um cadáver de uma criança e foi uma imagem muito impactante. Reconheci imediatamente a minha dificuldade em lidar com situações de morte na infância, reconhecendo até que motivos pessoais poderão ter promovido essa dificuldade, tendo comunicado como me sentia à minha enfermeira orientadora. Esta situação, apesar de difícil gestão emocional, fez com que eu procurasse aprofundar conhecimentos sobre a gestão emocional dos enfermeiros perante a morte em contexto de pediatria o que considero ter me ajudado a compreender o desafio vivenciado e preparado para lidar com situações futuras semelhantes.

A morte da criança é um dos maiores desafios que os profissionais de saúde enfrentam, sendo considerada normalmente como uma tragédia que provoca um impacto

emocional, causando um profundo stress, associado a sentimentos de frustração e impotência (Lima et al, 2018). As estratégias de coping, caracterizadas pelos comportamentos cognitivos, emoções ou processos que o indivíduo usa para lidar com situações internas ou externas, podem dividir-se em dois grupos de processos de coping. Um baseia-se na avaliação da situação, ou seja, pela tentativa em tornar a morte pediátrica mais razoável ou tolerável, através de processos racionais. O segundo grupo centra-se mais diretamente na gestão emocional do evento, incluindo processos que a partir do reconhecimento do sofrimento emocional existente, de alguma forma procuram minimizá-lo ou torná-lo mais tolerável (Lima et al, 2018).

Perante a morte de uma criança os Enfermeiros experimentam reações por vezes semelhantes às reações dos familiares, incluindo negação, raiva, depressão, culpa e sentimentos ambivalentes. Algumas estratégias que podem ajudar os Enfermeiros a manter a capacidade de trabalhar efetivamente nestes ambientes incluem manter um bom estado de saúde geral, desenvolver interesses bem centrados, usar técnicas de distanciamento, como sair do ambiente quando necessário, desenvolver e usar sistemas de apoio profissionais e pessoais, cultivar a capacidade de empatia, focalizando nos aspetos positivos do papel de cuidador e basear as suas intervenções em observações teóricas fundamentadas (Hockenberry & Wilson, 2011).

Apesar da difícil gestão emocional ocorrida na situação acima descrita, ocorrida no meu primeiro estágio deste Mestrado, as diferentes práticas clínicas seguintes providenciaram-me outras oportunidades para estar em contacto e efetivamente cuidar de crianças em fim de vida e suas famílias. Nenhuma situação é igual, as pessoas são diferentes, as situações fisiopatológicas também, assim como as crenças, personalidades e emoções envolvidas, contudo, posso afirmar que senti-me gradualmente mais confiante e competente para prestar cuidados a crianças e famílias nestas situações. Para tal considero ter contribuído a partilha dos meus sentimentos e emoções com a equipa de Enfermagem e até com outros colegas da especialidade, que vivenciaram situações semelhantes nos seus estágios, a pesquisa e estudo sobre a intervenção de Enfermagem em situações de final de vida em Pediatria e também o acompanhamento e observação de Enfermeiros peritos em cuidados de Enfermagem em situações de final de vida em Pediatria.

Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

O Enfermeiro Especialista deverá alicerçar os processos de tomada de decisão e as suas intervenções em conhecimento científico válido, atual e pertinente, assumindo-se como um promotor da aprendizagem profissional e um agente ativo no campo da investigação, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019.

A prática de Enfermagem baseada em evidência combina conhecimento com experiência clínica e intuição, proporcionando uma abordagem racional à tomada de decisões. A prática baseada na evidência é uma ferramenta importante pois complementa o processo de Enfermagem ao usar habilidades de pensamento crítico para tomar decisões com base no conhecimento existente (Hockenberry & Wilson, 2011).

Ao longo dos diversos estágios deste curso de Mestrado procurei sempre alicerçar as minhas intervenções profissionais no conhecimento atual e pertinente, adotando uma postura de facilitador do processo de autoaprendizagem e também de aprendizagem das equipas onde me fui integrando. Nesse sentido, procurei oportunidades para atuar como formador em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e favorecendo a aquisição de novos conhecimentos por parte da equipa de saúde. Foi disso exemplo a sessão formativa por mim planeada e executada, no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva no Centro de Saúde do Bom Jesus, descrita anteriormente, e também a elaboração de um folheto informativo sobre a temática dos maus-tratos infantis, no âmbito do estágio no centro de desenvolvimento da criança.

No que concerne à minha prestação ao longo dos estágios e a necessidade sentida de obter evidência e suporte teórico que me ajudasse a compreender alguns fenómenos observados e a tomar decisões quanto aos cuidados prestados, foram diversas as situações vivenciadas que me coagiram a pesquisar suporte teórico válido e atual. Posso exemplificar as situações de crianças/jovens portadores de doenças crónicas e nalguns casos incapacitantes, em que considerei muito interessante verificar a capacidade e resiliência que alguns pais demonstraram para cuidar dos filhos com tamanho nível de dependência.

Uma das mães que conheci, cuja filha tinha treze anos e paralisia cerebral, estava perfeitamente hábil na gestão da ventilação não invasiva, da aspiração de secreções, da prevenção das úlceras por pressão e até o manuseamento de um estimulador neurovagal para controlo das crises convulsivas. Durante o internamento no Serviço de Urgência, a mãe desta criança prestou todos os cuidados de forma autónoma pelo que o meu papel enquanto enfermeira passou essencialmente pela validação das competências e a supervisão dos cuidados e pelo apoio emocional. O tempo limitado de permanência desta criança e a sua mãe no serviço de Urgência não permitiu que fosse averiguada, naquela situação específica,

de que forma a condição daquela criança e consequente demanda de cuidados influenciava a qualidade de vida dos pais e de todo o sistema familiar, contudo, senti necessidade de pesquisar evidência científica sobre este fenómeno de forma a preparar-me para lidar, de forma mais sustentada e fundamentada, em situações semelhantes que me surgissem de futuro, tal como proposto na competência comum de enfermeiro especialista.

Na opinião de Scherer et al (2019), criar uma criança com défice intelectual ou de desenvolvimento acarreta uma série de stressores relacionados com problemas de comportamento da criança, altas demandas do cuidador, estigma, e dificuldades financeiras. Por estes motivos os pais destas crianças estão especialmente vulneráveis à depressão e à ansiedade. A depressão parental está associada a pior saúde física, diminuição do autocuidado e isolamento social. É também relevante atender que a depressão parental poderá resultar em comportamentos parentais desadequados.

Os resultados negativos inerentes à condição de ser cuidador de uma criança com este tipo de transtorno não são inevitáveis, havendo necessidade de garantir adequado suporte de saúde mental para os pais, particularmente para pais de crianças com autismo e paralisia cerebral. É importante incentivar os mecanismos de coping eficazes, como o otimismo dos pais e o apoio social, para promover a resiliência, diminuindo assim o risco de depressão parental (Scherer et al, 2019).

De acordo com a pesquisa realizada verifiquei que a bibliografia suporta o que eu observei naquela família, pois os pais muitas vezes estão aptos a prestar cuidados altamente especializados e constantes aos seus filhos. Contudo tal responsabilidade pode resultar em privação de sono, sofrimento crónico e outros problemas de saúde mental (Bradshaw et al, 2018).

De certo modo contrastante com o anteriormente referido, assisti a diversas situações de pais de diferentes estratos socioeconómicos e com diferentes graus de escolaridade, com défices consideráveis nalgumas competências parentais básicas. Este aspeto era muito observado no posto de triagem, onde em breves minutos era perceptível a dificuldade que alguns pais sentiam em gerir algumas situações comuns da infância como a febre, os vómitos, a diarreia ou a obstipação.

Assisti a pais que recorreram ao serviço de urgência por um único episódio de febre na criança, sem outros sinais de doença associados, crianças com historial de convulsões febris trazidas ao serviço de urgência com febre e sem que lhes tivesse sido administrado antipirético, crianças com infeções respiratórias do trato superior, com uma evidente quantidade de secreções nasais, que não tinham sido submetidos a nenhuma tentativa de

lavagem nasal, entre outras situações que evidenciaram desconhecimento e/ou insegurança parental na abordagem a situações comuns de doença na infância. Tais acontecimentos fizeram-me refletir sobre a importância fulcral dos enfermeiros dos cuidados de Saúde Primários na educação parental e na preparação dos mesmos para lidar com as situações de doença comuns da infância. Tais episódios fizeram-me ainda questionar até que ponto a proximidade das famílias com crianças pequenas e os centros de saúde tem sido suficiente para capacitar os pais e outros familiares para as competências parentais exigidas nos primeiros anos de vida das crianças.

Ainda no posto de Triagem, e também na sala de espera, foi possível observar pais e filhos com uma grande desconexão, ou seja, pais e filhos que durante o tempo que esperavam por atendimento, mal interagiam entre si. Na maior parte destes casos estava associado o uso de ecrãs, tanto por parte dos pais como por parte das crianças.

Os pais ou outros cuidadores principais desempenham um papel primordial no desenvolvimento infantil pois são os principais responsáveis por providenciar ambientes de aprendizagem favoráveis e enriquecedores que são cruciais para promover o desenvolvimento cognitivo, social e emocional das crianças. Neste sentido, julgo ter desenvolvido a competência comum de enfermeiro especialista “garantir um ambiente terapêutico e seguro”. De acordo com Stienwandt et al (2022), a pandemia Covid-19 teve efeitos prejudiciais na saúde mental dos pais elevando os seus níveis de stress, culminando na adoção de estratégias e comportamentos parentais por vezes desadequados.

A teoria do desenvolvimento ecológico de Bronfenbrenner é uma excelente ferramenta para compreender as mudanças nos sistemas familiares durante e após a pandemia e que considero auxiliar a compreender a influência que as dinâmicas familiares podem acarretar no desenvolvimento infantil e na efetividade terapêutica. A teoria enumera cinco níveis distintos de influência ambiental no desenvolvimento infantil - microssistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema. O microssistema é o cenário mais próximo da criança, incluindo as pessoas com quem a criança tem interações presenciais (Bronfenbrenner, 1986). Os pais são uma parte fundamental do microssistema de uma criança e a qualidade da sua interação com os seus filhos influencia a sua capacidade de regulação das emoções, o desenvolvimento da linguagem entre outras componentes do desenvolvimento infantil. Quando os pais respondem adequadamente às interações das suas crianças, promovem a sua aprendizagem e o desenvolvimento de competências sociais. Este tipo de interação positiva está presente durante o jogo prático, como o artesanato, blocos de construção e atividades imaginárias de faz-de-conta. Contudo, os desafios da saúde mental

parental, o stress parental, as dificuldades financeiras, estão associadas a uma menor qualidade de interação (Stienwandt et al, 2022).

O tempo de exposição aos ecrãs, constitui uma atividade familiar que mudou durante a pandemia, em parte devido ao aumento da dependência da tecnologia virtual para a escolaridade e interação com amigos e família (Stienwandt et al, 2022). Sabendo da importância da vinculação e do estabelecimento de relações humanas positivas desde o nascimento até a idade adulta, especialmente na primeira infância, questionei-me por várias vezes de que forma os tipos de relacionamentos e interações entre pais e filhos estariam a influenciar o desenvolvimento cognitivo e socio-emocional daquelas crianças a curto, médio e longo prazo. A elaboração da revisão integrativa de literatura integrada no presente relatório constituiu também um forte contributo para o aprimoramento da competência supracitada, uma vez que conduziu ao desenvolvimento de aptidões de pesquisa científica, contribuindo para a fundamentação e o alicerçar de conhecimentos pertinentes para a prática clínica, levando-me a iniciar um percurso ativo no campo da investigação em Enfermagem.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), segundo o Regulamento n.º 422/2018, trabalha em parceria com a criança e família em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados às crianças saudáveis ou doentes e proporcionando educação para a saúde assim como identificando e mobilizando os recursos de suporte para a família.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, as áreas de intervenção do EESIP são a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, a orientação antecipatória às famílias com vista a maximização do potencial do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam prejudicar a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez, a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

O EESIP deverá, segundo o Regulamento n.º 422/2018, procurar estabelecer com a criança e sua família uma parceria de cuidados promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade. Nesse sentido é espectável que implemente e gira, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem.

Tal como todas as intervenções de Enfermagem, o planeamento e a implementação de um plano de cuidados promotor da parentalidade implica fundamentação teórica, conhecimento sobre estratégias de avaliação do funcionamento familiar e sobre a mais recente evidência acerca da intervenção na parentalidade. Considero ainda importante conhecer as entidades que trabalham a área da Parentalidade e qual o percurso que tem sido feito até ao presente, de forma a poder dar continuidade ao trabalho até aqui desenvolvido sem atropelos, e com abertura para a interdisciplinaridade. De acordo com Regulamento n.º 422/2018, é esperado que o EESIP seja capaz de estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família, sendo previsto que o EESIP não só

identifique as situações de risco para a criança e jovem como também seja capaz de sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção, atuando como um facilitador da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança/jovem e família. Nesse sentido, e inserido no estágio na comunidade, assisti ao Seminário “A importância da Avaliação e Intervenção na parentalidade: Um caminho para a mudança” organizado pela Centro da Mãe, que teve lugar no dia 27 de janeiro de 2023 na Universidade da Madeira, com o objetivo geral de debater Boas Práticas na Avaliação e Intervenção na parentalidade.

Em termos de contributos para a prática de Enfermagem e até para este meu percurso enquanto mestranda, este seminário revelou-se deveras pertinente dotando-me de conhecimentos sobre a avaliação e intervenção na parentalidade e sobre alguns programas dinamizados na Região Autónoma da Madeira.

Ainda inserido no desenvolvimento da competência supracitada, e visando a intervenção nas situações de risco para a criança/jovem como os maus tratos, negligência e comportamentos de risco, assim como a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, suas consequências e prevenção, procurei em todas as consultas de Enfermagem realizadas no âmbito do estágio no Centro de Saúde do Bom Jesus, tal como sugerido por Hornor (2023), implementar questões relacionadas com o temperamento da criança, estratégias utilizadas pelos pais para dar resposta aos comportamentos da criança, assim como procurei compreender o entendimento dos pais ou outros cuidadores sobre os comportamentos apresentados pela criança ou jovem. Obviamente que o tempo limitado de estágio não permitiu, na maioria das situações estabelecer uma relação terapêutica suficientemente sólida para avaliar profundamente estes assuntos com as famílias nem tão pouco alterar comportamentos, mas permitiu alertar para comportamentos infantis inerentes à faixa etária da criança, elucidar para as consequências da utilização excessiva de castigos e outras punições assim como para elucidar sobre práticas parentais recomendadas, de forma a impor os limites necessários ao normal desenvolvimento infantil respeitando os direitos e dignidade das crianças (Vega, 2021; Övén, 2022; Correia, 2022).

Para além do aperfeiçoamento de competências de avaliação do desenvolvimento infantil, as consultas de Enfermagem efetuadas no âmbito do estágio da comunidade permitiram-me ainda desenvolver competências comunicacionais com as crianças e pais. Algumas crianças apresentam maior relutância em participar nas atividades propostas durante a consulta de Enfermagem o que me permitiu aperfeiçoar técnicas e estratégias para conquistá-las e direcioná-las para as atividades propostas. Foi também enriquecedor no

sentido de desenvolver competências de avaliação de competências relacionadas com a linguagem, socialização e raciocínio assim como de referenciação para serviços da comunidade para a avaliação de áreas específicas, como o caso do Serviço de Saúde Oral do Centro de Saúde do Bom Jesus. As oportunidades vivenciadas neste contexto contribuíram para o desenvolvimento da competência referida uma vez que implementei cuidados de saúde promotores da parentalidade, proporcionei conhecimentos e aprendizagem de habilidades às crianças/jovens e famílias, procurei oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, procurei identificar o contexto do sistema familiar e procurei sensibilizar pais e outros cuidadores para o risco, consequências e prevenção da violência.

Para além da sensibilização feita no âmbito das consultas de Enfermagem, e após avaliar o interesse e disponibilidade da equipa de Enfermagem sobre a temática, planeei e implementei a sessão formativa para enfermeiros sobre a Parentalidade Positiva anteriormente descrita, estratégia que contribuiu também para o desenvolvimento da competência supracitada.

No que respeita à prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias em contexto de internamento, quer no âmbito do estágio de medicina quer no estágio de cirurgia pediátrica, tive a possibilidade de colaborar na planeamento e implementação de planos promotores da parentalidade e da reinserção social da criança, do jovem e da família, prestando cuidados centrados na família, dando resposta às necessidades de conhecimento, ensinando e apoiando os pais nos cuidados à criança e ao jovem, desenvolvendo técnicas de comunicação apropriadas à criança e família tendo em conta a sua própria cultura e estágio de desenvolvimento. Considero ter mobilizado com sucesso os conhecimentos adquiridos sobre as doenças comuns à várias idades assim como ter demonstrado capacidade de avaliar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar da criança/jovem assim como situações de risco, implementando cuidados de Enfermagem apropriados.

É exemplo do anteriormente referido uma situação vivenciada em contexto de Serviço de Urgência em que tive a oportunidade de prestar cuidados a uma criança que acabou por ficar internada no serviço de Pediatria não pela sua condição clínica, mas sim pelo seu enredo social que constituía uma aparente situação de risco para a criança. Tratou-se da situação de uma bebé levada ao Serviço de Urgência pela mãe por recusa alimentar a vários dias e choro inconsolável. A criança encontrava-se com bom estado geral, um bom tónus, com boa vivacidade, estava hidratada, corada, e a avaliação analítica não revelava alterações de maior. A mãe era jovem e encontrava-se muito inquieta, agitada e até hostil aos

pareceres da equipa médica e de enfermagem. Após indicação médica, foi oferecido um biberão com leite à mãe para que esta oferecesse à criança e para que eu e uma enfermeira da equipa pudéssemos observar o apetite da mesma, e a capacidade e disponibilidade da mãe para alimentar a criança. A lactente que se encontrava calma no colo da enfermeira, ao ser colocada ao colo da mãe começou logo a chorar inconsolavelmente. Desviava o olhar na direção oposta à mãe. A mãe, por sua vez, oferecia o biberão com a criança praticamente sentada, segurando-a na nuca, e com o corpo distanciado ao seu. Não sorria, nem tentava acalmar a criança. Mostrou-se muito agitada, e nervosa pelo facto da criança estar a chorar, não fazendo pausas durante a alimentação da lactente, mesmo estando a mesma a chorar inconsolavelmente. Quando a criança começava a deglutir o leite, a mãe continuava sem falar com a criança nem gesticular com a mesma, limitando-se a referir que a criança tinha alguma coisa, que tinha de ter alguma coisa, e que não estava bem. Foi feita uma tentativa de sensibilizar a mãe para a importância de realizar pausas durante a refeição da criança, para aproximá-la de si, para interagir com a mesma com tom de voz suave, mas a mãe recusava aderir a tais sugestões (Hockenberry & Wilson, 2011). Conversei com a enfermeira que estava comigo, e ambas passámos a situação à restante equipa de enfermagem e médica, tendo sido feitas registos detalhados sobre o observado, por nos parecer uma situação de risco para aquela criança. Foi tomada a decisão de internar a lactente no serviço de pediatria, providenciar apoio psicológico à mãe e comunicar à equipa multidisciplinar do serviço de pediatria, incluindo médicos, enfermeiros e assistente social, para vigilância da interação mãe-criança. A enfermeira responsável pela criança referiu ainda que iria passar a situação à enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica da área de residência da família para acompanhamento da situação.

De acordo com Brazelton (2018) alguns bebés podem chorar como resposta a um meio ambiente não adequado, excesso de estímulos sensoriais ou stress parental. A incapacidade que a criança por vezes manifesta em ser acalmada pode também refletir uma desorganização ou até mesmo depressão dos pais.

De acordo com o autor, os bebés que sofrem com cólicas têm frequentemente pais deprimidos, que precisam de ajuda para compreender e ir de encontro às necessidades de um bebé agitado. A depressão pós-parto, por sua vez, verifica-se num número significativo de jovens mães e quando não é detetada pode advir problemas para a mãe e/ou para o seu bebé. Algumas crianças são hipersensíveis e qualquer ocasião pode desencadear um choro inconsolável. Nestes casos a atividade do bebé poderá ser constante e desorganizada, podendo apresentar desvio do olhar, movimentos ou comportamentos repetitivos, não

conseguir ser acalmado pelos meios usuais. Estas crianças e estes pais devem ser avaliados por profissionais experientes, incluindo pela psicologia, pedopsiquiatria ou neuropsiquiatria, de forma a que se possa avaliar a contribuição do bebé para o problema e ajudar os pais a compreenderem a sua criança.

Perante a situação vivenciada e considerando os achados de Brazelton (2018) preocupava-me o possível risco de maus-tratos nomeadamente negligência e negação de afeto, e inquietava-me uma vez mais sobre que consequências que poderia ter aquele tipo de interação mãe-filha no desenvolvimento futuro daquela criança. Segundo Magalhães-Barbosa et al (2022) o desenvolvimento de uma criança não depende exclusivamente dos genes herdados pelos seus progenitores. O ambiente em que a criança se desenvolve proporciona experiências significativas com potencial de modificar quimicamente a expressão genética. Alguns períodos do ciclo vital são críticos na programação epigenética, nomeadamente a primeira infância. Experiências adversas fetais e na primeira infância podem levar a alterações físicas e químicas no cérebro, que podem durar uma vida. Experiências prejudiciais, como exposição a níveis de stress tóxico são incorporados à arquitetura do cérebro em desenvolvimento. Quanto mais adversas forem as experiências da infância, maior a probabilidade de atrasos no desenvolvimento e subsequentes problemas de saúde.

A exposição precoce e constante ao stress tóxico na infância estimula a liberação de cortisol, causando alterações nas conexões sinápticas, limitando as capacidades estruturais do cérebro. Quanto mais tóxico o stress, maior o risco de graves consequências para a saúde a curto, médio e longo prazo. O stress tóxico na primeira infância promove redução do volume cerebral, disfunção dos sistemas neuroendócrino e límbico, além de afetar a neuroplasticidade estrutural e funcional. Indivíduos que foram expostos ao stress tóxico na infância são mais vulneráveis a doenças crônicas na idade adulta, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças pulmonares, cardiopatia isquémica, acidente vascular cerebral e doenças autoimunes. O risco também aumenta significativamente para a incidência de distúrbios neuropsiquiátricos e comportamentais, como depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, risco aumentado de abuso de substâncias, autismo transtorno do espectro e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Magalhães-Barbosa et al, 2022).

A existência de suporte e relacionamentos com adultos atenciosos o mais cedo possível na vida pode prevenir ou reverter os efeitos nocivos em resposta ao stress tóxico, pelo que é importante promover relacionamentos responsivos e reduzir o stress tóxico desde

o início, ajudando as crianças a crescer como membros saudáveis e produtivos da sociedade. (Magalhães-Barbosa et al, 2022).

As investigações de John Bowlby e Mary Ainsworth levadas a cabo a partir dos anos de 1950 permitiram tirar importantes ilações sobre os efeitos do abandono e da negligência nos bebés formando-se na altura as bases da teoria da Vinculação. A vinculação, enquanto relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra, começa a ser construída desde a gestação e condiciona a forma cada pessoa se vê a si e ao mundo à sua volta ao longo da sua vida. Os estilos de vinculação podem ser subdivididos em dois grandes grupos: Seguro e Inseguro. No Estilo de Vinculação seguro, o bebé sente as suas necessidades de segurança e conforto serem satisfeitas pelas figuras de vinculação o que lhe confere uma perceção de que está seguro, é competente e amado e que os outros são de confiança. No que concerne ao estilo inseguro, este pode subdividir-se em três categorias: evitante, ansioso-ambivalente e desorganizado. Em qualquer um dos estilos inseguros a sensação de não ser amado, de desamparo bem como de desconfiança em relação aos outros está presente. A teoria da Vinculação demonstrou que um estilo de vinculação inseguro entre a criança e as suas figuras de vinculação causa sérios danos psicológicos a curto, médio e longo prazo, logo atender aos estilos de vinculação existentes entre as crianças alvo dos cuidados e as suas figuras de vinculação deve constituir um foco de atenção dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil (Correia, 2022)

Cuida da Criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

O EESIP, segundo o Regulamento n.º 422/2018, mobiliza recursos para cuidar da criança/jovem e sua família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um variado leque de abordagens e terapias cientificamente validadas. Para tal, e de acordo com o Regulamento referido, deverá demonstrar reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados, fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, responder perante doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, providenciar cuidados à criança/jovem promotores de ganhos em saúde, recorrendo a diversas terapias de enfermagem comuns e complementares, promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência e/ou incapacidade.

Ao longo do estágio em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, e devido à grande afluência que se verificou durante o período de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a um grande número de crianças e jovens. Do ponto de vista fisiopatológico, tive

oportunidade de prestar cuidados a muitas crianças com infeções respiratórias, síndrome nefrótico, infeções urinárias, miosites, otites, doenças gastrointestinais de etiologia viral, apendicite aguda, peritonite, e também algumas situações de crianças e jovens com doença crónica descompensada, nomeadamente asma e diabetes mellitus tipo 1. Foi-me também proporcionado experiências nos cuidados a crianças/ jovens vítimas de trauma, desde um recém-nascido que caiu de uma cadeira de baloiço, a uma criança de sete anos que teve um acidente de Karting, a crianças e jovens com lesões musculoesqueléticas ocorridas em contexto de prática desportiva. Tive também oportunidade de prestar cuidados a crianças com doença crónica incapacitante e com elevado grau de dependência, nomeadamente com paralisia cerebral.

Tamanha diversidade de situações por mim experienciadas neste campo estágio permitiram-me desenvolver a competência supracitada, uma vez que me foi exigido, tal como enunciado no Regulamento n.º 422/2018, a capacidade de mobilizar recursos para cuidar de crianças/jovens e suas famílias em situações de particular exigência e complexidade recorrendo a variadas abordagens, técnicas e terapias, a capacidade de reconhecer e atuar em situações de instabilidade das funções vitais, a capacidade atuar na gestão da dor e na otimização do bem estar da criança e jovem, a promoção da adaptação das crianças e suas famílias à doença crónica almejando ganhos em saúde e a negociação acerca da participação da família em todo o processo de cuidar com vista o máximo bem estar das crianças/jovens cuidados.

No âmbito do estágio em serviço de internamento de medicina pediátrica, foi-me proposto a realização de um estudo de caso como método de avaliação da Unidade Curricular. O meu estudo de caso baseou-se na prestação de cuidados a uma criança do sexo feminino, com quatro anos de idade, internada no serviço de pediatria com o diagnóstico de Encefalite necrotizante pós varicela. A criança em causa tinha antecedentes pessoais de síndrome polimalformativo e atraso global do desenvolvimento. A criança esteve acompanhada maioritariamente pela mãe, recebendo visitas frequentes do pai e irmã de 12 anos. Com um diagnóstico inicial muito reservado e com indicação, inclusive, de não reanimação, os cuidados prestados a esta criança e sua família consistiam em cuidados de conforto à criança, com particular ênfase no apoio emocional e ao luto desta família. A situação permitiu desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à criança e família nas situações de especial complexidade, exigindo conhecimentos e competências facilitadoras dos processos de luto, promoção da parentalidade e da capacidade parental para gerir o regime terapêutico, promoção do bem-estar da criança em fim de vida e da família

em luto, promoção da adaptação à doença crónica/incapacidade e promoção da esperança em situação de especial complexidade de saúde, conforme previsto no Regulamento n.º 422/2018.

O diagnóstico consiste num momento crítico para os pais e pode influenciar a sua perceção sobre os profissionais de saúde ao longo de todo o cuidado. Embora frequentemente não oiçam nem se lembrem de tudo o que lhes é dito, percebem as atitudes de aceitação, rejeição, esperança ou desespero que poderão influenciar a sua capacidade de absorver o choque e começar a se adaptar ao futuro alterado da família. Para que a família supere o ajustamento à nova condição da criança, cada um dos seus membros precisa ser apoiado individualmente. Os enfermeiros deverão reconhecer que o membro da família com maior necessidade de assistência não é necessariamente a criança comprometida, mas poderá ser um dos pais ou irmão que está lidando com níveis de stress que exigem intervenção (Hockenberry & Wilson, 2018).

A criança diagnosticada com uma doença potencialmente letal necessita de intervenção médica bem como avaliação e cuidados de Enfermagem. Quando a cura não é mais possível e as medidas prolongadoras da vida resultam em dor ou em sofrimento para as crianças, é necessário informar os pais sobre as opções de cuidado disponíveis para ajudá-los a decidir sobre como querem passar o tempo restante com a criança. É importante que os pais saibam que apesar do seu filho(a) não poder ser curado, continuará a receber cuidados ativos para o seu conforto. O cuidado de Enfermagem visa apoiar a criança e família durante o processo de morte, ajudando-os a fazer a difícil transição de tratamentos curativos para cuidados paliativos. Os Cuidados paliativos, por sua vez, devem criar um ambiente terapêutico tão próximo quanto possível do da casa da criança (Hockenberry & Wilson, 2018).

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem

Considerando as especificidades e exigências de cada etapa do ciclo vital, é esperado que o EESIP responda eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil desde a vinculação à juventude. Neste sentido, o EESIP deverá, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso dos recém-nascidos doentes ou com necessidades especiais, comunicar com a criança

e sua família de forma apropriada aos seus estádios de desenvolvimento e à sua cultura, promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde.

As crianças, jovens e famílias que recorrem ao Serviço de Urgência encontravam-se maioritariamente em situação de crise, seja por o acometimento de uma doença aguda inesperada, acidente ou agravamento de uma condição crónica (Hockenberry & Wilson, 2018). Para além da atenção dada às diferentes características de cada situação clínica e respetivas necessidades de cuidados, considero ter adequado a minha intervenção à idade de cada criança/jovem e estágio desenvolvimental. No caso dos recém-nascidos procurei avaliar não só o estado clínico dos mesmos, mas também de que forma os pais, principalmente a mãe se relacionava com a criança (Brazelton, 2018). Procurei demonstrar aos pais algumas competências dos seus filhos, promover a vinculação, a amamentação, o envolvimento dos pais nos cuidados, pelo que considero que este estágio permitiu-me desenvolver a competência descrita.

No âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos e Neonatais do SESARAM e tal como anteriormente descrito, considero ter demonstrado conhecimentos sobre as competências do recém-nascido para promover o comportamento interativo, negocieei o envolvimento dos pais na prestação de cuidados aos recém-nascidos e procurei promover o contacto físico entre os pais e recém-nascidos através de métodos teoricamente validados e recomendados tais como o método canguru, anteriormente descrito (Hockenberry & Wilson, 2018; Brazelton, 2018).

No que concerne ao estágio na comunidade permitiu-me desenvolver competências no âmbito da avaliação e apoio à transição para a parentalidade dos pais de recém-nascidos assim como colaborar na transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, promoção da amamentação, ensino sobre o rastreio de doenças metabólicas, avaliação das competências e desenvolvimento global do recém-nascido e também na avaliação física do mesmo. Desde esta faixa etária até as subseqüentes procurei dar primazia à avaliação das necessidades parentais assim como ao aconselhamento sobre medidas de promoção da vinculação pais/bebé e do desenvolvimento infantil global. Procurei dar especial atenção às dinâmicas familiares e em particular ao estado emocional das mães, dada a importância da qualidade da sua relação com o recém-nascido para o desenvolvimento global futuro (Hockenberry & Wilson, 2018; Brazelton, 2018).

O facto de terem sido diversas as oportunidades de realizar consultas de Enfermagem a crianças de diferentes idades, permitiu-me desenvolver competências no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil respetivo a cada uma destas idades, da promoção de comportamentos promotores de saúde tais como a diversificação alimentar, a importância do brincar e da atividade física, a prevenção de acidentes, a promoção da imunização conforme o Plano Nacional de Vacinação, a prevenção dos maus tratos, a promoção da saúde oral, a promoção de rituais facilitadores do sono, e a identificação e aconselhamento sobre as doenças comuns da infância (DGS, 2013). As atividades realizadas permitiram igualmente desenvolver a competência referida, uma vez que promovi o crescimento e desenvolvimento infantil, procurei promover a vinculação e procurei comunicar com a criança e família de forma adequada ao seu estágio desenvolvimental e à sua cultura.

Ainda no âmbito do estágio na comunidade tive a oportunidade de realizar estágio no centro de Atendimento ao Jovem durante três dias. O Atendimento do Serviço de atendimento ao jovem é um serviço disponibilizado no Centro de Saúde do Bom Jesus e o seu público alvo são jovens entre os doze e vinte e um anos a viver na RAM. Este serviço é disponibilizado por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, assistentes técnicos, nutricionista, psicopedagogo e assistentes operacionais. Os jovens podem recorrer ao serviço por iniciativa própria, ou por sugestão dos pais ou outros familiares, professores, amigos, médico de família, equipa multidisciplinar de assessoria aos tribunais, comissões de proteção de menores e jovens, unidade de comportamentos aditivos e dependências e outros. De acordo com a minha enfermeira orientadora e com o observado durante a minha experiência de estágio, as situações que mais frequentemente fazem os jovens recorrer a este serviço dizem respeito a dependências, distúrbios alimentares, obesidade, dismenorreia, absentismo escolar, acne, prevenção de gravidez, interrupção voluntária da gravidez, ansiedade, ataques de pânico, automutilação, ideação suicida, conflitos familiares, problemas relacionados com identidade de género, *bullying*, entre outros, o que vai de encontro com a literatura.

De acordo com Hockenberry & Wilson (2018) a adolescência caracteriza-se por corresponder a um período de transição entre a infância e fase adulta, constituindo um período de rápido amadurecimento físico, cognitivo, social e emocional. É difícil definir as fronteiras precisas da adolescência, mas do ponto de vista biológico geralmente inicia-se com o surgimento gradual de características sexuais secundárias em torno dos 11 ou 12 anos de idade e termina com a conclusão do crescimento corporal aos 18 a 20 anos de vida.

As mudanças físicas resultam basicamente da atividade hormonal influenciada pelo sistema nervoso central todos os aspetos do funcionamento fisiológico estejam interagindo mutuamente.

A teoria psicossocial tradicional de Erikson afirma que a crise do desenvolvimento da adolescência leva à formação do senso de identidade. Durante este período os jovens enfrentam a crise de identidade no grupo vs. alienação. O indivíduo procura atingir uma autonomia da família e desenvolve o senso de identidade pessoal. Esta noção de identidade no grupo é essencial para o desenvolvimento da sua identidade pessoal. Muito embora os pais continuem a ser a influência primária nas suas vidas, para a maioria dos adolescentes, os amigos assumem um papel mais significativo na adolescência do que tinham na infância, servindo como forte apoio, dando-lhes um senso de pertencimento e um sentimento de força e poder (Hockenberry & Wilson, 2018).

As principais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não estão relacionadas com patologias, mas sim com comportamentos prejudiciais. Estes incluem, segundo os autores, lesões, depressão, violência, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e obesidade. A promoção da saúde nesta faixa etária deverá consistir no ensino e orientação sobre os comportamentos de risco. A adolescência é uma excelente oportunidade para a incorporação de estilos de vida saudáveis que trarão benefícios para o resto da vida. A educação em saúde para adolescentes deve assim incorporar uma abordagem multifacetada e adequada a esta fase do seu desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2018).

O primeiro contacto dos jovens com o serviço de atendimento ao jovem é realizado através da consulta de Enfermagem. Esta consulta poderá ser previamente agendada, ou poderá ocorrer sem agendamento prévio. Nesta consulta é feita uma avaliação global do jovem e da sua situação e é proposto ao mesmo e/ou sua família, um plano de cuidados de acordo com cada situação.

Decorrente desta oportunidade, foi-me possível colaborar e realizar consultas de Enfermagem a adolescentes com sintomatologia depressiva e crises de ansiedade relacionados com problemas familiares e situações de bullying exercido pelos seus pares. Tive também oportunidade de contactar com adolescentes que recorreram ao serviço no âmbito da consulta de planeamento familiar, e com uma adolescente, acompanhada pela mãe, com problemas relacionados com a sua identidade de género. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do EESIP no âmbito da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de

desenvolvimento da criança e do jovem, uma vez que me deu oportunidade de promover a autoestima dos adolescentes e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Relativamente ao meu estágio em Centro de Desenvolvimento da Criança, este ocorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança do SESARAM (CDC). Este serviço está localizado no Centro de Saúde de Santo António e atende crianças desde os zero meses aos dezoito anos de idade inclusive. Atualmente as crianças podem ser encaminhadas para o CDC através dos seus médicos de família ou pediatras.

Todas as crianças nascidas prematuramente com peso à nascença inferior a 1.500kg são referenciadas ao CDC segundo protocolo. Restantes crianças que tenham estado internadas em UCINP são igualmente referenciadas ao CDC à luz também de outro protocolo estabelecido. Ambos os protocolos integram a obrigatoriedade de realização de consulta de oftalmologia e otorrinolaringologia.

A consulta de Enfermagem no CDC visa essencialmente a avaliação do desenvolvimento infantil através da aplicação do teste de desenvolvimento infantil *Schedule of Growing Skills II*. Nalgumas situações são avaliadas individualmente as competências e capacidades de cada criança com estratégias alternativas e adaptadas à situação, nomeadamente no caso de crianças com perturbação do espectro do autismo que não colaboraram nas atividades inicialmente propostas.

O estágio em contexto de centro de Desenvolvimento revelou ser uma mais-valia para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em Saúde infantil e Pediátrica. Tive oportunidade de observar e realizar consultas de Enfermagem a crianças com idades compreendidas entre os três meses e os seis anos de idade, que se encontravam em diferentes fases do desenvolvimento infantil, quer devido à sua idade como também devido à diversidade diagnóstica e ao contexto sociofamiliar. A grande diversidade observada exigiu uma elevada capacidade de adaptação, quer na aplicação do teste de desenvolvimento, quer nas estratégias adotadas para incentivar a colaboração das crianças, quer na forma como as orientações eram realizadas aos pais ou outros cuidadores. Considero ter sido capaz de demonstrar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, capacidade de adaptar a comunicação ao estado de desenvolvimento das crianças e de transmitir orientações antecipatórias às famílias com vista a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil, pelo que esta prática clínica permitiu-me essencialmente desenvolver a competência supracitada.

As situações patológicas observadas variaram desde crianças com paralisia cerebral, transtornos do espectro do autismo, défice de atenção e hiperactividade, entre

outros. Contudo, a maior parte das crianças apresentava algum grau de atraso do desenvolvimento numa ou mais áreas, sem ter à data um diagnóstico médico preciso.

Um dos exemplos é o de um menino com diagnóstico de Autismo, com cinco anos de idade. Os transtornos do espectro autista são complexos transtornos neurodesenvolvimentais da função cerebral acompanhados de deficits no comportamento intelectual e/ou social. Crianças com transtornos do espectro do autista demonstram diversas características peculiares principalmente nas interações sociais, comunicação e comportamento. Os pais destas crianças frequentemente relatam dificuldade das mesmas em estabelecer contacto visual, evicção do contacto corporal e atraso na linguagem. Estas crianças frequentemente apresentam débil participação em brincadeiras podendo interagir com os brinquedos de formas incomuns. Crianças autistas nem sempre apresentam as mesmas manifestações, variando entre formas leves a estágios mais graves (Hockenberry & Wilson, 2018).

O menino em causa demonstrou ser hipersensível aos ruídos, tapando os ouvidos enquanto conversávamos com os pais. Apresentava raros períodos de contacto visual, mantendo uma face pouco expressiva durante a maior parte da consulta. Era muito silencioso, tendo permanecido toda a consulta sem verbalizar uma única palavra. Apresentava movimentos estereotipados, nomeadamente o andar às voltas e segurando a cabeça. Não colaborou na execução do teste de desenvolvimento. Após apurar junto dos pais quais as suas brincadeiras preferidas, foi-lhe oferecida uma bola. A criança imediatamente deitou-se no chão e rodopiou a bola diversas vezes, ficando por longos períodos a observar o movimento produzido pela mesma. Apresentava também uma hipersensibilidade tátil, tendo inclusive removido as meias durante a consulta e andado em bicos de pés. A mãe referiu que em casa prefere andar com pouca roupa e descalço. Só foi possível captar um pouco da sua atenção após termo-nos deitado ao seu lado no chão e termos lhe retirado a bola por alguns períodos e depois devolvido. O menino apresentou alguma interação connosco, sorrindo momentaneamente, e solicitando a bola de volta. A Enfermeira orientadora referiu uma melhoria ao nível da interação social, pois anteriormente a criança não conseguia fazer qualquer tipo de interação.

Durante esta consulta e enquanto dava orientações aos pais a criança deambulava pelo gabinete e o pai, numa tentativa de fazê-lo parar, ofereceu-lhe o telemóvel para que o mesmo visualizasse desenhos animados. Alertámos o progenitor para os malefícios dos ecrãs no neurodesenvolvimento infantil e enfatizamos a importância de fomentar a interação, o brincar e o jogo. A mãe mostrou-se também descontente com o gesto do pai e pediu que

desligasse o telemóvel, mas o mesmo não assentiu dizendo que era “para o menino ficar quieto”. Obviamente que não será numa isolada consulta que iremos mudar as crenças e o comportamento do pai da criança, mas foi possível aferir que provavelmente a criança era exposta frequentemente aos ecrãs no seu ambiente familiar de forma a ficar entretido e quieto, acarretando todas as complicações advindas dessa conduta. As alterações de comportamento e défice nas diferentes competências do desenvolvimento apesar de estarem diretamente relacionado com o diagnóstico conhecido, sofrem grande influência do ambiente familiar, das crenças dos cuidadores e das atividades a que a criança é exposta (Nobre et al, 2021).

De acordo com Nobre et al (2021) a infância é caracterizada por modificações biológicas e psicossociais que permitem aquisições essenciais no âmbito do desenvolvimento motor, afetivo-social e cognitivo. Essencialmente na primeira infância, de 0 a 6 anos, as crianças devem ter vínculos afetivos saudáveis, espaço adequado para liberdade de movimentos, brincadeiras livres e disponibilidade de brinquedos ou materiais didáticos. O tempo de exposição à tela é considerado fator de risco para comportamento sedentário, para doenças cardiovasculares e metabólicas em adultos. Em crianças, pode causar obesidade, aumento da pressão arterial e problemas relacionados à saúde mental, para além de reduzir o tempo de interação social e familiar favorecendo a exposição a conteúdos impróprios, atrasos na linguagem, nas habilidades motoras finas e atrasos no desenvolvimento.

Neste sentido considero que o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica detém um papel primordial não apenas na avaliação dos desvios ao desenvolvimento infantil e nos encaminhamentos necessários, mas também na identificação e intervenção do conhecimento, das crenças, funcionamento e dinâmica familiar de forma a adequar a sua intervenção.

Outro exemplo que posso citar é o de um menino com cinco anos que tinha sido referenciado pelas suas educadoras por não conseguir se concentrar nas atividades propostas. A criança mostrava-se com olhar distante, não parecia estar a ouvir nada do que os adultos conversavam e bocejava constantemente. Quando incentivado a realizar algumas atividades na mesa de atividades, a criança segurava a cabeça com uma das mãos, necessitava que repetíssemos as orientações várias vezes para conseguir compreendê-las e voltava a bocejar constantemente. Quando questionada sobre as horas de sono da criança, a mãe referiu que o menino dormia cerca de sete horas por noite, o que se manifestava claramente insuficiente para a criança em causa. Para crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco

anos de idade o número de horas diárias de sono recomendadas são de dez a treze horas por cada 24 horas, incluindo sesta (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

De acordo com Mendes et al. (2004) o sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamento, expectativas, normas culturais e condições ambientais. As perturbações do sono podem causar morbilidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo e depressão.

Foi necessário aferir a dinâmica familiar, orientar sobre estratégias para uma adequada higiene do sono e educar sobre a necessidade de um sono adequado quer em termos de tempo como qualidade para que o menino consiga estar desperto durante o dia, concentrar-se e aprender. O sono é um processo fisiológico que pode influenciar conscientemente vários aspetos comportamentais, como hiperatividade, humor e agressividade, bem como funções cognitivas em crianças e adolescentes. A atenção e a memória, aspetos extremamente importantes no desenvolvimento da linguagem falada ou escrita, também podem ser influenciadas negativamente pela privação parcial ou total do sono. Estudos realizados com crianças com distúrbios do sono relataram déficits cognitivos e de aprendizagem (Franklin et al, 2018).

Para além das situações acima referidas, foi-me possível observar muitas mais situações onde não só a criança carecia de um plano de intervenção como também a sua família. Algumas crianças apresentam uma maior dificuldade em se concentrar na realização de uma tarefa, em concentrar-se, com diversas etiologias possíveis. Contudo, verifiquei que em muitas situações não eram propiciadas as condições ambientais facilitadoras desse processo. Foi necessário ensinar as famílias estratégias para ajudar a aumentar concentração, nomeadamente através do disponibilizar um brinquedo de cada vez e só dar acesso a outro quando o anterior estiver arrumado, diminuir as distrações visuais e auditivas enquanto a criança tenta se concentrar na realização de uma tarefa, o direcionar a criança para a tarefa proposta adequando o mobiliário e a sua postura, por exemplo a colocação de ambos os braços e mãos em cima da mesma, no caso de estar a ler um livro ou a fazer um desenho, garantir que as necessidades básicas da criança estão suprimidas antes de se exigir grandes períodos de concentração. Uma das necessidades que constatei estar muitas vezes mal respondida é a do sono. Uma criança com sono não terá o mesmo rendimento, concentração nem comportamento que teria se tivesse um sono de qualidade. Os pais precisam ser ensinados sobre as necessidades de sono de cada faixa etária e sobre estratégias

para uma boa higiene do sono. O tempo de exposição aos ecrãs é também deveras significativo. Vários estudos têm demonstrado os malefícios para o desenvolvimento infantil, mas a vida acelerada dos adultos faz com que os mesmos permitam que as crianças permaneçam longos períodos entretidos com aparelhos eletrónicos durante vários momentos do seu dia-a-dia (Nobre et al, 2021).

Ainda inserido no Estágio em Contexto de centro de Desenvolvimento da criança e tendo em linha de conta a temática por mim selecionada considerei pertinente assistir a um curso profissional promovido pela Associação de Investigação e Promoção da Economia Social sobre Estratégias de Atuação face às Birras na infância, com duração de seis horas (Anexo B). Considero que a participação nesta formação foi uma mais valia para o desenvolvimento da competência acima descrita, uma vez que, de acordo com Brazelton (2018) as birras constituem um fenómeno desenvolvimental normal em determinadas faixas etárias da criança, sendo por vezes motivo de ansiedade dos pais por não saberem como reagir a esta fase desenvolvimental. Assim, enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica quis dotar-me de conhecimentos sobre esta temática assim como estratégias de atuação e orientação parental que possa empregar na minha prática de enfermagem diária.

A formação decorreu a 5 e 12 de abril de 2023 e teve como objetivos gerais: Compreender o conceito de birras e os fatores que motivam o aparecimento das mesmas, perceber como se manifestam as birras na criança, compreender o funcionamento do cérebro da criança no momento da birra e adquirir estratégias adequadas para lidar com as birras na infância, quer em crianças com desenvolvimento infantil adequado quer nas situações de crianças com patologias/ transtornos do neurodesenvolvimento. A formação revelou ser útil e pertinente durante este processo de aprendizagem, uma vez que me dotou de ferramentas para intervir junto dos pais e cuidadores de crianças que apresentem dificuldades na gestão das birras da infância, tendo em contra que o desconhecimento sobre o fenómeno poderá levar a interpretações menos corretas pelos adultos e desencadear condutas parentais hostis e severas desnecessariamente, que poderão prejudicar o desenvolvimento infantil.

3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O grau de mestre, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível da licenciatura, os desenvolvam e aprofundem. É espectável que ainda que, com base nestes conhecimentos, construam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. Os mestres deverão aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo. Deverão demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Os indivíduos que obtenham grau de mestre devem ser capazes de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Devem ainda demonstrar ter adquirido competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A Enfermagem constitui-se hoje como profissão e disciplina científica, autónoma, com um campo de atuação e de investigação próprios, reconhecidos pela sua integração nos 2º e 3º ciclos de estudos. A atribuição do grau de mestre numa determinada área de especialidade em Enfermagem, depende da demonstração pelos estudantes, da sua capacidade de integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das suas apreciações, conhecimentos e raciocínios, competindo à Ordem dos Enfermeiros pronunciar-se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de Enfermagem (OE, 2021).

É determinante que os futuros Enfermeiros Especialistas compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada. Neste sentido, os estágios são elementos centrais na transição do Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, devendo o relatório final de estágio explicar o processo

formativo em causa, evidenciando de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência, as atividades desenvolvidas e o contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista, destacando o desenvolvimento das competências especializadas (OE, 2021).

Neste sentido, considero que a descrição sumária dos contextos clínicos onde realizei os meus estágios, a organização do presente relatório com base nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, a descrição crítica, reflexiva e baseada na evidência das atividades desenvolvidas ao longo das práticas clínicas assim como o seu contributo para o desenvolvimento das competências especializadas contribuíram para demonstrar a aquisição de competências inerentes ao grau de mestre. Para além das práticas clínicas e descrição das atividades realizadas e desenvolvimento de competências, demonstrei ser capaz de desenvolver investigação em Enfermagem através da realização de uma revisão integrativa de literatura, integrando conhecimentos e desenvolvendo reflexões sobre as implicações para a prática de Enfermagem Especializada. O presente relatório culminará ainda com a apresentação e discussão pública do mesmo, que irá permitir demonstrar a capacidade adquirida de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades.

No âmbito da minha prática clínica, em contexto do meu local de trabalho, o Centro de Saúde de Saúde de Santo António, foram ainda notórias algumas mudanças na minha postura enquanto profissional decorrentes do desenvolvimento das competências anteriormente referidas.

A frequência neste mestrado e as aprendizagens nele desenvolvidas resultaram numa postura mais crítica em relação aos processos de tomada de decisão. Desde a licenciatura que eu possuía a noção da importância das intervenções de Enfermagem adotadas serem alicerçadas em referenciais teóricos, mas na prática clínica revelava alguma dificuldade em questionar ou contrariar práticas tidas como consensuais pelos enfermeiros mais experientes, baseadas em conhecimentos por vezes desatualizados e/ou descontextualizados. Após ter ingressado no curso de Mestrado, melhorei a minha aptidão para realizar pesquisa científica de forma autónoma e passei a compreender de forma mais abrangente os conceitos relacionados à prática baseada em evidência e aos diferentes níveis de evidência existentes, o que me fez ganhar uma postura mais crítica em relação às fontes de fundamentação da prática. Esta postura evidenciou-se não só na minha prestação de cuidados direta, mas também na relação com os pares, tendo contribuído para aumentar a

minha confiança e capacidade de argumentação em equipa sobre situações da prática diária do enfermeiro.

Ao melhorar a minha capacidade de argumentação, baseando-me em dados da evidência científica recente para sustentar ou desaconselhar determinadas práticas, alguns colegas começaram a consultar-me para discutir ou pedir aconselhamento sobre a adoção de determinadas práticas, essencialmente relacionadas com a prestação de cuidados a crianças e jovens.

No âmbito da minha prestação de cuidados às crianças, jovens e suas famílias as ferramentas ganhas no âmbito da capacidade de pesquisa, interpretação e transmissão do conhecimento científico mais recente, contribuiu para melhor esclarecer os pais sobre os cuidados de Enfermagem prestados e para aumentar o leque de possibilidades de intervenção disponibilizadas às famílias, integrando-as de forma mais sustentada nos processos de tomada de decisão.

4. REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Os currículos em enfermagem têm vindo a apresentar abordagens pedagógicas cada vez mais sustentados na Prática Baseada em Evidência (PBE), o que permite o desenvolvimento académico dos estudantes e aprofundamento dos conteúdos teóricos. Tal promove uma maior integração teórico-prática, essencialmente, durante o ensino clínico para que este tenha um impacto na melhoria dos cuidados e facilite o desenvolvimento de competências científicas de diferentes níveis. Os cuidados de saúde estão a tornar-se mais complexos, exigindo um aumento de competências científicas. Nesse sentido é necessário que os estudantes saibam utilizar a pesquisa para produzir resultados seguros na prática clínica. A educação em enfermagem deve fortalecer a capacidade de pensamento crítico e aprimorar as habilidades dos estudantes nas áreas de pensamento analítico, resolução de problemas e raciocínio clínico. Tais habilidades proporcionam um maior desenvolvimento profissional, facilitam a compreensão de situações mais complexas nos processos de saúde/doença das pessoas e prepara os enfermeiros para um escopo mais amplo de prática (Loura et al, 2020).

A Revisão integrativa da literatura é um método de investigação que resume o passado da investigação empírica, ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente sobre determinado fenómeno. Este método permite a combinação de diversas metodologias (estudos experimentais e não-experimentais), desempenhando um papel importante na PBE em Enfermagem (Sousa et al, 2017).

Este método é um dos mais utilizados na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica, sendo fundamentada no conhecimento científico. A sua execução implica a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, a análise dos dados, e a apresentação dos resultados, contribuindo deste modo, para reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema delimitado ou questão de investigação, de forma ordenada (Sousa et al, 2017).

Neste relatório está integrada uma Revisão Integrativa de Literatura intitulada: *O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção dos maus-tratos infantis, em contexto de cuidados de saúde primários* (apêndice E). A Revisão integrativa foi elaborada de acordo com os critérios da revista Referência, uma vez ser minha intenção, findada esta fase do meu percurso académico, submete-la a essa

mesma revista para publicação. De forma a introduzir a revisão supracitada e de forma a melhor enquadrar a temática em estudo, procederei a um breve enquadramento onde serão explanados alguns conceitos que considero importantes para a compreensão e reflexão sobre a temática em estudo.

4.1. Enquadramento

A profissão de enfermagem está desde o seu início ligada a um conceito: o Cuidar, incitando nos profissionais de saúde uma necessidade constante de desenvolver competências com vista à prestação de cuidados de excelência. Os Cuidados de Enfermagem devem ser fundamentadas em modelos conceptuais que se constituam quadros de referência estruturantes para a prestação de cuidados.

Segundo o Regulamento n.º 351/2015, o conceito de pessoa é considerado nesta área de especialidade sob o binómio: criança/jovem e família. “Esta apresenta-se dependente dos cuidados da família, de forma a suprimir as suas necessidades, com vista ao seu desenvolvimento saudável, até adquirir novas capacidades e conhecimentos, que lhe permita ser cada vez mais independente até alcançar a autonomia” (p.12)

De acordo com o regulamento anteriormente referido, quando o Enfermeiro cuida de uma criança, tem que ter em conta a família da criança. Cada vez mais é recomendada a participação da família no processo de cuidar, surgindo como consequência, o conceito de parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa/família. Cuidar em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nos diversos contextos remete assim para uma abordagem centrada na Criança/Jovem e Família, implicando um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta díade.

Em Pediatria, reconhecendo-se atualmente a importância da permanência da família junto da criança, para a melhoria do seu estado de saúde, a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados, e considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2010).

Os fatores familiares, hereditários, relacionais, socioeconómicos são extremamente relevantes para o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e emocional das crianças, razão pela qual os cuidados de Enfermagem especializados devem estar sintonizados com todo esse contexto em que a criança está inserida. A família tem um papel fundamental no desenvolvimento infantil, pois depende desta unidade a forma como as necessidades da criança serão atendidas. Para além do desenvolvimento físico, os padrões de funcionamento familiar condicionam as capacidades cognitivas e emocionais da criança.

Interações afetuosas por parte da família, fomentadas no amor, carinho, e atenção contribuem para um adequado desenvolvimento do sistema nervoso central, pelo contrário, a ausência ou défice de interações emocionais adequadas, assim como práticas parentais abusivas, podem originar alterações na fisiologia do cérebro da criança e no seu desenvolvimento global (Brazelton, 2018)

Fazem parte das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, a orientação antecipatória das famílias, a gestão do bem-estar da criança e a deteção e encaminhamento adequado das situações suscetíveis de afetar negativamente o seu desenvolvimento, segundo o Regulamento n.º 422/2018. Para tal, é evidenciado no referido documento, que devem ser procuradas oportunidades para trabalhar com a família e a criança ou jovem com vista a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, promovendo a vinculação, a parentalidade e transmitindo orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil. Para que tal seja possível, é também esperado que estes profissionais sejam capazes de avaliar o sistema familiar, e intervenham adequadamente nos domínios afetados, demonstrando competências comunicacionais personalizadas à cultura e estágio de desenvolvimento familiar.

É também dever de todos os Enfermeiros, neste caso particular, do EESIP, prestar cuidados de saúde devidamente fundamentados, procurando aplicar os conhecimentos e técnicas adequadas, assentes em fundamentação teórica. Neste sentido, considera-se os Modelos de Calgary de Avaliação e Intervenção familiar como ótimas ferramenta de trabalho para fundamentar a avaliação e intervenção familiar, uma vez que norteiam os eixos determinantes do funcionamento e da dinâmica das famílias e fornecem estratégias para avaliar e intervir nos diferentes domínios do funcionamento dos sistemas familiares, o que poderá ser particularmente útil quando é perspetivada uma intervenção junto dos pais/cuidadores e as suas crianças (Wright & Leahey, 2010).

O modelo de Avaliação e intervenção familiar é dinâmico, focando-se na relação que existe entre os elementos da família, pois estes influenciam-se mutuamente, e identificando o potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global (Figueiredo et al., 2012).

Este modelo de avaliação familiar está dividido em 3 eixos ou categorias principais. São elas: Estrutural, do Desenvolvimento e a Funcional. Por sua vez, estas categorias estão divididas em subcategorias, para que o profissional consiga analisar microscopicamente as

componentes que interagem entre si e que proporcionam a coesão ou o afastamento dos membros que constituem a família. (Wright & Leahey, 2010)

O Modelo de Intervenção Familiar de Calgary oferece estratégias para o enfermeiro promover, melhorar e manter o funcionamento holístico da família dentro dos domínios: cognitivo, afetivo e comportamental. As intervenções visam promover, aperfeiçoar ou sustentar o funcionamento familiar num ou mais domínios, sendo que a alteração num domínio afetará os outros (Wright & Leahey, 2010).

Apenas a partir dos anos 70 é que se começaram a estudar os maus-tratos infantis e as repercussões dos mesmos para o desenvolvimento das crianças. A partir do século XVIII e início do século XIX, a criança começa a ser valorizada, no sentido de sobreviver para se tornar num adulto produtivo, e passou a ser considerado como um ser de direitos. A partir do século XIX a criança passa a ser vista como um ser frágil, com necessidade de proteção, amor e cuidados específicos (Abreu, 2020).

Em Portugal os abusos infantis começaram a ser discutidos a partir dos anos 80. Em 1986 a Sociedade Portuguesa de Pediatria deu início às reuniões sobre o tema da criança abusada, em conformidade com as Regras e Convenções Internacionais sobre os direitos das crianças. Em 1991 foram criadas as Comissões de Proteção de Menores, com autonomia própria e em parceria com as comunidades a nível local (Abreu, 2020).

O CDCNU emitiu em 2011 o Comentário Geral n.º 13 sobre o artigo 19.º da Convenção sobre os Direitos da Criança, dada a extensão e a intensidade da violência exercida sobre as crianças. No referido comentário é reforçada evidência de que um ambiente de cuidado e de educação da criança, respeitoso e livre de violência, promove a realização das personalidades individuais das crianças e o desenvolvimento de cidadãos responsáveis e que contribuem social e ativamente para a sociedade em geral. Crianças que não experienciaram violência e que se desenvolvem de forma saudável têm menos probabilidade de agir violentamente, tanto na infância como na idade adulta (CDCNU, 2011).

Consequências ao nível da saúde física, défices cognitivos, perturbações psicológicas e emocionais, problemas de saúde mental, adoção de comportamentos de risco para a saúde, alterações comportamentais e ao nível do desenvolvimento, tais como o absentismo escola, comportamentos agressivos, antissociais, autodestrutivos e interpessoais destrutivos, podem conduzir, nomeadamente, à deterioração das relações, à exclusão na escola e ao conflito com a lei. Os custos humanos, sociais e económicos da negação dos direitos das crianças são enormes e inaceitáveis. Os custos diretos incluem os cuidados de saúde, serviços de

assistência jurídica e social e cuidados alternativos. Os custos indiretos podem incluir possíveis lesões ou incapacidades duradouras, custos psicológicos ou outros impactos na qualidade de vida da vítima, interrupção ou descontinuação do percurso educativo e perdas de produtividade na futura vida da criança. Também podem incluir custos associados ao sistema de justiça criminal em resultado de delitos cometidos por crianças que sofreram violência (CDCNU, 2011).

4.2. Metodologia

A Revisão integrativa de literatura elaborada, redigida em formato de artigo, (apêndice E) consiste num método de investigação pelo qual se analisará um fenómeno, através da análise de estudos empíricos ou teóricos, com o objetivo geral de aprofundar conhecimentos sobre a temática, traçando uma análise do conhecimento já construído em pesquisas anteriores e perspetivando-se novos rumos de pesquisa (Sousa et al, 2017).

A primeira fase da realização do artigo consistiu na identificação do tema e na definição da questão de investigação norteadora, estruturada por meio da estratégia PICo: (P) Paciente ou Problema – Maus-tratos infantis; (I) – Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; (C) Controle ou Comparação – não se aplica a este estudo; (O)- Estratégias / Intervenções de Enfermagem para a prevenção dos Maus - Tratos Infantis em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Após a elaboração da questão norteadora, foram realizadas as seguintes etapas: Identificação dos termos Mesh a utilizar; Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; Avaliação dos estudos incluídos na revisão; Interpretação dos resultados e discussão dos mesmos; Apresentação da revisão de literatura;

Para dar início à pesquisa procurou-se por descritores em Ciências de Saúde (MeSH) presentes no site <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> para identificar as palavras-chave adequadas à pesquisa. Assim, determinou-se como palavras-chave os seguintes descritores: child abuse; prevention; pediatric nurs* que foram associadas ao operador booleano AND.

A colheita de dados foi realizada durante o mês de junho de 2023. As publicações foram pesquisadas através da EBSCO, em todas as bases de dados disponíveis, tendo sido obtidos resultados nas seguintes bases de dados: Cumulative index to Nursing and Allied

Health Literature (CINAHL complete), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE complete), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Numa primeira fase foram estabelecidos como critérios de inclusão, artigos publicados em revistas científicas entre janeiro de 2018 até junho de 2023, sem restrição de idioma. Como critérios de exclusão não foram considerados artigos que descrevessem a abordagem de outros técnicos de saúde aos maus-tratos infantis, artigos que se relacionassem com a abordagem hospitalar dos maus-tratos infantis e artigos sobre violência ou maus-tratos sobre outros grupos que não crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, inclusive.

Na pesquisa inicial, foram encontrados um total de 36 artigos. Após leitura dos títulos e resumos, e de todos terem sido considerados de potencial interesse para a pesquisa, estabeleceu-se como novo critério de inclusão a disponibilidade do texto integral online, tendo assim sido excluídos 28 artigos. Tendo como referência os níveis de evidência científica enunciados pelo Joanna Briggs Institute (2013), seis dos estudos selecionados são de nível 4.b, pois constituem estudos observacionais descritivos, um estudo representa um estudo quase-experimental encontrando-se assim no nível 2.b de evidência e um estudo pertence ao nível 1.c pois consiste num ensaio clínico controlado.

A caracterização dos estudos ocorreu após a leitura integral, contemplando os objetivos da pesquisa, amostra e principais resultados e conclusões. A leitura integral permitiu a descrição dos principais resultados obtidos nos artigos incluídos.

4.3. Resultados

Segundo os dados do estudo de Freitas et al (2021), realizado a um grupo de enfermeiros, com uma faixa etária entre 32 e 47 anos, com tempo de profissão a variar entre 9 e 26 anos, e a trabalhar em Unidades Básicas de Saúde, demonstrou-se que os profissionais evidenciavam compreender a violência intrafamiliar, os tipos de violência existentes e como identificá-la na sua prática. Ficou evidente que, de acordo com a opinião dos enfermeiros entrevistados, há insuficiente capacitação dos profissionais acerca deste assunto, pelo que é sugerido mais formação sobre a temática. Os autores referem a violência física, psicológica e sexual como as formas mais relevantes de abusos infantis, referindo a violência contra crianças como um fenómeno praticado na maior parte das situações em contexto familiar, sendo os principais agressores os próprios pais e outros familiares próximos à criança. De acordo com o artigo a violência contra a criança origina traumas, implicando sérias consequências durante a sua vida adulta.

De acordo com Freitas et al (2021) os enfermeiros possuem diversas oportunidades na sua prática clínica para detetar os casos de violência intrafamiliar na criança e adolescente, por meio das consultas de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. No âmbito dos cuidados de saúde primários reiteram que o enfermeiro deve planejar ações de promoção da saúde e de prevenção de práticas parentais violentas, inseridas em contexto de equipa multidisciplinar.

James (2018) refere no seu artigo que os enfermeiros desempenham um papel vital na identificação de crianças em risco de abuso. Este é definido pelo autor como um ato de intencionalmente fazer mal à criança, podendo ser empregue no domínio físico, verbal e/ou sexual.

Alguns fatores de risco para a perpetuação de maus tratos infantis são explanados, nomeadamente fatores ambientais e demográficos relacionados com pobreza, socialização inadequada, diminuição das redes de apoio familiar, pais que sofreram maus tratos na sua infância, problemas de saúde mental dos pais e abuso de substâncias psicoativas pelos cuidadores.

No que se refere ao impacto dos abusos infantis são descritas várias consequências na saúde física e psicológica das vítimas. Os autores abordam o aumento do risco de ocorrência de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio, depleções da memória e da capacidade de aprendizagem, maior risco para desenvolvimento de distúrbios do humor, ansiedade, transtorno bipolar, depressão, abuso de substâncias e adoção de comportamentos delinquentes.

Várias medidas preventivas são apontadas como estratégias eficazes na diminuição da incidência de abuso e negligência infantil, sendo a educação dos pais a estratégia mais recomendada.

Na opinião de Horner (2023), os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica assim como outros prestadores de cuidados de saúde pediátricos devem reconhecer que a violência doméstica entre parceiros constitui um fator de risco acrescido para a perpetuação de maus-tratos infantis. De acordo com o artigo, as mães que são vítimas de violência doméstica são mais propensas a usar disciplina infantil severa e perpetrar abuso físico, agressão psicológica e negligência com os seus filhos quando comparadas com mães que não são vítimas de violência. Neste sentido, é recomendado o rastreio universal de todas as famílias em contexto de violência intrafamiliar para a perpetuação de maus tratos infantis.

No que respeita ao impacto da exposição à violência entre parceiros nas crianças, são referidos atrasos neurológicos, especificando-se o atraso na linguagem, e depressão

infantil. Na idade adulta, Horner (2023) reitera que as crianças que testemunharam violência doméstica entre os seus pais apresentam maior risco de adotarem comportamentos de risco, nomeadamente tabagismo, múltiplos parceiros sexuais, sexo desprotegido, abuso de substâncias e perpetuação de violência contra parceiros amorosos na adolescência. São também referidos impactos ao nível da saúde física, como o aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardíacas, cancro, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crónica.

Segundo Tunc et al (2018a), o abuso sexual de crianças é um problema de saúde pública que afeta o desenvolvimento físico e psicossocial das crianças, resultando em distúrbios físicos e mentais a curto e longo prazo.

É referido que a maior parte dos casos são perpetrados por pessoas que a criança conhece, o que acarreta maior dificuldade de as vítimas reconhecerem as situações de abuso. De acordo com os autores é necessário intervir no sentido de as crianças em idade pré-escolar adquirirem conhecimentos básicos sobre o seu corpo e sobre como se proteger contra os abusos sexuais. Neste sentido é salientada a importância da implementação de programas de formação para a aquisição destas competências durante os anos pré-escolares, nomeadamente no contexto escolar.

O programa BodySafetyTraining, programa educacional que visa a educação de crianças sobre habilidades de autoproteção em relação aos abusos sexuais foi aplicado a um total de 40 crianças (grupo experimental). O grupo de controle foi composto por 43 crianças. Os autores afirmam que a implementação do programa foi eficaz em aumentar o conhecimento sobre a proteção contra os abusos sexuais em crianças turcas em idade pré-escolar e no desenvolvimento de uma atitude positiva em relação à discussão da sexualidade (Tunc et al, 2018a).

Considerando Tunc et al (2018b), para além do investimento em programas que forneçam às crianças em idade pré-escolar habilidades relacionadas à segurança corporal, para proteção contra abusos sexuais, é imperativo a validação e utilização de ferramentas de avaliação dos programas cientificamente válidas e confiáveis. O 'What If Situations Test (WIST) desenvolvido por Wurtele et al (1998) mede o conhecimento das crianças sobre segurança corporal para prevenção de abuso sexual, habilidades para autoproteção e suas atitudes em relação à sexualidade. A análise de fiabilidade e validade do teste mostrou que a adaptação do teste à cultura turca foi confiável e válida, sendo recomendado pelos autores que o instrumento seja utilizado por profissionais que trabalham com crianças em futuras pesquisas que visem prevenir o abuso sexual.

Tendo em conta Budzak-Garza et al. (2018), os pais com problemas de abuso de substâncias têm quatro vezes menos probabilidade de procurar cuidados infantis para os seus filhos do que pais sem esta problemática. Este facto deve-se essencialmente ao medo de serem julgados, impedindo-os de procurar cuidados de saúde regulares ou de aceitar apoio dos recursos comunitários. Neste sentido os programas que enfatizam o estabelecimento de relações de confiança e apoio com os profissionais de saúde podem incentivar estes pais a recorrerem aos serviços.

De acordo com os autores, o programa GunderKids tem como objetivo fornecer orientação antecipada para famílias em risco, com o objetivo de prevenir o abuso infantil. O programa distingue-se dos cuidados de saúde de rotina, uma vez que proporciona mais consultas agendadas durante o primeiro ano de vida do bebé. As consultas ocorrem nas unidades de saúde e não no domicílio por entenderem que nesse contexto as famílias sentir-se-iam mais vulneráveis com a presença dos profissionais. Nas consultas são analisadas as tensões atuais da família, fomentado o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e o comportamento infantil e discutidas ferramentas para lidar com questões de alto risco no desenvolvimento infantil. A equipe trabalha com a família para quebrar maus hábitos, como o uso de linguagem inapropriada, e para identificar atividades contraproducentes para uma boa parentalidade.

De acordo com os autores, o programa é benéfico na construção de relações positivas e de confiança entre os pais e os profissionais de saúde, tornando-os mais positivos e confiantes no exercício da parentalidade.

Segundo Sebahat (2020) apesar dos abusos sexuais infantis serem reconhecidos como um grave problema de saúde pública é difícil determinar a sua frequência exata porque, na sua maioria, não são denunciados. Os abusos sexuais são perpetuados maioritariamente por familiares em quem a criança confia. Como se tratam habitualmente de pessoas com uma relação de proximidade, as crianças tendem a ir a qualquer lugar com tal indivíduo, com ou sem o conhecimento da família.

Os impactos deste tipo de abuso infantil são referidos ao nível de problemas físicos, emocionais e comportamentais significativos na transição para a idade adulta.

O autor aponta o período pré-escolar como um período crítico, no qual as crianças não possuem conhecimentos nem competências necessárias para se protegerem de potenciais abusos. Neste sentido, são recomendados programas de prevenção do abuso sexual, que envolvam pais, professores e crianças em contexto de instituições de ensino pré-escolar.

Na opinião de Sebahat (2020) os profissionais que trabalham diretamente com crianças, como é o caso dos enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, devem proporcionar educação aos pais sobre questões como a proteção dos filhos e práticas saudáveis de educação dos filhos. A fim de desenvolver programas de formação eficazes sobre abuso infantil, é necessária a colaboração entre especialistas, numa ação conjunta e multidisciplinar.

Cleek et al. (2022) afirma que os enfermeiros têm a responsabilidade de proteger e promover a saúde das crianças. Uma forma de as proteger e promover a sua saúde imediata e ao longo de toda a vida é identificar e comunicar suspeitas de abuso infantil. As lesões sentinela, em particular, consistem em hematomas inesperados e lesões intraorais em lactentes. Estas, oferecem aos enfermeiros uma das primeiras oportunidades para identificar e comunicar suspeitas de abuso infantil. As lesões sentinela em lactentes que ainda não andam são raros pois a sua falta de mobilidade previne lesões autoinfligidas acidentalmente. Este tipo de lesões é frequentemente negligenciado tanto pelos pais quanto pelos profissionais de saúde como lesões triviais. O termo lesões sentinela foi adotado para descrever a importância dessas lesões precoces como sinais de alerta de possível abuso e para mudar a forma como enfermeiros e outros profissionais de saúde reagem aquando da sua identificação. Embora a notificação destas lesões possa ser intimidante para os enfermeiros, esse processo pode ser facilitado quando os enfermeiros as reconhecem como potenciais sinais de abuso infantil e comunicam essas preocupações de forma eficaz com os familiares e restante equipa multidisciplinar.

4.4. Discussão

No que concerne à discussão dos resultados, e por uma questão de sistematização de conteúdos, optou-se por dividir os resultados obtidos em três eixos: maus-tratos infantis, impacto dos maus-tratos e a prevenção dos maus-tratos Infantis. Desta forma será realizada uma apreciação qualitativa dos resultados obtidos assim como uma confrontação dos mesmos com outras referências bibliográficas atuais, consideradas pertinentes à temática, tendo em vista responder aos objetivos elencados para esta revisão de literatura.

Os artigos analisados são unânimes ao definir maus tratos infantis como quaisquer atos de, intencionalmente, causar dano à criança por uma ou mais pessoas em posição de poder ou autoridade em relação à criança. Os perpetradores de maus tratos infantis são, na maioria dos casos, os próprios pais ou outros familiares próximos (James, 2018; Freitas et al, 2021).

No que concerne aos tipos de maus tratos mais frequentemente abordados nos artigos analisados, estes referem-se maioritariamente aos maus-tratos do domínio físico, psicológico, sexual e negligência parental (Budzak-Garza et al, 2018; Freitas et al, 2018; James, 2018; Tunk. Et al, 2018a; Moreira et al, 2021; Hornor, 2023). Este achado vai de encontro com Hockenberry e Wilson (2011) e Santos (2015), embora alguns autores incluam ainda a Síndrome do bebé sacudido como um subtipo dos abusos físicos e a Síndrome de Munchausen por Procuração, como uma das formas graves de abuso infantil, no qual os cuidadores deliberadamente exageram ou inventam histórias e sintomas, submetendo as crianças a exames e tratamentos exaustivos e por vezes desnecessários (Hockenberry & Wilson, 2011).

Mais recentemente e, enquadrado como um subtipo dos maus tratos físicos, alguns autores como Vega (2021), Hornor (2022), Correia (2022) e o IAC (2023) referem os castigos corporais como um dos tipos de maus tratos infantis a considerar e combater, embora estes não tenham sido abordados nos artigos considerados nesta revisão.

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, a proibição dos castigos corporais a crianças encontra-se expressa designadamente nos artigos 19.º e 37.º. A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 25.º limita de forma clara quaisquer uso de maus-tratos, afirmando-se no seu nº1 que a integridade moral e física das pessoas é inviolável (IAC, 2023).

Não obstante serem expressamente proibidos pela lei penal Portuguesa desde 2007, os castigos físicos continuam a ser desvalorizados e tolerados socialmente. Quer a nível da família, quer noutros contextos, ainda persistem ideias relacionadas com a chamada “palmada pedagógica”, parecendo existir ainda a convicção de que se educa batendo (IAC, 2023).

De acordo com Salvaterra e Chora (2022), três em cada dez pessoas em Portugal (30%) consideraram poder usar-se castigos corporais em crianças. Relativamente às práticas educativas utilizadas, cerca de 45% referem utilizar regularmente práticas inadequadas como ameaçar ou gritar e 4% dos participantes indicaram recorrer frequentemente a castigos corporais. Não obedecer ou desafiar os adultos, ser “malcriado” e não cumprir com as regras da família foram reportadas como sendo as situações que mais justificam o uso de castigos corporais. Dos participantes entrevistados, 28% dos que trabalham com crianças consideraram poder usar-se castigos corporais em crianças.

Relativamente ao impacto dos maus tratos na saúde e desenvolvimento das crianças e jovens, são reiteradas implicações a nível da saúde mental e física ao longo de toda a vida

de crianças sujeitas a maus-tratos. No âmbito da saúde mental são referidas as perturbações da autoimagem (Freitas et al, 2021), diminuição da autoestima, perturbação da memória e da aprendizagem, depressão, ansiedade, distúrbios do humor, hipersensibilidade, stress pós-traumático, maior tendência para abuso de substâncias psicoativas, delinquência e mendicância (James, 2018), atraso da linguagem (Hornor, 2023) e maior tendência para adoção de condutas agressivas (Budzak-Garza et al., 2018). No que concerne ao impacto na saúde física são referidas alterações no sistema cardiovascular devido à taquicardia e hipertensão persistentes, aumentando o risco de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio assim como alterações epigenéticas associadas aos altos níveis de stress vivenciados de forma sistemática (James, 2018).

Os achados vão de encontro com Vega (2021), que reitera que crianças que sofreram algum tipo de violência durante infância não são adequadamente estimuladas para o desenvolvimento da sua inteligência emocional, apresentando mais frequentemente medo, desconfiança, mau comportamento, maior tendência a realizar atos delituosos, a ter problemas de conduta, a consumir substâncias nocivas, a possuir menos aptidões sociais, a fracassar academicamente, e na idade adulta possuem maior tendência para elevados níveis de frustração, ressentimento e baixa autoestima.

Correia (2022) defende que as punições físicas e/ou verbais são contraproducentes. Apesar do seu objetivo ser a alteração dos comportamentos indesejados da criança, para isso ela necessita de ser capaz de se autorregular e autocontrolar, ou seja, ser capaz de gerir as suas emoções e pensamentos para que estes se traduzam em comportamentos diferentes. As punições, contudo, ativam os mecanismos de sobrevivência da criança, estimulando a produção de cortisol e despoletando uma série de respostas fisiológicas que permitem a criança lidar com o stressor (punição), quer através de respostas de “fuga” ou de “congelamento”. Descargas sistemáticas de cortisol resultantes de punições sucessivas prejudicam o desenvolvimento de ligações cerebrais, essencialmente ao nível do córtex pré-frontal, área responsável pelo desempenho cognitivo e gestão emocional, pelo que a criança terá cada vez mais dificuldade em gerir as suas emoções e pensamentos, o que se poderá traduzir num maior número de comportamentos indesejados, incitando novas punições.

Para além das consequências físicas, emocionais e comportamentais dos maus-tratos infantis, James (2018) evidenciou ainda que abusos e a negligência sofridos pelas crianças estão associados a enormes encargos económicos para a sociedade. Os custos diretos relacionam-se com a hospitalização de crianças feridas, o acompanhamento psicológico das vítimas, o funcionamento de um sistema de proteção social e os custos do

sistema jurídico. Os custos indiretos correspondem aos custos associados às consequências do abuso e da negligência, tais como os serviços de educação especial e os serviços de intervenção precoce. A delinquência juvenil, o comportamento criminoso de adultos, o tratamento das dependências, e a condição de sem-abrigo de adolescentes/adultos são também contabilizados nos custos indiretos.

Estas ilações são reforçadas por Hockenberry e Wilson (2011) ao referirem que comportamentos desadaptativos e autodestrutivos na adolescência, tais como as tentativas de suicídio, podem ser favorecidos pelo historial de negligência e abuso parental, expectativas parentais excessivamente altas, e/ou outros conflitos familiares.

Por fim, e de forma a responder à questão de investigação definida para a revisão integrativa, analisaram-se as ilações dos artigos consultados sobre as intervenções recomendadas para prevenção dos maus tratos infantis, em contexto de cuidados de Saúde Primários.

Uma das intervenções abordadas passíveis de contribuir para a prevenção dos maus tratos infantis, em contexto de cuidados de saúde primários, prende-se com a identificação das famílias com risco acrescido para a perpetuação de violência contra a criança. Desta forma, é possível os enfermeiros planearem e adotarem medidas personalizadas a cada família (Hornor, 2023).

De acordo com os artigos de James (2018) e Hornor (2023) algumas características sociofamiliares constituem fatores de risco para a perpetuação de maus tratos infantis tais como situações de disfunção familiar, violência doméstica, abuso de substâncias e problemas de saúde mental parental. Estes resultados corroboram as ilações de Santos (2015), que refere que situações que propiciam a desorganização e a falência da família para cumprir o seu papel, como as doenças mentais graves, o alcoolismo, abuso de substâncias, pobreza e outras formas de exclusão social, constituem situações de risco para a perpetuação dos abusos infantis.

Hockenberry e Wilson (2011) abordam ainda outros fatores de risco que não constam dos artigos analisados, associados a características parentais, nomeadamente famílias monoparentais, famílias com menor rede de suporte, pais com baixa autoestima, pais que cresceram com modelos fracos do papel parental e pais que sofreram maus tratos infantis. As autoras descrevem ainda fatores de risco associados a características das crianças, nomeadamente lactentes e crianças pequenas, devido á alta demanda de cuidados exigida, crianças não desejadas pelo casal, crianças com necessidades especiais e recém-nascidos prematuros.

Após a identificação do risco acrescido para a perpetuação dos abusos infantis, são recomendadas medidas preventivas como o agendamento de consultas de vigilância de saúde com maior periodicidade, a avaliação das práticas parentais utilizadas junto dos pais e crianças (Hornor, 2023; Budzak-Garza et al, 2018), assim como a monitorização rigorosa de sinais e sintomas suspeitos, nomeadamente as lesões sentinela, que poderão ser diagnosticadas aquando da anamnese e exame físico realizado à criança (Freitas et al, 2021; Cleek et al., 2022).

As intervenções recomendadas vão de encontro com o defendido por Hockenberry e Wilson (2011), ao referirem que uma história e entrevista cuidadosa, combinadas com um exame físico completo, são as ferramentas diagnósticas necessárias para identificar os abusos infantis. Os autores referem ainda que, frequentemente, os especialistas direcionam a entrevistas para questões relacionadas com a saúde física e mental da criança, ficando os assuntos relacionados com práticas disciplinares por aferir.

De acordo com a pesquisa, outra das atribuições primordiais dos enfermeiros na atenção primária à prevenção dos maus tratos infantis relaciona-se com o planeamento e implementação de programas de educação para a saúde direcionados a pais, crianças e profissionais que lidam diariamente com crianças e jovens. Estes programas devem ser realizados com contributos da equipa multidisciplinar e envolvendo outros sectores, nomeadamente o social e o escolar (Freitas et al, 2021; James, 2018).

A Educação dos pais é particularmente enfatizada, uma vez que a escassez de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil pode propiciar a prática de maus-tratos infantis, principalmente quando existem expectativas parentais irrealistas sobre os marcos e competências de cada estágio etário da criança. Frequentemente os castigos físicos ocorrem quando os filhos não apresentam o desempenho ou comportamento esperado pelos adultos. Intervenções educativas na família, com ênfase no desenvolvimento infantil, psicoeducação, comunicação intrafamiliar, mecanismos de enfrentamento e práticas parentais saudáveis são assim recomendadas, de forma a garantir que os pais não convertem a sua frustração em comportamentos agressivos para com as crianças (James, 2018; Sebahat, 2020).

As recomendações supracitadas vão de encontro com as recomendações da OMS (2016) ao advertir para a implementação de programas multisectoriais para a prevenção da violência contra crianças, nomeadamente através da intervenção dos profissionais de saúde na promoção da disciplina positiva, da comunicação próxima entre eles e as crianças e das interações positivas entre pais/cuidadores e a criança.

De acordo com o Conselho Europeu (2006) os pais deverão ser encorajados a tornar-se mais conscientes da natureza do seu papel, dos direitos das crianças, das responsabilidades e obrigações derivadas destes e dos seus próprios direitos. Nesse sentido, deverão ser preparadas orientações amplas e programas específicos para apoiá-los em situações de vida desafiantes, resolução de conflitos, gestão da raiva através de abordagens não-violentas e técnicas de mediação. Deverão ser promovidos programas de prevenção relacionados com diferentes formas de maus-tratos a crianças e os pais deverão ser consciencializados sobre este sério problema e sobre as suas consequências no desenvolvimento da criança. Também as crianças deverão ser ensinadas sobre os seus direitos e obrigações, de modo a conhecerem o conceito de parentalidade positiva e do que significa para elas.

Os Enfermeiros devem incentivar os pais e outros cuidadores a seguirem linhas de conduta positivas na educação das crianças, nomeadamente: Respeitar a fase de desenvolvimento da criança e os tipos de aprendizagem que ela está a explorar em cada fase etária; Adequar a disciplina ao estado de desenvolvimento da criança; Ajudar a criança a compreender o(s) motivo(s) pelos quais ela está a agir de determinado modo, de forma a ajudá-la a compreender-se a si própria; Adaptar a disciplina às características individuais de cada criança; Ser exemplo de comportamento, demonstrando maneiras saudáveis de lidar com conflitos; Considerar a opinião da criança; Abolir os castigos físicos, pois quando os pais/cuidadores agem de modo agressivo demonstram que acreditam na força e na agressão física; Demonstrar amor incondicional e respeito pela criança, independentemente do seu comportamento e da necessária imposição de limites (Brazelton, 2018; Vega, 2021; Correia, 2022; Övén, 2022).

No que respeita aos abusos sexuais infantis a pesquisa efetuada evidenciou a necessidade de investir na promoção da educação sexual de crianças desde a idade pré-escolar. De acordo com os resultados obtidos, os pais devem ser aconselhados a ensinar a nomenclatura correta para os órgãos sexuais. As crianças que não conhecem os termos corretos das várias partes do seu corpo tendem a apresentar maior dificuldade em identificar os abusos sexuais, sendo ainda defendido que os abusadores sexuais de crianças tendem a evitar crianças que demonstram ter recebido educação sexual (Sebahat, 2020; Tunk. Et al, 2018a).

Hockenberry e Wilson (2011) partilham da ideologia de que a prevenção dos abusos sexuais infantis deve centralizar-se na educação das crianças e dos seus pais/educadores. Reiteram a importância de os pais prestarem atenção rigorosa a quem presta cuidados às

suas crianças, uma vez que parentes e amigos podem constituir os agressores, de apoiarem o direito da criança em estabelecer limites e dizer não a manifestações de afeto indesejadas, a estimularem a comunicação aberta com a criança, levando a sério as suas queixas e manifestações, a preparar as crianças sobre a forma como lidar subornos ou possíveis ameaças e a ensinar as crianças sobre toques inapropriados e como deverão proceder caso ocorram. É ainda recomendado que os enfermeiros incluam informações sobre violência sexual quando abordam questões relacionadas com a segurança da criança, estimulem as escolas e colaborem com as mesmas no fornecimento de informações sobre violência sexual enquanto problema de saúde e segurança da infância.

Por último, a pesquisa realizada apontou para a necessidade, sentida pelos próprios enfermeiros, em ser fomentada mais formação sobre a problemática dos maus-tratos infantis, sua identificação, notificação e prevenção. Neste sentido, é recomendado que conteúdos específicos sobre o fenómeno sejam adicionados ao currículo do ensino universitário dos profissionais que trabalham diretamente com crianças e suas famílias, de forma que estes sejam melhor preparados para dinamizar programas de educação para a saúde, aumentando assim a literacia da população sobre a problemática em estudo (Cleek et al., 2022; Freitas et al, 2021; James, 2018; Sebahat, 2020).

5. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Tendo concluído mais uma etapa do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e após a realização da revisão integrativa de literatura acima descrita, surgiram várias ideias sobre futuros projetos que eu gostaria de implementar na minha prática clínica, com os contributos do trabalho realizado até aqui.

Um dos projetos corresponde à dinamização de um curso para pais, direcionado a futuros pais, a partir do 7º mês de gestação, e pais de crianças até aos 3 anos de idade, sobre os pressupostos da Parentalidade Positiva. O curso realizar-se-ia no meu contexto de trabalho, o centro de Saúde de Santo António. Os principais objetivos deste projeto passariam por: Prevenir práticas parentais abusivas, aumentar os conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento infantil e aumentar o sentido de competência parental dos pais. O curso seria dinamizado por mim, em colaboração com uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Brazelton (2018) refere que é essencialmente nos últimos meses da gestação que os casais tendem a tomar maior consciência da sua nova realidade e do enorme ajustamento que os espera, sendo a altura ideal para os preparar para alguns dos desafios da parentalidade.

O período entre a conceção e os primeiros anos de vida de uma criança são determinantes para a sua saúde geral e saúde mental em particular, uma vez que neste período em particular a criança necessita de receber cuidados estimulantes, baseados no afeto, previsibilidade e continuidade com figuras de vinculação, integradas num ambiente familiar e social que satisfaça as suas necessidades (Santos, 2015; Brazelton, 2018; Correia, 2022).

O nascimento de uma criança requer mudanças de papéis exigindo alterações significativas nas relações anteriores dos progenitores. Para além dos papéis de marido e mulher, o casal passa a assumir os papéis de pai e mãe, num processo de aprendizagem por tentativa e erro, fortemente influenciado pela forma como foram cuidados na sua infância (Hockenberry & Wilson, 2011; Brazelton, 2018).

A intervenção com pais é importante pela centralidade do papel da família e do ambiente familiar no desenvolvimento das crianças. A qualidade das relações familiares revela-se como o preditor mais forte da saúde da criança, bem-estar e funcionamento social positivo, bem como o ambiente a que está exposta. A escolha das práticas que os pais

assumem junto dos seus filhos são influenciadas por múltiplos fatores, nomeadamente a forma como os pais interpretam o comportamento das crianças, muito vinculadas à própria experiência dos pais enquanto filhos, ideias e crenças ligadas à cultura e ao contexto de desenvolvimento no qual se inserem, as características das próprias crianças e dos pais e as interações conjugais ou co-parentais (Marçal, 2018).

Atualmente os pais têm acesso a abundante informação acerca de práticas parentais, seja através dos media ou redes sociais, tornando-se difícil filtrar aquilo que é pertinente e fidedigno. Face à abundância de informação, por vezes contraditória, considera-se cada vez mais importante abordar-se as questões da parentalidade e fomentar-se práticas de educação parental baseadas nos pressupostos da parentalidade positiva (Marçal, 2018).

As crianças pequenas com idades compreendidas entre os 0 e os 3 anos são particularmente vulneráveis aos maus-tratos infantis. Estes ocorrem maioritariamente no contexto familiar, pelos pais ou outros cuidadores, embora também ocorram noutros contextos. As intervenções parentais para pais de crianças pequenas devem enfatizar habilidades parentais nutritivas e não violentas, sendo que estas competências aprendidas durante este período crítico, são suscetíveis de influenciar comportamentos parentais positivos para crianças de idades mais avançadas (World Health Organization [WHO], 2022).

Intervenções junto dos pais e cuidadores de crianças de 0 a 3 anos são assim altamente recomendadas pois detêm o potencial de melhorar o desenvolvimento cognitivo, de linguagem, socioemocional e motor da criança. A aprendizagem, através de atividades lúdicas e de comunicação, aumenta a sensibilidade e a capacidade de resposta do cuidador às necessidades das crianças e promove interações positivas cuidador-criança. Algumas intervenções são também eficazes para melhorar as práticas parentais positivas, como elogio, cordialidade e disciplina apropriada, e melhorar a saúde mental dos pais (WHO, 2022).

Alguns componentes eficazes com uma base de evidências moderada a forte para reduzir maus-tratos infantis, parentalidade severa e problemas de comportamento infantil incluem: Técnicas disciplinares não violentas (incluindo ignorar comportamentos negativos da criança, assinalar consequências naturais, aplicar consequências lógicas, separar brevemente uma criança do ambiente onde ocorreu o comportamento inaceitável); Reforço positivo (elogiar e recompensar comportamentos adequados da criança); Técnicas de parentalidade proativa (estabelecer regras claras, compreender as experiências vividas e o ambiente das crianças, dar comandos positivos e diretos às crianças); Habilidades de autogestão parental (regulação emocional, resolução de problemas, comunicação e apoio ao

parceiro/cônjuge em combinação com técnicas de disciplina não violenta); Melhorar a relação entre pais e filhos (brincadeiras conduzidas por crianças e construção de empatia) (WHO, 2022).

Dado que frequentei o curso de formação de instrutores de massagem infantil da Associação Internacional de Massagem Infantil, dinamizado na Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny, entre o dia 20 de Setembro de 2023 e o dia 23 de Setembro de 2023, e de forma a promover a vinculação dos bebés até um ano de idade e os seus pais, aumentar o sentimento de competência parental, e prevenir os maus-tratos infantis, pretendo ainda implementar o curso de massagem infantil a famílias de risco sociofamiliar acrescido, residentes na freguesia de Santo António.

Para além dos projetos supracitados, considero pertinente e interessante a continuação da dinamização do mês de Abril – mês da prevenção dos Maus-tratos infantis, anteriormente realizada em contexto do estágio no Centro de Desenvolvimento da criança, de forma a sensibilizar pais, profissionais de saúde e comunidade em geral para os direitos das crianças e para a prevenção Maus tratos Infantis.

Intervenções em parceria com o sector escolar são recomendadas na literatura analisada, pelo que são ações a considerar no futuro, nomeadamente o planeamento e implementação de programas de sensibilização da comunidade escolar para os direitos da criança, importância e pressupostos da parentalidade positiva e a prevenção das várias formas de violência contra as crianças/jovens (Tunc. et al, 2018).

A revisão de literatura realizada revelou ainda a necessidade sentida pelos enfermeiros em obter mais formação sobre o fenómeno dos maus-tratos infantis e sobre o seu papel no diagnóstico, notificação, gestão e prevenção da problemática (Cleek. et al, 2022; Freitas et al, 2021; James, 2018; Sebahat, 2020). Nesse sentido será uma mais valia o investimento na formação e sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sobre a temática em estudo.

CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente Relatório foi possível refletir e analisar de forma crítica e teoricamente fundamentada, alicerçada nos fundamentos de uma Prática Baseada na Evidência, as atividades desenvolvidas no percurso de aprendizagem durante os diversos estágios, que considero terem contribuído para atingir os objetivos gerais e específicos definidos, assim como as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e as competências associadas ao grau de Mestre.

As práticas clínicas contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, tendo em consideração os contextos das famílias e o superior interesse da criança, que se manifestaram profícuos não só neste percurso formativo, mas também no meu contexto de trabalho, melhorando a minha intervenção junto das famílias e o meu contributo nos processos de tomada de decisão, em contexto da equipa de saúde.

As intervenções de Enfermagem implementadas foram planeadas de acordo com a conceção de cuidados centrados na Criança/Jovem e Família, o Modelo de Parceria de Cuidados, e o Modelo de Avaliação e Intervenção familiar de Calgary, tendo procurado dar primazia à comunicação efetiva com os pais, à capacidade de escuta, e de empatia, de forma a permitir o estabelecimento de uma relação de parceria e de confiança.

Este percurso permitiu-me ainda consolidar competências e habilidades de pesquisa científica, úteis à minha prática clínica, e que me permitiram encontrar respostas para a questão de investigação formulada, e também para poder afirmar que se trata de uma temática que necessita de maior investimento por parte da Enfermagem. Neste sentido, evidenciei os contributos que o EESIP pode ter na promoção da parentalidade positiva, como estratégia preventiva da perpetuação dos abusos infantis, e como estratégia promotora de um desenvolvimento infanto-juvenil saudável.

O acolhimento e a disponibilidade dos Enfermeiros tutores nos vários contextos e respetivos professores orientadores, assim como o interesse e motivação por mim demonstrados ao longo deste percurso, foram mais-valias para a aquisição de competências, confiança e autonomia na prestação de cuidados às crianças, jovens e suas famílias.

Como principais dificuldades devo destacar a conciliação das exigências familiares com as exigências inerentes ao percurso formativo. A compatibilização de horários de

trabalho, estágio e vida familiar foi desafiante, tendo exigido o desenvolvimento da minha capacidade de gestão de tempo.

Termino este percurso com sentimento de missão cumprida pois, apesar das dificuldades sentidas, sinto-me preparada e motivada para embarcar nesta jornada dos Cuidados de Enfermagem Especializados às crianças, jovens e suas famílias, consciente que possuo novos contributos para implementar na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A. (2020). *Crianças e jovens em risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos maus tratos* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Instituto Politecnico de Portalegre, Portalegre.
- Bradshaw, D., Shaw, K., Taylor, B., Chiswell, C., Salama, M., Bassett, E., Kaur, G., & Cummins, C. (2019). Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity: a scoping review. *BMC pediatrics*, 19(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1648-7>
- Brazelton, T. B. (2018). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (8ª ed). Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecologia da família como contexto para o desenvolvimento humano: Perspectivas de pesquisa. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Budzak-Garza, A. E., Allmon Dixson, A. L., Holzer, R. A., Lillard-Pierce, K. E., & Devine, C. J. (2018). GunderKids: Design of a clinical care management program for parents with substance abuse and their newborn children with a focus on preventing child abuse. *WMJ: Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 117(1), 29–33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29677412/>
- Cleek, E. A., Totka, J. P., Sheets, L. K., Mersky, J. P., & Haglund, K. A. (2022). Helping nurses identify and report sentinel injuries of child abuse in infants. *Pediatric Nursing*, 48(3), 123–128. <https://uwm.edu/icfw/helping-nurses-identify-and-report-sentinel-injuries-of-child-abuse-in-infants/>
- Comissão Nacional de Promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens. (2023). *Mês da prevenção dos maus-tratos na infância*. <http://https://www.cnpdpdj.gov.pt/mes-da-prevencao-dos-maus-tratos-na-infancia>
- Comité dos Direitos da Criança das Nações Unidas. (2011). *Comentário Geral nº 13: O direito da criança estar livre de todas as formas de violência*.

<https://direitoshumanos.mne.gov.pt/pt/noticias/comentario-geral-n-13-do-comite-dos-direitos-da-crianca-das-nacoes-unidas-sobre-o-direito-da-crianca-a-estar-livre-de-todas-as-formas-de-violencia-2011>

Conselho Europeu. (2006). *Recomendação REC (2006)19*. Comissão Nacional de Promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomenda%C3%A7%C3%A3o+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94>

Conselho Europeu. (2008). *A abolição dos castigos corporais infligidos às crianças*. Comissão Nacional de Promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806a456a>

Correia, T. (2022). *Laboratório de emoções: Um Livro para pais, educadores e crianças*. Oficina do Livro

Decreto-Lei n.º 74/2006. **Diário da República** I Série. 60 (24-03-2006) 2242 – 2257. [Consult. 11 Julh. 2023]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>>.

Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Ação de saúde para crianças e jovens em risco*. Author.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. 2013. Acessível na DGS.

Ferreira, M. P., Santos, J. C., Reis, N., Marques, T. (2010). *Gestão Empresarial*. Lidel

Figueiredo, M., Ferré Grau, C., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Franklin, A. M., Giacheti, C. M., Silva, N. C., Campos, L. M. G., & Pinato, L. (2018). Correlação entre o perfil do sono e o comportamento em indivíduos com transtorno específico da aprendizagem. *Codas*, 30 (3), e20170104. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017104>

- Freitas, R. J., Lindaray Fonseca de Lima, C., de Moraes Costa, T. A., de Sousa Barros, A., Abreu de Moura, N., & Macêdo Monteiro, A. R. (2021). Intra-family violence against children and adolescents: The role of nursing. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 13(1), 1154–1160. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8822>
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). Elsevier.
- Hornor, G. (2022). Child maltreatment prevention: essentials for the pediatric nurse practitioner. *Journal of Pediatric Healthcare*, 36(2), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.09.006>
- Hornor, G. (2023). Intimate partner violence and children: Essentials for the pediatric nurse practitioner. *Journal of Pediatric HealthCare*, 37(3), 333–346. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2022.12.007>
- Instituto de Apoio à Criança. (2023). *Nem mais uma palmada!*. <https://iacrianca.pt/nem-mais-uma-palmada/>
- James, F. (2018). Long term effects of child abuse: Lessons for Australian paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 42–51. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue4/5James.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *JBIR Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Lima, L. M., Pinto, C. S., & Gonçalves, S. (2018). Nurses' coping with the unexpected death of children and adolescents. *Revista Rene*, 19. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933087>
- Loura, D., Bernardes, R., Baixinho, C., Rafael, H., Félix, I., & Guerreiro, M. (2020). Aprendizagem em projetos de pesquisa durante a graduação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 293–304. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.293-304>

- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso: Estado da arte*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Magalhães-Barbosa, M. C., Prata-Barbosa, A., & da Cunha, A. J. L. A. (2022). Toxic stress, epigenetics and child development. *Jornal de pediatria*, 98(Suppl 1), S13–S18. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.09.007>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência Revista de Enfermagem*, (8). https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14
- Marçal, C. M. A. (2018). *Promover a parentalidade positiva: avaliação do Programa Triple P: grupo com pais da comunidade* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto. Porto. <https://hdl.handle.net/10216/116727>
- Mendes, L. R., Fernandes & A., Garcia, F. T. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35(4), 341-347. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/48/20130426091725_artigo_original_341.pdf
- Nobre, J. N. P., Santos, J. N., Santos, L. R., Guedes, S. da C., Pereira, L., Costa, J. M., & Morais, R. L. de S. (2021). Fatores determinantes no tempo da tela de crianças na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1127–1136. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00602019>
- Nunes, L. & Amaral, G. (2022). *Sobre Fundamentos do agir profissional em enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10400.26/41867>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny – Cláudia Pereira](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-Escola%20Superior%20de%20Enfermagem%20de%20S.%20Jos%C3%A9%20de%20Cluny%20-%20Cl%C3%A1udia%20Pereira)

para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-
ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2016). *Inspire – sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565356>

Övén, M. (2022). *Educar com Mindfulness: Guia de parentalidade Consciente para pais e educadores* (10ª Ed). Porto Editora.

Pereira, M. V., Spiri, W. C., Spagnuolo, R. S., & Juliani, C. M. (2020). Liderança transformacional: Clube de leitura para gerentes de enfermagem de emergência e terapia intensiva. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0504>

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 25 (06-02-2019) (4744-4750). [Consultado a 11 de Julho de 2023]. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) (16660 - 16665). [Consultado a 25 de Julho de 2023]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>

Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) (19192-19194). [Consultado a 11 de Julho de 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

Regulamento n.º 101/2015. **Diário da República** II série. 48. (10-03-2015) (5498-5952). [Consultado a 14 de Agosto de 2023]. Disponível em WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Rregulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Salvaterra, F., Amaral, R. & Chora, M. (2022). *Será que uma palmada resolve? O que pensa a sociedade sobre os castigos corporais*. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/dados-do-estudo-sera-que-uma-palmada-resolve-o-que-pensa-a-sociedade-sobre-os-castigos-corporais.pdf>

Santos, M. C. (2015) *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir* (2.ª ed). Edições Sílabo.

- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7).<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219888>
- Sebahat, A. (2020). Raising the Awareness of Students in a Child Development Department regarding the Prevention of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(7), 821–835. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1825147>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança*.
https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*, 2, 17-26. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311>
- Stienwandt, S., Cameron, E., Soderstrom, M., Casar, M., Le, C., & Roos, L. E. (2022). Family Factors Associated with Hands-On Play and Screen Time During the COVID-19 Pandemic. *Child & Youth Care Forum*, 51(6), 1091–1115. <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09668-4>
- Tunc, G., Gorak, G., Ozyazicioglu, N., Ak, B., Isil, O., & Vural, P. (2018a). Preventing Child Sexual Abuse: Body Safety Training for Young Children in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(4), 347–364. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477001>
- Tunc, G., Gorak, G., Ozyazicioglu, N., Ak, B., Isil, O., & Vural, P. (2018b). Determining the Appropriateness of the “What If” Situations Test (WIST) with Turkish Pre-Schoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(3), 292–304. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425947>
- Vega, G.L. (2021). *Castigar não é educar* (2ª ed.). La Esfera de los libros.
- Vilela, P. F., Sousa, A.C. (2010). Liderança: Um desafio para o enfermeiro recém-formado. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(4), 591-597. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-583579>

World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065505>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2010). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). (S. M. Spada, Trad.). Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO NA SESSÃO FORMATIVA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA



Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA: PARENTALIDADE POSITIVA

1. O que entende por Parentalidade Positiva?

- ☐ Parentalidade permissiva, com limites pouco claros ou inexistentes;
- ☐ Parentalidade que procura respeitar os direitos das crianças;

2. Que itens correspondem a responsabilidades/deveres parentais?

- ☐ Sustento;
- ☐ Estrutura e Orientação;
- ☐ Reconhecimento;
- ☐ Empoderamento;
- ☐ Disciplina;

3. As experiências adversas da infância podem ter impacto em que áreas do desenvolvimento infantil?

- ☐ Desenvolvimento cognitivo
- ☐ Expressão genética
- ☐ Distúrbios neuropsiquiátricos
- ☐ Distúrbios comportamentais

4. Considera o ato de dar uma palmada numa criança como uma forma de violência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

APÊNDICE B - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO FORMATIVA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA

PARENTALIDADE POSITIVA

“ É mais fácil construir crianças fortes do que reparar homens esfarrapados”

Frederick Douglas

OBJETIVOS

Definir Parentalidade Positiva e os seus pressupostos

Contextualizar a problemática da violência contra a criança no mundo e em Portugal

Compreender o impacto das experiências adversas na infância no desenvolvimento infanto-juvenil

Refletir sobre o papel do Enfermeiro na promoção da Parentalidade Positiva

PARENTALIDADE POSITIVA

- Discutir em **equipa multidisciplinar** as ações que melhor defendam os interesses da criança
- Orientar para **programas de treino parental** (Programa “Anos Incríveis”; “Lighthouse Parenting Programme”; “SpinProject”)
- Referenciar para **serviços de proteção de crianças e jovens**

PARENTALIDADE POSITIVA

Como intervir?

- Se necessário **conversar com os pais** sobre práticas abusivas fazê-lo preferencialmente sem a presença da criança
- **Envolver** o outro progenitor ou membro da família alargada sempre que necessário
- Discutir formas de reduzir os **fatores de stress** dos pais e dos filhos
- Incentivar o estabelecimento de **redes de apoio**
- Incentivar os pais a encontrarem **tempo para eles próprios** e atender as suas próprias necessidades de intimidade, convívio e lazer
- Referenciar para serviços **de saúde mental** (pais e/ou crianças)

PARENTALIDADE POSITIVA

Como intervir?

- Ensinar sobre **estratégias educativas** não violentas
- Encorajar os pais a admitir que cometem **erros** e a assumir a responsabilidade pelo seu comportamento parental
- Identificar, em conjunto com a família o **estilo parental predominante**
- Identificar, em conjunto com os pais, os **estilos de comunicação** utilizados
- Estar **atento** aos sinais de negligência e **práticas abusivas** contra a criança
- Explorar com os pais e crianças os **métodos usados para disciplinar** os filhos

PARENTALIDADE POSITIVA

Como intervir?

- Educar sobre o **desenvolvimento infantil** (birras, egocentrismo, imaturidade emocional...)
- Educar sobre **direitos e necessidades** das crianças (físicas, psicológicas, emocionais)
- Auxiliar pais a identificar as **necessidades da criança** por detrás dos **comportamentos observados** (mentalização)
- Incentivar os pais a proporcionar **atenção positiva e regular** em todas as idades
- Incentivar os pais a **elogiar** os bons comportamentos e ignorar comportamentos indesejáveis pouco graves da criança
- Educar sobre a necessidade de imposição de **limites sem violência**
- Incentivar a **autonomia e independência** da criança e adolescente

PARENTALIDADE POSITIVA

ENFERMAGEM – QUE CONTRIBUTO?

❑ No âmbito dos **cuidados de saúde primários**, o enfermeiro acompanha a criança, jovem e sua família de forma regular, aproveitando todas as oportunidades para promover o máximo potencial ao nível do **desenvolvimento infanto-juvenil**.

❑ A promoção de uma **parentalidade positiva** é um dever de todos os enfermeiros e profissionais da área da saúde uma vez que é essencial para garantir o respeito pela dignidade e direitos da criança e o seu pleno desenvolvimento.



PARENTALIDADE POSITIVA

AS CRIANÇAS DESENVOLVEM-SE MELHOR QUANDO OS SEUS
CUIDADORES:

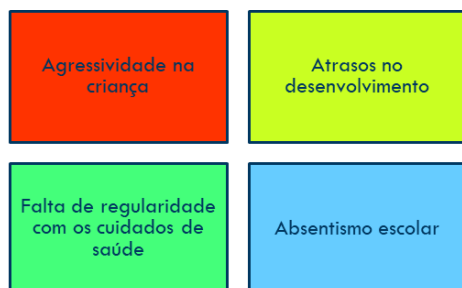
- São calorosos e protetores;
- Passam tempo de qualidade com eles;
- Tentam compreender as suas experiências de vida e comportamento;
- Explicam as regras que eles devem respeitar;
- Elogiam o bom comportamento;
- Reagem ao mau comportamento com uma explicação e, se necessário, com um castigo não-violento.



(Comité dos direitos das crianças, 2011)

PARENTALIDADE POSITIVA

O acúmulo de experiências traumáticas – privações, castigos, humilhações gera agressividade ou propensão para o desencadeamento de condutas hostis e destruidoras.



(Santos, 2015)

PARENTALIDADE POSITIVA

CASTIGOS CORPORAIS

30% das pessoas consideram poder usar-se **castigos corporais** em crianças

As situações que mais justificam o uso de castigos corporais são o **incumprimento dos limites** e das **regras** da família (81,7%), as situações em que são **"malcriadas"** (81,6%) e **desobedientes** (78,2%).

Os participantes mais velhos têm tendencialmente crenças que remetem para uma visão mais tradicional da educação - aceitação e uso de castigos corporais.

As pessoas com níveis de estudos mais elevados tendem a ter uma menor aceitação do uso dos castigos corporais como forma de disciplinar.

(Salvaterras, 2022)



PARENTALIDADE POSITIVA

CASTIGOS CORPORAIS

- O castigo físico é um método que permite obter **resultados rápidos** e que proporciona alívio da **tensão emocional**. É o modelo em que muitos cuidadores foram educados, com tendência em reproduzi-los com os filhos.

(Vega, 2020)

- O uso excessivo de castigos pode dificultar o desenvolvimento de **responsabilidade**. A criança atua movida pelo temor de ser castigada ou motivada pelo interesse de ser premiada, sem refletir sobre se o que fez está bem ou mal.

(Vega, 2020)



"O Trauma não se manifesta como uma memória, mas como um comportamento" Gabor Maté

PARENTALIDADE POSITIVA

CASTIGOS CORPORAIS

- “**qualquer** castigo implicando a força física e visando um certo grau de **dor ou desconforto**, por mais ligeiro que seja(...)

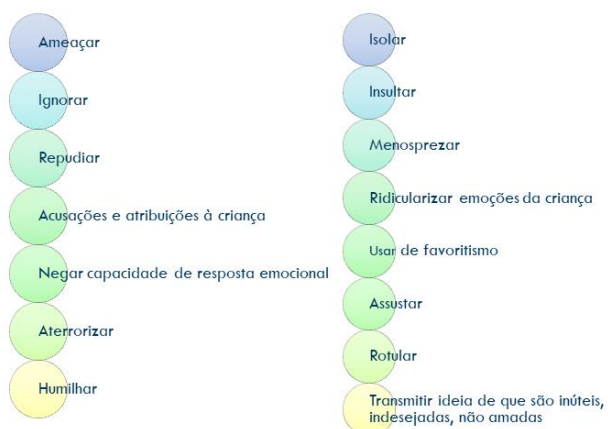
- A maior parte dos castigos envolve bater na criança com a mão ou com objetos: dar palmadas, bofetadas, “sovas”, abanar, puxar orelhas, puxar cabelos, beliscar, morder, etc

(Comité dos direitos das crianças, 2008)



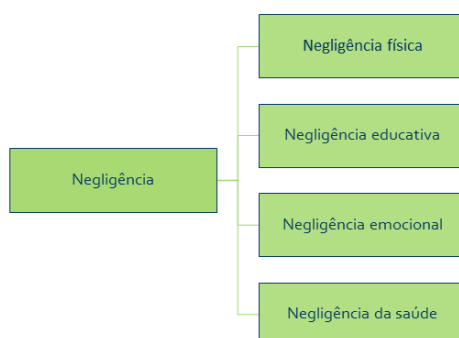
PARENTALIDADE POSITIVA

VIOÊNCIA MENTAL/ PSICOLÓGICA



(Conselho da Europa, 2011)

PARENTALIDADE POSITIVA

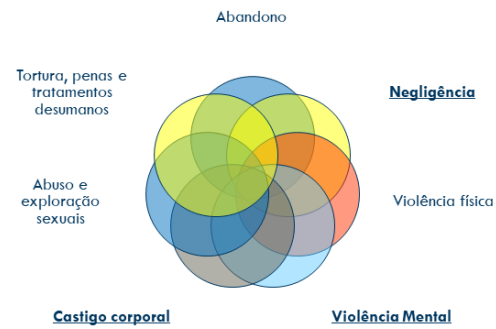


(Conselho da Europa, 2011)

PARENTALIDADE POSITIVA

Violência contra a criança

Experiência adversas da infância



(Conselho da Europa, 2011)

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=W-8jTTIsJ7Q>

PARENTALIDADE POSITIVA

Que impacto no desenvolvimento infantil?

Experiências Adversas na infância



Stress Tóxico

Maior predisposição para:

HTA, diabetes mellitus, doenças pulmonares, cardiopatia isquêmica, AVC, doenças autoimunes, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, risco aumentado de abuso de substâncias, transtornos do espectro do autismo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, dificuldades de aprendizagem...

(Magalhães et al, 2022)

PARENTALIDADE POSITIVA

Que impacto no desenvolvimento infantil?



As crianças têm menos **problemas comportamentais e emocionais** e exprimem-se mais facilmente.

Se forem tratadas com **respeito**, há maiores probabilidades de tratarem também os outros com respeito, incluindo os seus próprios **filhos**.

Os pais que são respeitados pelos seus filhos conseguem mais facilmente estimular comportamentos desejáveis e fazer diminuir os que não o são.



(Conselho da Europa, 2011)

PARENTALIDADE POSITIVA

Que impacto no desenvolvimento infantil?



Um **ambiente respeitoso** e livre de violência promove o desenvolvimento de **cidadãos responsáveis** e que contribuem para a sociedade em geral.



Crianças que não experienciam **violência** têm menor probabilidade de agir violentamente, tanto na infância como na **idade adulta**.



(Conselho da Europa, 2011)



COUNCIL OF EUROPE

PARENTALIDADE POSITIVA



Promover o **desenvolvimento infantil harmonioso** (em todas as suas dimensões) e a prestação de cuidados adequados às crianças, com o devido respeito pelos seus direitos fundamentais e dignidade



(Conselho da Europa, 2011)

PARENTALIDADE POSITIVA

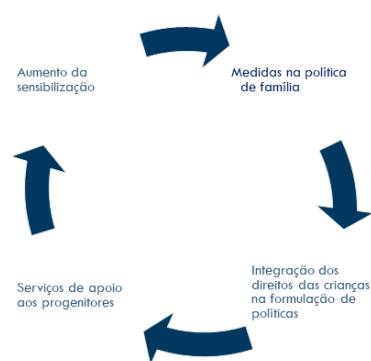


COMISSÃO NACIONAL
DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS
E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS



PARENTALIDADE POSITIVA

Como é que os Estados podem apoiar a
Parentalidade Positiva?



(Comité dos direitos das crianças, 2011)

Comité dos direitos das crianças

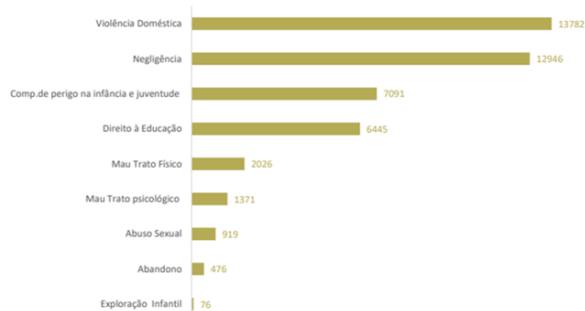


PARENTALIDADE POSITIVA

45 132

SITUAÇÕES DE PERIGO COMUNICADAS

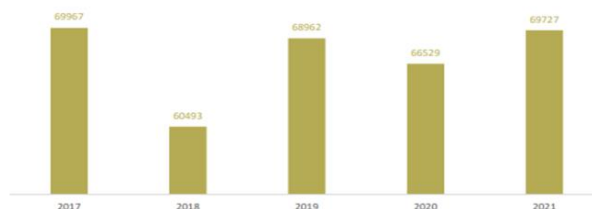
Gráfico 7 | Categorias de Situações de Perigo Comunicadas (N.º 45 132)



CNPDPJ (2022)

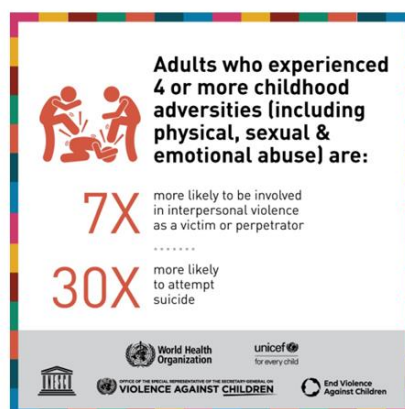
PARENTALIDADE POSITIVA

Gráfico 3 | Comparação do n.º de Crianças e Jovens acompanhados pelas CPCJ de 2017 a 2021



CNPDPJ (2022)

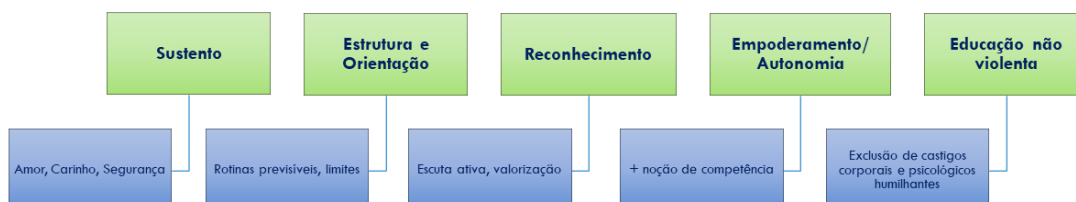
PARENTALIDADE POSITIVA



(OMS, 2020)

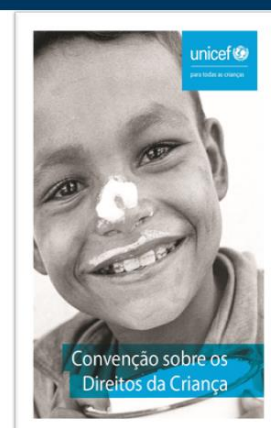
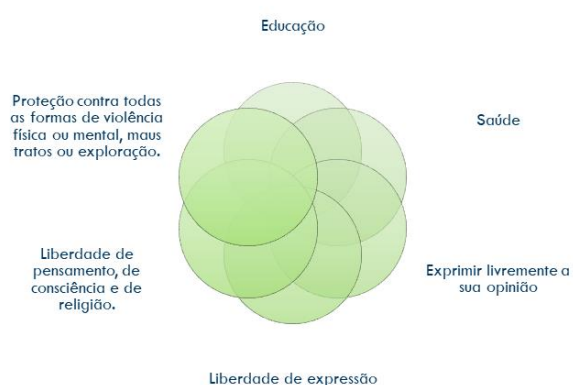
PARENTALIDADE POSITIVA

Os Pais devem proporcionar:



(Conselho da Europa, 2011)

PARENTALIDADE POSITIVA



PARENTALIDADE POSITIVA

A **Parentalidade Positiva** refere-se ao **comportamento parental** baseado no melhor interesse e **direitos da criança**, que assegura a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, **sem violência**.

A **Parentalidade Positiva** não é uma parentalidade permissiva. Estabelece os limites que as crianças precisam para desenvolver ao máximo o seu potencial, educando-as num ambiente não violento.



(Conselho da Europa, 2011)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comissão Nacional de Promoção dos direitos e Proteção das crianças e jovens. (2022). Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021. [cnpdpcj.gov.pt](https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades). <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>

Comité dos Direitos das Crianças. (2011). Comentário Geral nº13. [direitoshumanos.mne.gov.pt](https://direitoshumanos.mne.gov.pt/pt/noticias/comentario-geral-n-13-do-comite-dos-direitos-da-crianca-das-nacoes-unidas-sobre-o-direito-da-crianca-a-estar-livre-de-todas-as-formas-de-violencia-2011) <https://direitoshumanos.mne.gov.pt/pt/noticias/comentario-geral-n-13-do-comite-dos-direitos-da-crianca-das-nacoes-unidas-sobre-o-direito-da-crianca-a-estar-livre-de-todas-as-formas-de-violencia-2011>

Conselho da Europa. (2006). Recomendação REC(2006)19. [cnpdpcj.gov.pt](https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomenda%C3%A7%C3%A3o+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94). <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomenda%C3%A7%C3%A3o+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94>

Conselho da Europa. (2008). A abolição dos castigos corporais infligidos às crianças. [cnpdpcj.gov.pt](https://www.cnpdpcj.gov.pt/castigos-corporais-e-maus-tratos1). <https://www.cnpdpcj.gov.pt/castigos-corporais-e-maus-tratos1>

Magalhães-Barbosa, M. C., Prata-Barbosa, A., & da Cunha, A. J. L. A. (2022). Toxic stress, epigenetics and child development. *Jornal de pediatria*, 98 Suppl 1(Suppl 1), S13–S18. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.09.007>

Organização das Nações Unidas. (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. [unicef.pt](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf). https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Santos, C.M. (2015). Problemas de Saúde Mental em Crianças e adolescentes (2ªed.). Edições Sílabo

Veja, G.L. (2022). Castigar não é educar (2ª ed.). La Esfera de los libros.

World Health Organization. (2020). *Global Status Report on Preventing violence against children 2020*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>

**APÊNDICE C - DECORAÇÃO DO HALL DE ENTRADA DO
CENTRO DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO ALUSIVO AO MÊS DE
PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS.**



APÊNDICE D – FOLHETO INFORMATIVO ALUSIVO AO MÊS DE PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS.

AS CRIANÇAS DESENVOLVEM-SE MELHOR QUANDO OS SEUS CUIDADORES:

- ✓ São calorosos e protetores;
- ✓ Passam tempo de qualidade com eles;
- ✓ Tentam compreender as suas experiências de vida e comportamento;
- ✓ Explicam as regras que eles devem respeitar;
- ✓ Elogiam o bom comportamento;
- ✓ Reagem ao mau comportamento com uma explicação e, se necessário, com um castigo não-violento;



SOBRE...

Em 1989, Bonnie Finney amarrou uma fita azul na antena do carro, em homenagem ao seu neto, vítima mortal de maus-tratos. O azul simbolizava a cor das nódoas das crianças. A repercussão desta iniciativa foi de tal ordem que abril passou a ser o Mês Internacional da Prevenção dos Maus-Tratos na Infância.

MAUS TRATOS INFANTIS



Estimam-se que 3 em cada 4 crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos sofrem **castigos corporais** ou **violência psicológica** por parte dos seus cuidadores (OMS,2020)

Adultos que experienciaram 4 ou mais **experiências adversas na infância** como abuso físico, sexual ou psicológico, apresentam 7 vezes mais probabilidade de se envolver em violência interpessoal, seja como vítima ou como agressor (OMS,2020)

TODAS AS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS SÃO INACEITÁVEIS

Violência física

Qualquer castigo implicando força física e visando causar dor ou desconforto, por mais ligeiro que seja.

Violência verbal

Aterrorizar, ameaçar; insultar, rotular, humilhar, usar de favoritismo, menosprezar,, ridicularizar os sentimentos da criança, exposição à violência doméstica...

Negligência

Física, educativa, emocional

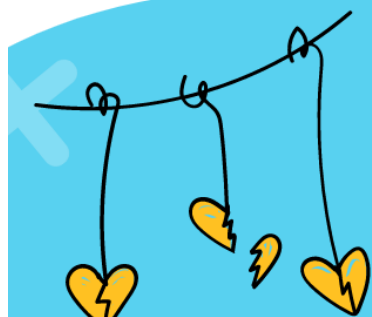
Abuso Sexual

Abrange quaisquer atividades sexuais impostas por um adulto a uma criança, contra as quais a criança tem direito a proteção pelo direito penal.

CASTIGOS CORPORAIS

A verdadeira **disciplina** não se baseia na força, mas sim na compreensão, **respeito mútuo** e tolerância.

Os **castigos corporais** nada ensinam às crianças sobre o bom comportamento. Bem pelo contrário: bater nas crianças constitui uma lição de mau comportamento.



APÊNDICE E – ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO.

O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Prevenção dos Maus-tratos infantis em contexto de Cuidados de Saúde Primários

Resumo

Enquadramento: Os Maus-Tratos infantis consistem num fenómeno global, complexo e multissistémico que envolve danos à saúde física, psicológica e socioemocional na infância e na idade adulta. Com caracter tendencialmente transgeracional, a problemática é transversal a diferentes países, culturas e estratos socioeconómicos.

Objetivo: Identificar os principais tipos de maus-tratos infantis; Identificar as implicações na saúde e desenvolvimento das crianças e jovens; Explorar evidência científica que oriente sobre as intervenções recomendadas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), em contexto de Cuidados de Saúde Primários, para prevenir os Maus-Tratos infantis.

Metodologia: Revisão integrativa de literatura realizada por meio de levantamento bibliográfico durante o mês de junho de 2023, baseada na diretriz SRQR (O’Brien. et al, 2014) de forma a dar resposta à questão de investigação: *Qual o contributo do EESIP na prevenção dos maus-tratos infantis em contexto de cuidados de saúde primários?*

A amostra é constituída por oito artigos científicos, disponíveis nas bases de dados: CINAHL complete, MEDLINE complete e Nursing & Allied Health Collection, selecionados pelos critérios de inclusão: publicados entre janeiro de 2018 e junho de 2023, sem restrição de idioma e disponíveis em texto integral.

Resultados: Os maus tratos mais abordados na literatura são os do domínio físico, psicológico e sexual. As consequências são de ordem física, emocional e comportamental, acarretando encargos económicos para a sociedade. As atribuições do EESIP na atenção primária à saúde passam essencialmente pelo planeamento e implementação de ações promotoras da educação para a saúde, em interligação com a equipa multidisciplinar.

Conclusão: O EESIP detém a responsabilidade e as competências para promover a Parentalidade Positiva junto dos pais e educadores, essencialmente em grupos especialmente vulneráveis, como estratégia preventiva dos Maus-tratos infantis.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Enfermagem Pediátrica; Atenção Primária à Saúde;

Introdução

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de serviços de saúde na comunidade garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde dos indivíduos. Os profissionais que prestam cuidados de saúde primários trabalham com os utentes e as suas famílias, atendem às suas necessidades de saúde imediatas e a longo prazo e não apenas a um conjunto de doenças específicas. Assim, é espectável que apresentem uma abordagem ampla e atendam aos aspetos inter-relacionados que influenciam o bem-estar físico, mental e social das pessoas (OMS, 2021). Os cuidados de saúde primários são um investimento de grande valia, visto haver evidências de que os cuidados de saúde primários de qualidade reduzem os encargos totais com a saúde e melhoram a eficiência, reduzindo os internamentos hospitalares. A satisfação de necessidades de saúde cada vez mais complexas exige uma abordagem multisectorial que integre políticas de promoção da saúde e de prevenção, soluções que respondam às comunidades e serviços de saúde que sejam centrados nas pessoas (OMS, 2021).

Os Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) em contexto de cuidados de Saúde primários, adaptam os cuidados ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e à dinâmica familiar, particularmente no que concerne à adequação da comunicação e educação para a saúde, e ao estabelecimento da apropriada relação de ajuda e de parcerias negociadas com as famílias para a eficácia do desempenho do seu papel parental. São áreas de atuação particular, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida das crianças e adolescentes nomeadamente os maus-tratos infantis (Australian Confederation of Paediatric and Child Health Nurses, 2006).

O objetivo deste estudo, assente numa pesquisa qualitativa e descritiva, é estudar, compreender e explicar o fenómeno dos maus-tratos infantis, o seu impacto na saúde e desenvolvimento das crianças e jovens e refletir sobre a atuação que deverá ter o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em contexto de cuidados de Saúde Primários, na sua prevenção à luz da evidência consultada.

Enquadramento

Os maus-tratos infantis são um grave problema de saúde pública resultando em diversas consequências para a saúde a curto e longo prazo, incluindo trauma, efeitos adversos na saúde física e mental, alterações comportamentais, alterações da arquitetura cerebral e do neurodesenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, comprometimento do funcionamento socioemocional e das relações interpessoais. As crianças estão entre os grupos humanos mais vulneráveis a acontecimentos violentos e é no ambiente familiar que a maioria dos casos de violência contra crianças ocorre (Correia et al, 2019).

A primeira-infância é uma fase de maior risco para a criança ser vítima de maus-tratos para além de ser um período crítico do desenvolvimento infantil. As crianças encontram-se em pleno processo de formação da sua identidade baseando-se nas interações que estabelecem com o meio social, particularmente com os seus cuidadores. As figuras parentais representam nesta fase a interação mais significativa, sendo que as crianças tendem a interiorizar e acreditar verdadeiramente no que os pais dizem a seu respeito (Correia et al, 2019).

O impacto da violência contra a criança é normalmente agravado pela dificuldade da criança em revelá-la, pela desvalorização por parte dos adultos, e pelo receio da própria família em denunciar, visto os agressores serem comumente pessoas do círculo doméstico, havendo frequentemente a preocupação com o possível desequilíbrio, separação e desintegração do núcleo familiar. Para além da dificuldade existente na denúncia pelos familiares, existe um despreparo profissional generalizado para identificação dos sinais de violência intrafamiliar contra a criança e para a notificação dos casos assim como receio dos profissionais em sofrerem represálias (Correia et al, 2019).

Considerando as diferentes formas de violência intrafamiliar e a comprovada relação com os comportamentos autodestrutivos e suicidários na adolescência e idade adulta, alguns autores alertam para a importância da preparação dos profissionais para a identificação precoce de crianças e adolescentes em risco de sofrer abusos. Os profissionais de saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários, especialmente enfermeiros, tendo em

conta a relação de proximidade e de confiança estabelecida com as famílias, encontram-se numa posição estratégica para reconhecer precocemente as situações de violência e adotar ações de intervenção (Correia et al, 2019).

A violência contra as crianças está enraizada em diferentes setores sociais, tendo um impacto direto sobre a comunidade, as famílias, as relações e o modo como as crianças são vistas e cuidadas no seu dia-a-dia. Segundo a OMS (2016), o modelo ecológico-social retrata a interação de fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais que influenciam a perpetuação de maus tratos infantis.

Os fatores individuais incluem aspetos da história biológica e pessoal, tais como sexo, idade, educação, renda, deficiência, atraso no desenvolvimento cerebral e cognitivo, transtornos psicológicos, consumo prejudicial de álcool, abuso de drogas e história de agressão ou maus-tratos. Os fatores relacionais correspondem a fatores de risco relacionados com ausência de vínculo emocional, práticas parentais inadequadas, disfunção familiar e separação da família, associação com pares violentos, crianças que testemunham atos de violência contra a mãe ou a madrasta, e casamento precoce ou forçado. No que concerne aos fatores Socio-legais é relevante considerar a pobreza, alta densidade populacional, populações em situação transitória, baixa coesão social, ambientes fisicamente inseguros, altas taxas de criminalidade, tráfico local de drogas, normas legais e sociais desadequadas, desigualdades económicas, sociais e de género e fraca proteção social como fatores propiciadores dos Maus-tratos infantis (OMS, 2016).

Questão de Investigação

Qual o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção dos Maus-tratos infantis, em contexto de Cuidados de Saúde Primários?

Metodologia

Este artigo consiste numa revisão integrativa de literatura, método pelo qual se analisará um fenómeno através da análise de estudos empíricos ou teóricos, com o objetivo geral de aprofundar conhecimentos sobre a temática, traçando uma análise do conhecimento já construído em pesquisas anteriores e perspetivando-se novos rumos de pesquisa (Sousa et al, 2017).

A primeira fase da realização deste artigo consistiu na identificação do tema e na definição da questão de investigação norteadora, estruturada por meio da estratégia PICo:

(P) Paciente ou Problema – Maus-tratos infantis; (I) – contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; (C) Controle ou Comparação – não se aplica a este estudo; (O)- Estratégias / Intervenções de Enfermagem para a prevenção dos Maus - Tratos Infantis em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Após a elaboração da questão norteadora, foram realizadas as seguintes etapas: Identificação dos termos Mesh a utilizar; Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; Avaliação dos estudos incluídos na revisão; Interpretação dos resultados; Apresentação da revisão de literatura;

Para dar início à pesquisa procurou-se por descritores em Ciências de Saúde (MeSH) presentes no site <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> para identificar as palavras-chave adequadas à pesquisa. Assim, determinou-se como palavras-chave os seguintes descritores: child abuse; prevention; pediatric nurs* que foram associadas ao operador booleano AND.

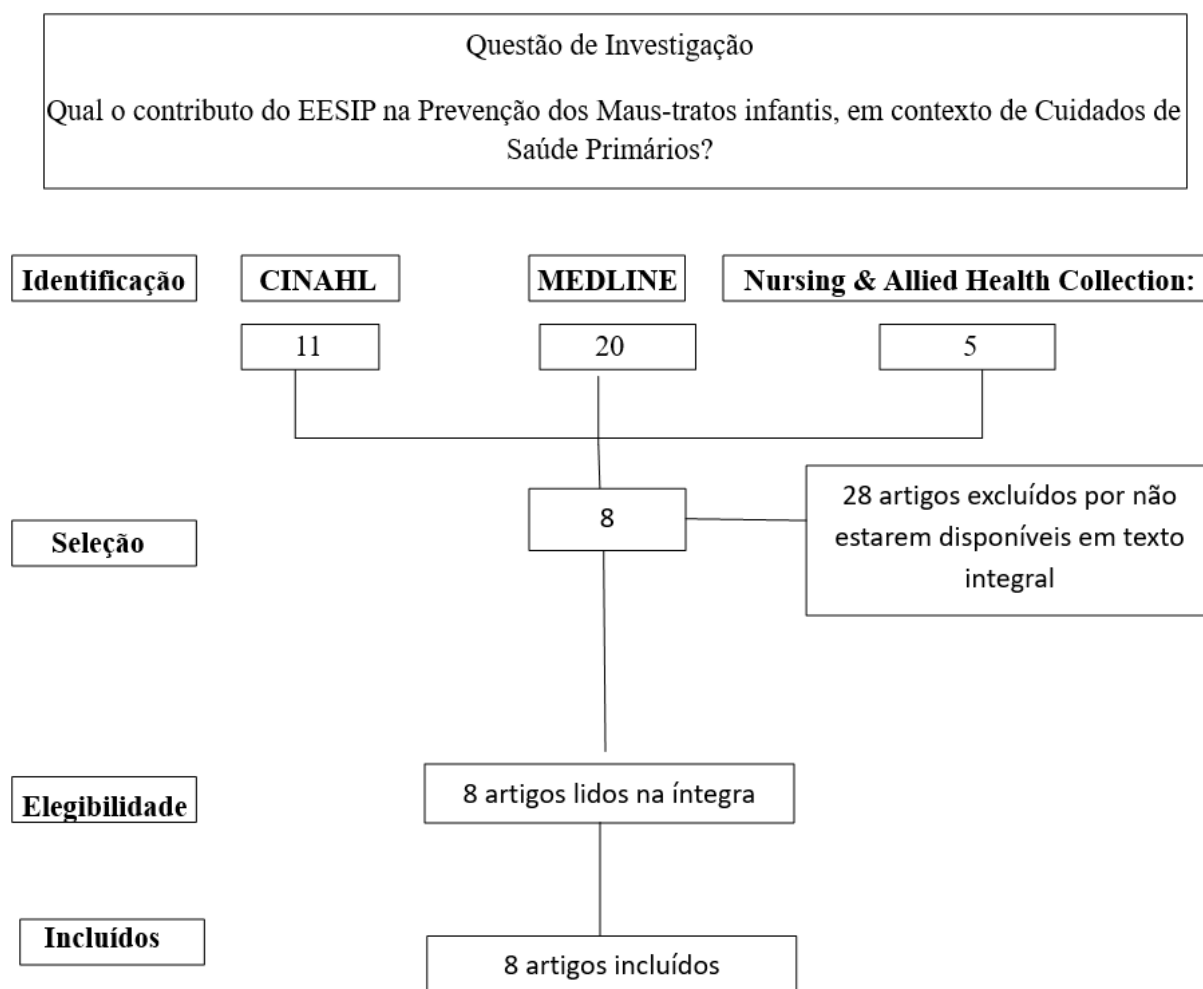
A colheita de dados foi realizada durante o mês de junho de 2023. As publicações foram pesquisadas através da EBSCO, em todas as bases de dados disponíveis, tendo sido obtidos resultados nas seguintes bases de dados: Cumulative index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL complete), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE complete), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Numa primeira fase foram estabelecidos como critérios de inclusão, artigos publicados em revistas científicas entre janeiro de 2018 até junho de 2023, sem restrição de idioma. Como critérios de exclusão não foram considerados artigos que descrevessem a abordagem de outros técnicos de saúde aos maus-tratos infantis, artigos que se relacionassem com a abordagem hospitalar dos maus-tratos infantis e artigos sobre violência ou maus-tratos sobre outros grupos que não crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, inclusive.

Na pesquisa inicial, foram encontrados um total de 36 artigos. Após leitura dos títulos e resumos, e de todos terem sido considerados de potencial interesse para o presente estudo, foi estabelecido como novo critério de inclusão a disponibilidade do texto integral online, tendo assim sido excluídos 28 artigos. Tendo como referência os níveis de evidência enunciados por Joanna Briggs Institute (2013), seis dos estudos selecionados são de nível 4.b, pois constituem estudos observacionais descritivos, um estudo representa um estudo quase-experimental encontrando-se assim no nível 2.b de evidência e um estudo pertence ao nível 1.c pois consiste num ensaio clínico controlado.

A caracterização dos estudos ocorreu após a leitura integral, contemplando os objetivos da pesquisa, amostra e principais resultados e conclusões.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos para revisão integrativa



A leitura integral permitiu a descrição dos principais resultados obtidos nos artigos incluídos.

No que concerne à discussão dos resultados, e por uma questão de sistematização de conteúdos, optou-se por dividir os resultados obtidos em três eixos: maus-tratos infantis, impacto dos maus-tratos e a prevenção dos maus-tratos Infantis. Desta forma será realizada uma apreciação qualitativa dos resultados obtidos assim como uma confrontação dos mesmos com outras referências bibliográficas atuais consideradas pertinentes à temática, tendo em vista responder aos objetivos elencados para esta revisão de literatura.

Figura 2 - Descrição dos artigos.

PROCEDÊNCIA	TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
CINAHL COMPLETE	<i>Intra-Family Violence against Children and Adolescents: The Role of Nursing</i>	Freitas et al.	2021	<i>Cuidado é Fundamental</i>	Estudo qualitativo	Os enfermeiros compreendem o que é violência intrafamiliar, os tipos de violência e como identifica-la na sua prática. Consideram que o papel do enfermeiro é ouvir e orientar os pais, notificar e acionar os órgãos responsáveis. Relatam uma fraca capacitação dos profissionais acerca desse assunto, sugerindo mais formação sobre o tema dirigida aos enfermeiros.
CINAHL COMPLETE	<i>Long term effects of child abuse: lessons for Australian paediatric nurses</i>	James, F.	2018	<i>Australian Journal of Advanced Nursing</i>	Revisão integrativa de literatura	Os enfermeiros desempenham um papel vital na identificação de crianças em risco de abuso. Várias medidas preventivas podem

						garantir a diminuição da incidência de violência, abuso e negligência de crianças, sendo a educação dos pais é referida como uma das estratégias mais eficazes.
MEDLINE COMPLETE	<i>Intimate Partner Violence and Children: Essentials for the Pediatric Nurse Practitioner.</i>	Hornor, G.	2023	Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners	Revisão integrativa de literatura	É vital que os Enfermeiros e todos os prestadores de cuidados de saúde pediátricos reconheçam que a violência doméstica entre parceiros constitui um risco acrescido para a perpetuação de maus-tratos infantis. As mães que são vítimas de violência doméstica são mais propensas a usar disciplina infantil severa e perpetrar abuso físico, agressão psicológica e negligência quando comparadas com mães

						que não são vítimas violência.
MEDLINE COMPLETE	<i>Preventing Child Sexual Abuse: Body Safety Training for Young Children in Turkey.</i>	Tunc. et al	2018a	<i>Journal of Child Sexual Abuse</i>	Ensaio clínico randomizado (RCT)	O programa <i>BodySafetyTraining</i> demonstrou ser eficaz em aumentar o conhecimento sobre a proteção contra os abusos sexuais em crianças turcas em idade pré-escolar e no desenvolvimento de uma atitude positiva em relação à discussão da sexualidade.
MEDLINE COMPLETE	Determining the Appropriateness of the “What If” Situations Test (WIST) with Turkish Pre-Schoolers	Tunc. et al	2018b	<i>Journal of Child Sexual Abuse</i>	Estudo quantitativo	A análise de fiabilidade e validade do teste <i>What If</i> , usado para avaliar as habilidades de pré-escolares em relação à autoproteção contra abuso sexual, mostrou que a adaptação do teste à cultura turca foi confiável e válida. É recomendado que o instrumento WIST

						seja utilizado por profissionais que trabalham com crianças em futuras pesquisas que visem prevenir o abuso sexual.
MEDLINE COMPLETE	GunderKids: Design of a Clinical Care Management Program for Parents With Substance Abuse and Their Newborn Children with a Focus on Preventing Child Abuse	Budzak-Garza. Et al	2018	<i>Wisconsin Medical journal : Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin,</i>	Estudo qualitativo	O programa <i>GunderKids</i> fornece orientação antecipada sobre serviços de apoio e educação parental para famílias com historial de abuso de substâncias para prevenir o abuso infantil. Os pais tornam-se mais positivos e confiantes. Deixam de ver a frequência no programa como um fardo necessário para manter a guarda parental, para desfrutar do relacionamento e confiança que se desenvolveu com a equipa e querendo

						demonstrar o quão bem estão indo e aprender mais sobre parentalidade.
MEDLINE COMPLETE	Raising the Awareness of Students in a Child Development Department regarding the Prevention of Child Sexual Abuse	Sebahat, A.	2020	<i>Journal of Child Sexual Abuse</i>	Estudo quase - experimental	Após a implementação de um programa de ensino a alunos universitários, o conhecimento da maioria dos alunos do sobre abuso sexual infantil aumentou significativamente. Uma vez que o abuso tem múltiplas dimensões, deve ser tratado por equipas multidisciplinares. Para prevenir os abusos, a sensibilização da sociedade para os direitos e abusos das crianças deve ser enfatizada.
NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE	Helping Nurses Identify and Report Sentinel Injuries of	Cleek et al.	2022	<i>Pediatric Nursing</i>	Estudo qualitativo	Uma forma dos enfermeiros protegerem as crianças dos abusos infantis é através da

	Child Abuse in Infants					identificação precoce das lesões sentinela, que consistem em hematomas inesperados e lesões intraorais em lactentes
--	------------------------	--	--	--	--	---

Resultados

Segundo os dados do estudo de Freitas et al (2021), realizado a um grupo de enfermeiros, com uma faixa etária entre 32 e 47 anos, com tempo de profissão a variar entre 9 e 26 anos, e a trabalhar em Unidades Básicas de Saúde, demonstrou-se que os profissionais evidenciavam compreender a violência intrafamiliar, os tipos de violência existentes e como identificá-la na sua prática. Ficou evidente que, de acordo com a opinião dos enfermeiros entrevistados, há insuficiente capacitação dos profissionais acerca deste assunto, pelo que é sugerido mais formação sobre a temática. Os autores referem a violência física, psicológica e sexual como as formas mais relevantes de abusos infantis, referindo a violência contra crianças como um fenómeno praticado na maior parte das situações em contexto familiar, sendo os principais agressores os próprios pais e outros familiares próximos à criança. De acordo com o artigo a violência contra a criança origina traumas, implicando sérias consequências durante a sua vida adulta.

De acordo com Freitas et al (2021) os enfermeiros possuem diversas oportunidades na sua prática clínica para detetar os casos de violência intrafamiliar na criança e adolescente, por meio das consultas de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. No âmbito dos cuidados de saúde primários reiteram que o enfermeiro deve planear ações de promoção da saúde e de prevenção de práticas parentais violentas, inseridas em contexto de equipa multidisciplinar.

James (2018) refere no seu artigo que os enfermeiros desempenham um papel vital na identificação de crianças em risco de abuso. Este é definido pelo autor como um ato de intencionalmente fazer mal à criança, podendo ser empregue no domínio físico, verbal e/ou sexual.

Alguns fatores de risco para a perpetuação de maus tratos infantis são explanados, nomeadamente fatores ambientais e demográficos relacionados com pobreza, socialização inadequada, diminuição das redes de apoio familiar, pais que sofreram maus tratos na sua infância, problemas de saúde mental dos pais e abuso de substâncias psicoativas pelos cuidadores.

No que se refere ao impacto dos abusos infantis são descritas várias consequências na saúde física e psicológica das vítimas. Os autores abordam o aumento do risco de ocorrência de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio, depleções da memória e da capacidade de aprendizagem, maior risco para desenvolvimento de distúrbios do humor, ansiedade, transtorno bipolar, depressão, abuso de substâncias e adoção de comportamentos delinquentes.

Várias medidas preventivas são apontadas como estratégias eficazes na diminuição da incidência de abuso e negligência infantil, sendo a educação dos pais a estratégia mais recomendada.

Na opinião de Horner (2023), os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica assim como outros prestadores de cuidados de saúde pediátricos devem reconhecer que a violência doméstica entre parceiros constitui um fator de risco acrescido para a perpetuação de maus-tratos infantis. De acordo com o artigo, as mães que são vítimas de violência doméstica são mais propensas a usar disciplina infantil severa e perpetrar abuso físico, agressão psicológica e negligência com os seus filhos quando comparadas com mães que não são vítimas de violência. Neste sentido, é recomendado o rastreio universal de todas as famílias em contexto de violência intrafamiliar para a perpetuação de maus tratos infantis.

No que respeita ao impacto da exposição à violência entre parceiros nas crianças, são referidos atrasos neurológicos, especificando-se o atraso na linguagem, e depressão infantil. Na idade adulta, Horner (2023) reitera que as crianças que testemunharam violência doméstica entre os seus pais apresentam maior risco de adotarem comportamentos de risco, nomeadamente tabagismo, múltiplos parceiros sexuais, sexo desprotegido, abuso de substâncias e perpetuação de violência contra parceiros amorosos na adolescência. São também referidos impactos ao nível da saúde física, como o aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardíacas, cancro, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crónica.

Segundo Tunc et al (2018a), o abuso sexual de crianças é um problema de saúde pública que afeta o desenvolvimento físico e psicossocial das crianças, resultando em distúrbios físicos e mentais a curto e longo prazo.

É referido que a maior parte dos casos são perpetrados por pessoas que a criança conhece, o que acarreta maior dificuldade de as vítimas reconhecerem as situações de abuso. De acordo com os autores é necessário intervir no sentido de as crianças em idade pré-escolar adquirirem conhecimentos básicos sobre o seu corpo e sobre como se proteger contra os abusos sexuais. Neste sentido é salientada a importância da implementação de programas de formação para a aquisição destas competências durante os anos pré-escolares, nomeadamente no contexto escolar.

O programa BodySafetyTraining, programa educacional que visa a educação de crianças sobre habilidades de autoproteção em relação aos abusos sexuais foi aplicado a um total de 40 crianças (grupo experimental). O grupo de controle foi composto por 43 crianças. Os autores afirmam que a implementação do programa foi eficaz em aumentar o

conhecimento sobre a proteção contra os abusos sexuais em crianças turcas em idade pré-escolar e no desenvolvimento de uma atitude positiva em relação à discussão da sexualidade (Tunc et al, 2018a).

Considerando Tunc et al (2018b), para além do investimento em programas que forneçam às crianças em idade pré-escolar habilidades relacionadas à segurança corporal, para proteção contra abusos sexuais, é imperativo a validação e utilização de ferramentas de avaliação dos programas cientificamente válidas e confiáveis.

O 'What If Situations Test' (WIST) desenvolvido por Wurtele et al (1998) mede o conhecimento das crianças sobre segurança corporal para prevenção de abuso sexual, habilidades para autoproteção e suas atitudes em relação à sexualidade. A análise de fiabilidade e validade do teste mostrou que a adaptação do teste à cultura turca foi confiável e válida, sendo recomendado pelos autores que o instrumento seja utilizado por profissionais que trabalham com crianças em futuras pesquisas que visem prevenir o abuso sexual.

Tendo em conta Budzak-Garza et al. (2018), os pais com problemas de abuso de substâncias têm quatro vezes menos probabilidade de procurar cuidados infantis para os seus filhos do que pais sem esta problemática. Este facto deve-se essencialmente ao medo de serem julgados, impedindo-os de procurar cuidados de saúde regulares ou de aceitar apoio dos recursos comunitários. Neste sentido os programas que enfatizam o estabelecimento de relações de confiança e apoio com os profissionais de saúde podem incentivar estes pais a recorrerem aos serviços.

De acordo com os autores, o programa GunderKids tem como objetivo fornecer orientação antecipada para famílias em risco, com o objetivo de prevenir o abuso infantil. O programa distingue-se dos cuidados de saúde de rotina, uma vez que proporciona mais consultas agendadas durante o primeiro ano de vida do bebé. As consultas ocorrem nas unidades de saúde e não no domicílio por entenderem que nesse contexto as famílias sentir-se-iam mais vulneráveis com a presença dos profissionais. Nas consultas são analisadas as tensões atuais da família, fomentado o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e o comportamento infantil e discutidas ferramentas para lidar com questões de alto risco no desenvolvimento infantil. A equipe trabalha com a família para quebrar maus hábitos, como o uso de linguagem inapropriada, e para identificar atividades contraproducentes para uma boa parentalidade.

De acordo com os autores, o programa é benéfico na construção de relações positivas e de confiança entre os pais e os profissionais de saúde, tornando-os mais positivos e confiantes no exercício da parentalidade.

Segundo Sebahat (2020) apesar dos abusos sexuais infantis serem reconhecidos como um grave problema de saúde pública é difícil determinar a sua frequência exata porque, na sua maioria, não são denunciados. Os abusos sexuais são perpetuados maioritariamente por familiares em quem a criança confia. Como se tratam habitualmente de pessoas com uma relação de proximidade, as crianças tendem a ir a qualquer lugar com tal indivíduo, com ou sem o conhecimento da família.

Os impactos deste tipo de abuso infantil são referidos ao nível de problemas físicos, emocionais e comportamentais significativos na transição para a idade adulta.

O autor aponta o período pré-escolar como um período crítico, no qual as crianças não possuem conhecimentos nem competências necessárias para se protegerem de potenciais abusos. Neste sentido, são recomendados programas de prevenção do abuso sexual, que envolvam pais, professores e crianças em contexto de instituições de ensino pré-escolar.

Na opinião de Sebahat (2020) os profissionais que trabalham diretamente com crianças, como é o caso dos enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, devem proporcionar educação aos pais sobre questões como a proteção dos filhos e práticas saudáveis de educação dos filhos. A fim de desenvolver programas de formação eficazes sobre abuso infantil, é necessária a colaboração entre especialistas, numa ação conjunta e multidisciplinar.

Cleek et al. (2022) afirma que os enfermeiros têm a responsabilidade de proteger e promover a saúde das crianças. Uma forma de as proteger e promover a sua saúde imediata e ao longo de toda a vida é identificar e comunicar suspeitas de abuso infantil. As lesões sentinela, em particular, consistem em hematomas inesperados e lesões intraorais em lactentes. Estas, oferecem aos enfermeiros uma das primeiras oportunidades para identificar e comunicar suspeitas de abuso infantil. As lesões sentinela em lactentes que ainda não andam são raros pois a sua falta de mobilidade previne lesões autoinfligidas acidentalmente. Este tipo de lesões é frequentemente negligenciado tanto pelos pais quanto pelos profissionais de saúde como lesões triviais. O termo lesões sentinela foi adotado para descrever a importância dessas lesões precoces como sinais de alerta de possível abuso e para mudar a forma como enfermeiros e outros profissionais de saúde reagem aquando da sua identificação. Embora a notificação destas lesões possa ser intimidante para os enfermeiros, esse processo pode ser facilitado quando os enfermeiros as reconhecem como potenciais sinais de abuso infantil e comunicam essas preocupações de forma eficaz com os familiares e restante equipa multidisciplinar.

Discussão

Os artigos analisados são unânimes ao definir maus tratos infantis como quaisquer atos de, intencionalmente, causar dano à criança por uma ou mais pessoas em posição de poder ou autoridade em relação à criança. Os perpetradores de maus tratos infantis são, na maioria dos casos, os próprios pais ou outros familiares próximos (James, 2018; Freitas et al, 2021).

No que concerne aos tipos de maus tratos mais frequentemente abordados nos artigos analisados, estes referem-se maioritariamente aos maus-tratos do domínio físico, psicológico, sexual e negligência parental (Budzak-Garza et al, 2018; James, 2018; Tunk. Et al, 2018a; Moreira et al, 2021; Freitas et al, 2021; Hornor, 2023). Este achado vai de encontro com Hockenberry e Wilson (2011) e Santos (2015), embora alguns autores incluam ainda a Síndrome do bebé sacudido como um subtipo dos abusos físicos e a Síndrome de Munchausen por Procuração, como uma das formas graves de abuso infantil, no qual os cuidadores deliberadamente exageram ou inventam histórias e sintomas, submetendo as crianças a exames e tratamentos exaustivos e por vezes desnecessários (Hockenberry & Wilson, 2011).

Mais recentemente e enquadrado como um subtipo dos maus tratos físicos, alguns autores como Vega (2021), Hornor (2022), Correia (2022) e IAC (2023) referem os castigos corporais como um dos tipos de maus tratos infantis a considerar e combater, embora estes não tenham sido abordados nos artigos considerados nesta revisão.

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, a proibição dos castigos corporais a crianças encontra-se expressa designadamente nos artigos 19.º e 37º. A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 25.º limita de forma clara quaisquer uso de maus-tratos, afirmando-se no seu nº1 que a integridade moral e física das pessoas é inviolável (IAC, 2023).

Não obstante serem expressamente proibidos pela lei penal Portuguesa desde 2007, os castigos físicos continuam a ser desvalorizados e tolerados socialmente. Quer a nível da família, quer noutros contextos, ainda persistem ideias relacionadas com a chamada “palmada pedagógica”, parecendo existir ainda a convicção de que se educa batendo (IAC, 2023).

De acordo com Salvaterra e Chora (2022), três em cada dez pessoas em Portugal (30%) consideraram poder usar-se castigos corporais em crianças. Relativamente às práticas educativas utilizadas, cerca de 45% referem utilizar regularmente práticas inadequadas como ameaçar ou gritar e 4% dos participantes indicaram recorrer frequentemente a castigos

corporais. Não obedecer ou desafiar os adultos, ser “malcriado” e não cumprir com as regras da família foram reportadas como sendo as situações que mais justificam o uso de castigos corporais. Dos participantes entrevistados, 28% dos que trabalham com crianças consideraram poder usar-se castigos corporais em crianças.

Relativamente ao impacto dos maus tratos na saúde e desenvolvimento das crianças e jovens, são reiteradas implicações a nível da saúde mental e física ao longo de toda a vida de crianças sujeitas a maus-tratos. No âmbito da saúde mental são referidas as perturbações da autoimagem (Freitas et al, 2021), diminuição da autoestima, perturbação da memória e da aprendizagem, depressão, ansiedade, distúrbios do humor, hipersensibilidade, stress pós-traumático, maior tendência para abuso de substâncias psicoativas, delinquência e mendicância (James, 2018), atraso da linguagem (Hornor, 2023) e maior tendência para adoção de condutas agressivas (Budzak-Garza et al., 2018). No que concerne ao impacto na saúde física são referidas alterações no sistema cardiovascular devido à taquicardia e hipertensão persistentes, aumentando o risco de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio assim como alterações epigenéticas associadas aos altos níveis de stress vivenciados de forma sistemática (James, 2018).

Os achados vão de encontro com Vega (2021) que reitera que crianças que sofreram algum tipo de violência durante infância não são adequadamente estimuladas para o desenvolvimento da sua inteligência emocional, apresentando mais frequentemente medo, desconfiança, mau comportamento, maior tendência a realizar atos delituosos, a ter problemas de conduta, a consumir substâncias nocivas, a possuir menos aptidões sociais, a fracassar academicamente, e na idade adulta possuem maior tendência para elevados níveis de frustração, ressentimento e baixa autoestima.

Correia (2022) defende que as punições físicas e/ou verbais são contraproducentes. Apesar do seu objetivo ser a alteração dos comportamentos indesejados da criança, para isso ela necessita de ser capaz de se autorregular e autocontrolar, ou seja, ser capaz de gerir as suas emoções e pensamentos para que estes se traduzam em comportamentos diferentes. As punições, contudo, ativam os mecanismos de sobrevivência da criança, estimulando a produção de cortisol e despoletando uma série de respostas fisiológicas que permitem a criança lidar com o stressor (punição) quer através de respostas de “fuga” ou “congelamento”. Descargas sistemáticas de cortisol resultantes de punições sucessivas prejudicam o desenvolvimento de ligações cerebrais essencialmente ao nível do córtex pré-frontal, área responsável pelo desempenho cognitivo e gestão emocional, pelo que a criança

terá cada vez mais dificuldade em gerir as suas emoções e pensamentos, o que se poderá traduzir num maior número de comportamentos indesejados, incitando novas punições.

Para além das consequências físicas, emocionais e comportamentais dos maus-tratos infantis, James (2018) evidenciou como os abusos e a negligência de crianças estão associados a enormes encargos económicos para a sociedade. Os custos diretos relacionam-se com a hospitalização de crianças feridas, o acompanhamento psicológico das vítimas, o funcionamento de um sistema de proteção social e os custos do sistema jurídico. Os custos indiretos correspondem aos custos associados às consequências do abuso e da negligência, tais como os serviços de educação especial e os serviços de intervenção precoce. A delinquência juvenil, o comportamento criminoso de adultos, o tratamento das dependências, e a condição de sem-abrigo de adolescentes/adultos são também contabilizados nos custos indiretos.

Estas ilações são reforçadas por Hockenberry e Wilson (2011) que referem que comportamentos desadaptativos e autodestrutivos na adolescência tais como as tentativas de suicídio, podem ser favorecidos pelo historial de negligência e abuso parental, expectativas parentais excessivamente altas, e/ou outros conflitos familiares.

Por fim, e de forma a responder à questão de investigação definida foram analisadas as ilações dos artigos analisados sobre as intervenções recomendadas para prevenção dos maus tratos infantis em contexto de cuidados de Saúde Primários.

Uma das intervenções abordadas passíveis de contribuir para a prevenção dos maus tratos infantis, em contexto de cuidados de saúde primários, prende-se com a identificação das famílias com risco acrescido para a perpetuação de violência contra a criança. Desta forma, é possível os enfermeiros planearem e adotarem medidas personalizadas a cada família (Hornor, 2023).

De acordo com os artigos de James (2018) e Hornor (2023) algumas características sociofamiliares constituem fatores de risco para a perpetuação de maus tratos infantis tais como situações de disfunção familiar, violência doméstica, abuso de substâncias e problemas de saúde mental parental. Estes resultados corroboram as ilações de Santos (2015) que refere que situações que propiciam a desorganização e a falência da família para cumprir o seu papel, como as doenças mentais graves, o alcoolismo, abuso de substâncias, pobreza e outras formas de exclusão social constituem situações de risco para a perpetuação dos abusos infantis.

Hockenberry e Wilson (2011) abordam ainda outros fatores de risco que não constam dos artigos analisados, associados a características parentais, nomeadamente

famílias monoparentais, famílias com menor rede de suporte, pais com baixa autoestima, pais que cresceram com modelos fracos do papel parental, pais que sofreram maus tratos infantis. As autoras descrevem ainda fatores de risco associados a características das crianças, nomeadamente lactentes e crianças pequenas devido á alta demanda de cuidados, crianças não desejadas pelo casal, crianças com necessidades especiais e recém-nascidos prematuros.

Após a identificação do risco acrescido para a perpetuação dos abusos infantis, e de acordo com alguns artigos desta revisão, são recomendadas medidas preventivas como o agendamento de consultas de vigilância de saúde com maior periodicidade, a avaliação das práticas parentais utilizadas junto dos pais e crianças (Budzak-Garza et al, 2018; Hornor, 2023;) assim como a monitorização rigorosa de sinais e sintomas suspeitos, nomeadamente as lesões sentinela, que poderão ser diagnosticadas aquando da anamnese e exame físico realizado à criança (Freitas et al, 2021; Cleek et al., 2022).

As intervenções recomendadas vão de encontro com Hockenberry e Wilson (2011) ao referirem que uma história e entrevista cuidadosa combinadas com um exame físico completo são as ferramentas diagnósticas necessárias para identificar os abusos infantis. Os autores referem ainda que frequentemente os especialistas direcionam a entrevistas para questões relacionadas com a saúde física e mental da criança ficando os assuntos relacionados com práticas disciplinares por aferir.

De acordo com a pesquisa, outra das atribuições primordiais dos enfermeiros na atenção primária à prevenção dos maus tratos infantis relaciona-se com o planeamento e implementação de programas de educação para a saúde direcionados a pais, crianças e profissionais que lidam diariamente com crianças e jovens. Estes programas devem ser realizados com contributos da equipa multidisciplinar e envolvendo outros sectores, nomeadamente o social e o escolar (James, 2018; Freitas et al, 2021).

A Educação dos pais é particularmente enfatizada, uma vez que a escassez de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil pode propiciar a prática de maus-tratos infantis, principalmente quando existem expectativas parentais irrealistas sobre os marcos e competências de cada estágio etário da criança. Frequentemente seguem-se os castigos físicos quando os filhos não apresentam o desempenho ou comportamento esperado pelos adultos. Intervenções educativas na família com ênfase no desenvolvimento infantil, psicoeducação, comunicação intrafamiliar, mecanismos de enfrentamento e práticas parentais saudáveis são recomendadas, de forma a garantir que os pais não convertem a sua frustração em comportamentos agressivos (James et al, 2018; Sebahat, 2020).

As recomendações supracitadas vão de encontro com as recomendações da OMS ao advertirem para a implementação de programas multisectoriais para a prevenção da violência contra crianças, nomeadamente através da intervenção dos profissionais de saúde na promoção da disciplina positiva, da comunicação próxima entre eles e as crianças e das interações positivas entre pais/cuidadores e a criança (OMS, 2016).

De acordo com o Conselho Europeu (2006) os pais deverão ser encorajados a tornar-se mais conscientes da natureza do seu papel, dos direitos das crianças, das responsabilidades e obrigações derivadas destes e dos seus próprios direitos. Nesse sentido, deverão ser preparadas orientações amplas e programas específicos para apoiá-los em situações de vida desafiantes, resolução de conflitos, gestão da raiva através de abordagens não-violentas e técnicas de mediação. Deverão ser promovidos programas de prevenção relacionados com diferentes formas de maus-tratos a crianças e os pais deverão ser consciencializados sobre este sério problema e sobre as suas consequências no desenvolvimento da criança. Também as crianças deverão ser ensinadas sobre os seus direitos e obrigações, de modo a conhecerem o conceito de parentalidade positiva e do que significa para elas.

Os Enfermeiros devem incentivar os pais ou outros cuidadores a seguir linhas de conduta positivas na educação das crianças, nomeadamente: Respeitar a fase de desenvolvimento da criança e os tipos de aprendizagem que ela está a explorar em cada fase etária; Adequar a disciplina ao estado de desenvolvimento da criança; Ajudar a criança a compreender o(s) motivo(s) pelos quais ela está a agir de determinado modo, de forma a ajudá-la a compreender-se a si própria; Adaptar a disciplina às características individuais de cada criança; Ser exemplo de comportamento, demonstrando maneiras saudáveis de lidar com conflitos; Considerar a opinião da criança; Abolir os castigos físicos, pois quando os pais/cuidadores agem de modo agressivo demonstram que acreditam na força e na agressão física; Demonstrar amor incondicional e respeito pela criança, independentemente do seu comportamento e da necessária imposição de limites (Brazelton, 2018; Vega, 2021; Correia, 2022; Övén, 2022).

No que respeita aos abusos sexuais infantis a pesquisa efetuada evidenciou a necessidade de investir na promoção da educação sexual de crianças desde a idade pré-escolar. De acordo com os resultados obtidos, os pais devem ser aconselhados a ensinar a nomenclatura correta para os órgãos sexuais. As crianças que não conhecem os termos corretos das várias partes do seu corpo tendem a apresentar maior dificuldade em identificar os abusos sexuais, sendo ainda defendido que os abusadores sexuais de crianças tendem a

evitar crianças que demonstram ter recebido educação sexual (Tunk. Et al, 2018a; Sebahat, 2020).

Hockenberry e Wilson (2011) partilham da ideologia que a prevenção dos abusos sexuais infantis deve centralizar-se na educação das crianças e dos seus pais/educadores. Reiteram a importância de os pais prestarem atenção rigorosa a quem presta cuidados às suas crianças, uma vez que parentes e amigos podem constituir os agressores, de apoiarem o direito da criança em estabelecer limites e dizer não a manifestações de afeto indesejadas, a estimularem a comunicação aberta com a criança, levando a sério as suas queixas e manifestações, a preparar as crianças sobre a forma como lidar subornos ou possíveis ameaças e a ensinar as crianças sobre toques inapropriados e como deverão proceder caso ocorram. É ainda recomendado que os enfermeiros incluam informações sobre violência sexual quando abordam questões relacionadas com a segurança da criança, estimulem as escolas ou colaborem com as mesmas no fornecimento de informações sobre violência sexual enquanto problema de saúde e segurança da infância.

Por último, a pesquisa realizada apontou para a necessidade sentida pelos próprios enfermeiros, em ser fomentada mais formação sobre a problemática dos maus-tratos infantis, sua identificação, notificação e prevenção. Neste sentido, é recomendado que conteúdos específicos sobre o fenómeno sejam adicionados ao currículo do ensino universitário dos profissionais que trabalham diretamente com crianças e suas famílias, de forma que estes sejam melhor preparados para dinamizar programas de educação para a saúde e aumentar a literacia da população sobre esta questão (James, 2018; Sebahat, 2020; Freitas et al, 2021; Cleek et al., 2022).

Conclusão

O Contributo do EESIP na prevenção dos maus tratos infantis em contexto de cuidados de Saúde Primários é deveras abrangente. Este profissional de Saúde possui a responsabilidade ética e deontológica de defender os direitos humanos básicos, o que inclui obviamente o respeito pelos direitos de todas as crianças, jovens e seus familiares, nomeadamente o direito de viver uma vida livre de qualquer forma de violência.

As competências específicas do EESIP elencadas no Regulamento n.º 422/2018, tornam-no num profissional habilitado a reconhecer o percurso normal de desenvolvimento das crianças e jovens assim como os desafios familiares decorrentes desses marcos de desenvolvimento, sendo ainda capaz de reconhecer fatores que podem incorrer em desvios

ao desenvolvimento infanto-juvenil normal, nomeadamente a perpetuação de maus-tratos infantis.

Para além de conhecer a abrangência dos diferentes tipos de maus-tratos infantis existentes, de reconhecer sinais e sintomas de abusos infantis, de identificar famílias em maior risco de perpetuação de abusos infantis, de acompanhá-los com maior regularidade e de denunciar as suspeitas de maus-tratos às instâncias competentes com intuito principal de prevenir novas situações de abuso, estes profissionais detêm a responsabilidade de agir como agentes promotores de saúde, planeando, implementando e avaliando programas de intervenção nas comunidades que sensibilizem a população para a problemática em estudo.

A etiologia dos maus-tratos infantis é multidimensional pelo que, a sua prevenção implica uma abordagem multisectorial. Assim, o EESIP deverá desempenhar um papel dinamizador, de acessoria nas equipas de saúde, e de elo de ligação entre as diferentes instâncias com relevo na prevenção da violência infantil. Dentro do sector da Saúde, várias especialidades são úteis para uma abordagem integral à violência contra a criança, pelo que o EESIP deverá procurar estabelecer pontes de comunicação e interligação com outros profissionais da equipa multidisciplinar, como os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, psicólogos, médicos e assistentes sociais, de modo a integrá-los em programas de intervenção na Parentalidade, com vista a promoção da Parentalidade Positiva como estratégia para o combate ao flagelo dos maus-tratos infantis.

Colaboradores

O autor Cláudia Pereira participou da conceção do projeto, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. O coautor Olívia Barcelos participou da conceção do projeto e na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do artigo.

Referências Bibliográficas

Australian Confederation of Paediatric and Child Health Nurses (2006). *Competencies for the specialist paediatric and child health nurses*. <https://www.accypn.org.au/wp-content/uploads/competencies.pdf>

Brazelton, T. B. (2018). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (8ª ed). Editorial Presença.

- Budzak-Garza, A. E., Allmon Dixon, A. L., Holzer, R. A., Lillard-Pierce, K. E., & Devine, C. J. (2018). GunderKids: Design of a clinical care management program for parents with substance abuse and their newborn children with a focus on preventing child abuse. *WMJ: Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 117(1), 29–33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29677412/>
- Cleek, E. A., Totka, J. P., Sheets, L. K., Mersky, J. P., & Haglund, K. A. (2022). Helping nurses identify and report sentinel injuries of child abuse in infants. *Pediatric Nursing*, 48(3), 123–128. <https://uwm.edu/icfw/helping-nurses-identify-and-report-sentinel-injuries-of-child-abuse-in-infants/>
- Conselho Europeu. (2006). *Recomendação REC (2006)19*. Comissão Nacional de Promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomenda%C3%A7%C3%A3o+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94>
- Correia, C. M., Pereira Gomes, N., Freire Diniz, N. M., Sena de Andrade, I. C., Costa Romano, C. M., & Santos Rodrigues, G. R. (2019). Violência na infância e adolescência: história oral de mulheres que tentaram suicídio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1525–1532. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>
- Correia, T. (2022). *Laboratório de emoções: Um Livro para pais, educadores e crianças*. Oficina do Livro
- Freitas, R. J., Lindaray Fonseca de Lima, C., de Moraes Costa, T. A., de Sousa Barros, A., Abreu de Moura, N., & Macêdo Monteiro, A. R. (2021). Intra-family violence against children and adolescents: The role of nursing. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 13(1), 1154–1160. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8822>
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). Elsevier.
- Hornor, G. (2022). Child maltreatment prevention: essentials for the pediatric nurse practitioner. *Journal of Pediatric Healthcare*, 36(2), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.09.006>

- Hornor, G. (2023). Intimate partner violence and children: Essentials for the pediatric nurse practitioner. *Journal of Pediatric HealthCare*, 37(3), 333–346. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2022.12.007>
- Instituto de Apoio à Criança. (2023). *Nem mais uma palmada!*. <https://iacrianca.pt/nem-mais-uma-palmada/>
- James, F. (2018). Long term effects of child abuse: Lessons for Australian paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 42–51. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue4/5James.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *JBIR Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2016). *Inspire – sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565356>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Cuidados de saúde primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Övén, M. (2022). *Educar com Mindfulness: Guia de parentalidade Consciente para pais e educadores* (10ª Ed). Porto Editora.
- Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) (19192-19194). [Consultado a 11 de Julho de 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.
- Salvaterra, F., Amaral, R. & Chora, M. (2022). *Será que uma palmada resolve? O que pensa a sociedade sobre os castigos corporais*. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/dados-do-estudo-sera-que-uma-palmada-resolve-o-que-pensa-a-sociedade-sobre-os-castigos-corporais.pdf>

- Santos, M.C. (2015) *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir* (2.^a ed). Edições Sílabo.
- Sebahat, A. (2020). Raising the Awareness of Students in a Child Development Department regarding the Prevention of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(7), 821–835. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1825147>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*, 2, 17-26. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311>
- Tunc, G., Gorak, G., Ozyazicioglu, N., Ak, B., Isil, O., & Vural, P. (2018a). Preventing Child Sexual Abuse: Body Safety Training for Young Children in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(4), 347–364. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477001>
- Tunc, G., Gorak, G., Ozyazicioglu, N., Ak, B., Isil, O., & Vural, P. (2018b). Determining the Appropriateness of the “What If” Situations Test (WIST) with Turkish Pre-Schoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(3), 292–304. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425947>
- Vega, G.L. (2021). *Castigar não é educar* (2^a ed.). La Esfera de los libros.

ANEXOS

**ANEXO A – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO SEMINÁRIO “A
IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA
PARENTALIDADE: UM CAMINHO PARA A MUDANÇA”.**

Certificado de Presença

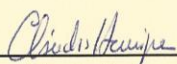
Certifica-se que

CLÁUDIA PEREIRA

esteve presente no Seminário “A importância da avaliação e intervenção na Parentalidade: Um Caminho para a Mudança!”, organizado pelo Centro da Mãe - Associação de Solidariedade Social em parceria com o Centro de Investigação em Estudos Regionais e Locais, realizado no dia 27 de janeiro de 2023, na Universidade da Madeira, com a duração total de 7 horas.

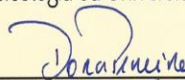
Funchal, 27 de janeiro de 2023

A Presidente da Direção
do Centro da Mãe



(Cláudia Henriques)

A Coordenadora do Departamento
de Psicologia da Universidade da Madeira



(Dora Pereira)



ANEXO B – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO FACE ÀS BIRRAS NA INFÂNCIA



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Cláudia Sofia Gonçalves Abreu Pereira titular do número de identificação 13650259 válido até 23/09/2030, concluiu com aproveitamento e classificação de excelente, 20 valores, o curso de Formação Profissional:

ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO FACE ÀS BIRRAS NA INFÂNCIA

que decorreu em 5 e 12 de abril com a duração de 6 horas.

Funchal, 28 de abril de 2023

A Responsável pela Entidade Formadora Certificada


AIPES
Associação de Investigação e Promoção da Economia Social

Marisa Nóbrega

Certificado nº005/2023 de acordo com o modelo publicado

Portaria nº474/2021, de 8 de julho.



Entidade Formadora Certificada
ÁREAS DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
Portaria nº 556/2005 de 16 de março
IME 142, 311, 342, 344, 346, 481, 482, 728, 768, 769, 812