



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**Relatório de Estágio**

**Criança em risco ou vítima de maus tratos:**  
**intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade**

Child at risk or victim of abuse:  
nursing intervention in parental support

**Inês Isabel Martins Henriques Figueiredo**

---

**Lisboa**  
**2024**



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**Relatório de Estágio**

**Criança em risco ou vítima de maus tratos:**  
**intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade**

Child at risk or victim of abuse:  
nursing intervention in parental support

**Inês Isabel Martins Henriques Figueiredo**

Orientadora: Professora Doutora Joana Rita Guarda Da Venda  
Rodrigues

---

**Lisboa**  
**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## Agradecimentos

No término desta jornada académica, pretendo demonstrar a minha profunda gratidão a todos que contribuíram para a sua concretização. Com a vossa ajuda, alcancei a realização de mais um objetivo profissional, conciliando a vida pessoal e profissional, numa gestão, por vezes muito difícil de conciliar.

Ao meu marido e ao meu filho por serem o meu principal pilar, não só, nesta jornada académica, mas sempre.

À minha família, por todo o apoio e persistência que foi demonstrado no decorrer deste percurso.

Aos meus amigos pela amizade, motivação e incentivo.

Às orientadoras por toda a disponibilidade, paciência e partilha de conhecimentos ao longo do meu percurso.

Aos meus colegas de trabalho, que me permitiram agilizar turnos de modo a se tornar possível a concretização desta jornada.

À Professora Doutora Joana Rodrigues, na qualidade de professora orientadora, pela sua orientação, sapiência, confiança, disponibilidade e partilha de conhecimentos.

A todos os colegas do 1º Curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pelos desabafos, pelos esclarecimentos de dúvidas, pelas aprendizagens e partilhas que se tornaram ferramentas essenciais ao longo deste percurso académico.

## Siglas e Abreviaturas

### Siglas

APA - *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPDPJ - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO - Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDP - Hospital de Dia de Pediatria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ICN - *International Council of Nurses*

IP - Internamento de Pediatria

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNV - Programa Nacional de Vacinação

*PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

SRPD - Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCEN – Unidade Cuidados Especiais Neonatais

UCEP – Unidade Cuidados Especiais Pediátricos

UCI - Unidade de Cuidados Intermédios

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos  
UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados  
UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração  
UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário  
UNICEF - *United Nations Children's Fund*  
USF - Unidade de Saúde Familiar

## **Abreviaturas**

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

ed. – edição

Ed. (Eds.) – Editor(es) (editor[s])

et al. – et alii (e outros)

p. – página

Vol. – Volume

## Resumo

A criança em situação risco ou vítima de maus tratos constitui uma problemática complexa, representando uma preocupação considerável no seu desenvolvimento e uma grave violação dos direitos humanos. Destaca-se a importância de intervenções de enfermagem voltadas para a prevenção, proteção das crianças e apoio à parentalidade, prevenindo as consequências devastadoras para as crianças e suas famílias.

Face ao exposto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) destaca-se como referência na prevenção, intervenção e referenciação de casos de maus tratos. O EEESIP intervém na prestação de cuidados a um nível avançado, com segurança, competência e foco, promovendo a parentalidade nos diversos contextos da prática de cuidados.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, e as filosofias de Cuidados Não Traumáticos e Cuidados Centrados na Família são alguns dos referenciais mobilizados e que sustentam o presente relatório.

O percurso metodológico adotado para a concretização do projeto baseia-se no referencial técnico-científico da disciplina de enfermagem, assim como na formação reflexiva e na aprendizagem experiencial adquiridas ao longo dos diversos estágios, desenvolvendo competências como EEESIP. Com recurso à metodologia de projeto, foram estabelecidos objetivos específicos e delineadas atividades para cada local de estágio.

Neste âmbito, foram implementadas atividades destinadas a promover a vinculação, a capacitação parental, a sensibilização para o fenómeno dos maus tratos, bem como da importância do brincar como promotor de um desenvolvimento infantil saudável.

Este percurso propiciou a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências como EEESIP, permitindo assim, contribuir concomitantemente para a contínua melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e à família.

**Palavras chave:** Maus-Tratos Infantis; Parentalidade; Criança; Enfermagem Pediátrica

## **Abstract**

A child who is at risk or who is a victim of child abuse is a complex network of problems, posing a considerable concern in his development, as well as being a serious violation of humans rights. In this framework we highlith the importance of nurse intervention centred in prevention, child protection and parenting support, preventing the devastating consequences for both children and their families.

Exposed to this reality, the Nurse Specialist in Paediatric and Child Health (EEESIP) is a reference for the prevention, intervention and referral of cases of child abuse. The EEESIP provides a higher level of care with safety, competency and focus, promoting parenting in the diverse contexts of childcare practices.

The Neuman Systems Model, Anne Casey's Nursing Model, the Non-Traumatic Care and Family Centred Care philosophies are some of the references we mobilised to provide the background for this report.

The methodology course adopted in the realization of this project is based in the technical-scientific reference of the nurse discipline, as well as in the reflexive training and experiential learning acquired through the various internships, developing competencies as an EEESIP. Using a project-based methodology, specific objectives were established and activities outlined for each internship site.

In this context, activities were implemented to promote attachment, parental empowerment, awareness of the phenomenon of abuse and its long-term repercussions, as well as to highlight the importance of play as a facilitator of healthy child development.

This process fostered the acquisition of knowledge and the development of skills as an EEESIP, thereby contributing simultaneously to the ongoing improvement of the quality of care provided to children and families.

**Key words:** Child abuse; Parenting; Child; Pediatric Nursing

# Índice

|                                                                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introdução .....                                                                                                                                                                       | 10 |
| 2. Enquadramento Teórico.....                                                                                                                                                             | 14 |
| 2.1. Cuidado de enfermagem à criança e família .....                                                                                                                                      | 14 |
| 2.2. Criança em risco ou vítima de maus tratos.....                                                                                                                                       | 20 |
| 2.3. Intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade e na prevenção de maus tratos infantis.....                                                                                       | 24 |
| 3. Percurso Metodológico.....                                                                                                                                                             | 27 |
| 4. Descrição e Análise Reflexiva das Atividades de Estágio: Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica ..... | 30 |
| 4.1 Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD).....                                                                                                                   | 32 |
| 4.2 Cuidados de Saúde Primários (USF) .....                                                                                                                                               | 34 |
| 4.3 Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).....                                                                                                                                             | 37 |
| 4.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) .....                                                                                                                                 | 38 |
| 4.5 Internamento de Pediatria (IP).....                                                                                                                                                   | 41 |
| 4.6 Reflexão de Competências Transversais aos Contextos de Estágio .....                                                                                                                  | 43 |
| 5. Considerações Finais e Projetos Futuros .....                                                                                                                                          | 45 |
| Referências Bibliográficas .....                                                                                                                                                          | 47 |

## Apêndices

Apêndice I - Modelo de Betty Neuman Adaptado

Apêndice II - Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III - Descrição dos Locais de Estágio

Apêndice IV – Atividade “Calendário dos Afetos”

Apêndice V - Sessão de Formação à Equipe de Saúde “Maus Tratos Infantis: como reconhecer, identificar e referenciar”



Apêndice VI - Reflexão com Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e elemento do NACJR

Apêndice VII - Protocolo de *revisão scoping* “*Criança em risco ou vítima de maus tratos: intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade: protocolo de scoping review*”

Apêndice VIII – Póster e certificado da comunicação “*Parentalidade e Educação Não Violenta: Estratégias inovadoras para uma intervenção especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*” efetuada no X Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice IX – Conto Infantil “Olá mano/a, cheguei!”

Apêndice X – Sessão de Educação para a Saúde: “Vamos brincar, sem ecrãs?”

## 1. Introdução

O presente relatório enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tendo como objetivo apresentar a análise crítica e reflexiva do percurso formativo tecido durante os estágios, evidenciando o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), bem como o desenvolvimento de competências conceptuais, de análise e síntese inerentes ao grau de mestre.

A violência contra crianças e os maus tratos infantis são um problema de saúde global e uma violação dos direitos humanos, com consequências, a longo prazo, para as crianças e famílias (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018). Os maus tratos privam as crianças da sua infância e dignidade, prejudicando o seu desenvolvimento físico e mental (Mohammadi et al., 2023).

Em Portugal, segundo o Relatório Anual de Avaliação da Atividades das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) 2023 da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ), foram comunicados 84196 processos de promoção e proteção dos quais 32432 transitaram do ano anterior e 51764 foram instaurados nesse ano, destes 9142 processos foram reabertos e 42622 constituem novos processos. De todos os processos realizados 54746 são de situações de perigo comunicadas: 17001 de violência doméstica; 17632 de negligência; 10370 de comportamentos de perigo na infância e juventude; 6636 direito à educação; 2859 maus-tratos físico; 1928 maus-tratos psicológicos; 1262 de abuso sexual; 533 de abandono; 40 de exploração infantil e 20 de criança proveniente de conflito armado (CNPDPJ, 2024).

Portugal tem vindo a promover um conjunto de políticas de promoção dos direitos das crianças. Em 2020 foi aprovado a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para período 2021-2024, que assenta em cinco áreas estratégicas, configuradas em cinco prioridades que se desenvolvem em objetivos estratégicos (Resolução do Conselho de Ministros N° 112/2020, 2020). Destacam-se aqui a Prioridade II — Apoiar as famílias e a parentalidade (fomentar competências para a parentalidade e partilha de

responsabilidades parentais); e a Prioridade IV — Prevenir e combater a violência contra crianças e jovens (de modo a promover a prevenção e combate a todas as formas de violência, nos diversos contextos) (Resolução do Conselho de Ministros N° 112/2020, 2020).

Hashimoto e Takahashi (2020) no estudo que desenvolveram identificaram que os enfermeiros manifestam a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a avaliação do risco, o apoio às famílias e crianças, bem como relativamente à coordenação com as estruturas da comunidade. Reforçam ainda a importância destes profissionais manterem formação nesta área para uma melhor deteção e acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos (Hashimoto & Takahashi, 2020). Embora o EEESIP apresente conhecimentos de modo a intervir na prevenção e na notificação de maus tratos, enfrentam diversas barreiras que dificultam este processo de notificação, resultando na subnotificação e, conseqüentemente, na perda de casos, tal como se encontra amplamente descrito na produção científica consultada (Binford, 2023; Mandadi et al., 2021). Para Brunborg et al. (2024) muitos profissionais referem que a hesitação em denunciar maus tratos é influenciada pelo receio de possíveis consequências negativas, tanto para a criança e família quanto para si próprio, influenciando a sua disposição para denunciar maus tratos no futuro. Wilson (2021) destaca a importância de promover formação adaptada às necessidades dos profissionais de saúde, abrangendo temas essenciais como notificações, legislação e definições legais.

Concomitantemente, enquanto enfermeira numa unidade de cuidados de saúde personalizados, identifico a necessidade e relevância de serem aprofundados conhecimentos e identificados os fatores de risco, de proteção e sinais de alerta em matéria de maus tratos à criança de forma sistemática. Constatando também que esta é uma necessidade verbalizada pelos meus pares.

É estabelecido na convenção sobre os direitos da criança, de 20 de novembro de 1989, no artigo 3º, que: “em todas as medidas referentes às crianças, que sejam tomadas pelas instituições públicas ou privadas de proteção social, os tribunais, as autoridades administrativas ou os organismos legislativos, atender-se-á primordialmente ao superior interesse da criança” (Organização das Nações Unidas [ONU], 1989, p. 2).

Este princípio já se encontra consagrado na legislação de vários países, incluindo Portugal, onde foi incorporado desde 1999 na Lei de Bases para um Sistema Nacional de Proteção à Infância e Juventude adequado e eficaz (Resolução da Assembleia da República n.º 20/1990, de 1990; Lei n.º 147/99, de 1999).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2011) para identificar que uma criança está em risco, é necessário considerar a possibilidade de ocorrência de maus-tratos infantis. Os fatores de risco referem-se a qualquer influência que aumente a probabilidade de surgimento ou perpetuação de situações de maus tratos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011). No entanto, esses fatores, por si só, não comprovam a existência de maus tratos; apenas sugerem uma maior probabilidade da sua ocorrência (DGS, 2011).

A chave para construir a resiliência das famílias e prevenir maus tratos infantis é desenvolver intervenções que reforcem os fatores de proteção e, simultaneamente, reduzam os fatores de risco (Hornor, 2022).

Segundo o artigo 3.º, do Capítulo I, do Anexo, da Lei n.º147/99, de 1 de setembro de 1999, a criança encontra-se em situação de perigo quando:

Está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade; dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação (Lei n.º147/99, 1999, p. 6117).

Detetando alguma destas situações o enfermeiro tem o dever de comunicar a situação às entidades competentes (Lei n.º147/99, 1999).

O EEESIP apresenta-se como um profissional dotado de competências científica, técnica e humana de elevada qualidade para prestar cuidados de enfermagem, na prevenção, deteção, referenciação e intervenção em situações de maus tratos, com o objetivo de: i) proteger a criança/jovem; ii) intervir no risco para prevenir evolução para o perigo; iii) evitar a recorrência (DGS, 2011). Neste contexto o apoio à parentalidade é determinante, assumindo uma posição de destaque na promoção dos direitos e proteção

das crianças e jovens (DGS, 2011; Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, 2020).

Este relatório está organizado em quatro capítulos. No primeiro, serão abordadas as bases teóricas e científicas, que foram consolidadas por meio de uma pesquisa de literatura relevante, proporcionando a fundamentação necessária para o presente relatório. Neste capítulo, os conceitos centrais serão definidos e explorados detalhadamente, como por exemplo: enfermagem, intervenções de enfermagem, parentalidade, maus tratos infantis e as várias tipologias. No segundo capítulo, será apresentada a metodologia empregada na elaboração deste relatório. No terceiro capítulo, por meio de uma reflexão crítica, serão salientadas as competências comuns do EE e as específicas do EEESIP, desenvolvidas ao longo das atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio que permitirão alcançar o título de especialista e o grau de mestre. E por último são tecidas as considerações finais, bem como os projetos futuros.

A redação do presente documento obedeceu às normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESEL, está de acordo com a norma de referência *American Psychological Association (APA)*, 7.ª edição, e foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico Português.

## **2. Enquadramento Teórico**

Neste capítulo será apresentado o enquadramento teórico referente à problemática de enfermagem em foco, o qual assenta, de forma específica, a trajetória formativa e o desenvolvimento de competências do EEESIP.

### **2.1. Cuidado de enfermagem à criança e família**

A contribuição de Florence Nightingale, com os seus preceitos sabiamente concebidos e fundamentados numa visão abrangente do mundo, foi verdadeiramente revolucionária para a sua época (Riegel et al., 2020). O seu legado ecoou ao longo das décadas, continuamente influenciando a prática de enfermagem até aos dias atuais, e contribuindo para a formação do pensamento crítico e holístico entre os enfermeiros (Riegel et al., 2020). Florence Nightingale, já na sua época retratava a enfermagem como uma disciplina em constante evolução, que procura domínio e geração contínua de conhecimento (Costa et al., 2009). Atualmente, observa-se um crescente interesse no ensino da enfermagem, refletido tanto no aumento da pesquisa na área, quanto no número significativo de publicações centradas na teoria do conhecimento em enfermagem (Costa et al., 2009). Florence Nightingale deixou um legado duradouro, que transcendeu a sua própria época, moldando não apenas o exercício de enfermagem, mas também influenciando a forma como entendemos e abordamos os cuidados de saúde holísticos (Riegel et al., 2020).

Por outro lado, no decorrer das últimas décadas, a enfermagem passou por uma significativa evolução, resultando na atualização e aperfeiçoamento do conceito intrínseco ao cuidar em enfermagem (Collière, 1999). A enfermagem é tanto individual quanto interdependente, pois, ao mesmo tempo em que oferecemos cuidado ao outro, reconhecemos a sua necessidade de ajuda (Collière, 1999). Para Collière (1999), a enfermagem é definida como “um ato de reciprocidade, que somos levados a prestar a toda a pessoa, que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p. 235 e p. 236). Este ato de cuidar é visto tanto como uma arte quanto como uma ciência, centrado no cuidado dedicado ao ser humano, assegurando o necessário para a continuidade da sua vida, tanto a nível

individual quanto do grupo e da espécie (Collière, 1999). O cuidar acaba por emergir paralelamente com a vida (Collière, 2003).

Os modelos conceituais que conferem consistência à prática profissional, proporcionando um quadro de referência para a abordagem sistemática dos fenômenos associados à disciplina em questão (Neuman, 2011). O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, tem por base a promoção da saúde e adota uma abordagem holística para o bem-estar, com fundamento nos princípios dos sistemas, influenciado pelas teorias de adaptação ao stressor (Neuman, 2011). Assim, permite planejar os cuidados de forma sistematizada e integral, englobando a adaptação aos stressores e minimizando as variáveis que afetam as reações da criança, logo, promovendo o desenvolvimento da parentalidade, e simultaneamente o adequado desenvolvimento infantil (Neuman, 2011). Os stressores são estímulos que produzem tensão e têm potencial para desencadear instabilidade no sistema, podendo ser divididos em: intrapessoais (forças ambientais internas que ocorrem dentro dos limites do sistema); interpessoais (forças externas de interação ambiental que ocorrem fora dos limites do sistema) e extrapessoais (forças externas de interação ambiental que surgem fora dos limites do sistema) (Neuman, 2011) (Apêndice I).

Para Neuman (2011) o conceito de **indivíduo** é definido como: aquele que enfrenta os diversos stressores, alterando o seu estado de saúde, necessitando de intervenções de enfermagem para restabelecer o seu estado anterior e fortalecer a manutenção do equilíbrio (Neuman, 2011). Neste âmbito, pode inferir-se que a criança é encarada como um sistema aberto no contexto da família, composto por variáveis: fisiológicas (estrutura corporal e funções internas), psicológicas (processos mentais em interação com o ambiente), socioculturais (efeito de condições e influências socioculturais), espirituais (crenças e influências espirituais) e de desenvolvimento (processos e atividades de desenvolvimento relacionados com a idade) (Neuman, 2011).

A estrutura básica é rodeada por círculos concêntricos que funcionam como mecanismos de proteção e preservação da integridade do sistema (Neuman, 2011). Cada linha de defesa e de resistência compreende elementos protetores semelhantes, relacionados com as cinco variáveis, que se diferenciam pelas funções específicas de proteção (Neuman, 2011). A linha de defesa flexível é representada pelo círculo

descontínuo que protege a linha de defesa normal (Neuman, 2011). Este sistema de proteção visa evitar a invasão de stressores e representa o nível de bem-estar (Neuman, 2011). A linha de defesa normal, retratada por uma linha sólida que envolve as linhas de resistência internas descontínuas, representa o estado atual da criança e família, refletindo a sua evolução ao longo do tempo ou ao seu nível habitual de bem-estar (Neuman, 2011). Considera-se a inclusão de fatores que exercem influência sobre as variáveis do sistema, estratégias de *coping*, estilos de vida e desenvolvimento, crenças e aspetos culturais (Neuman, 2011). As linhas de resistência são acionadas para auxiliar na reconstituição do sistema quando este é invadido pelos stressores (Neuman, 2011). No entanto, se essas linhas se mostrarem ineficazes, a energia do sistema é consumida, o que pode resultar na morte do próprio sistema (Neuman, 2011). Este modelo tende a assegurar as necessidades holísticas da criança e jovem e suas famílias no que respeita à sua saúde, crescimento e desenvolvimento (Neuman, 2011).

O **ambiente** é definido, pela mesma autora, como o fator interno ou externo que rodeia e interage com a criança e família, onde os stressores são descritos como forças ambientais que interagem e alteram a estabilidade do sistema, ou seja, da criança e família (Neuman, 2011). O conceito de **saúde** é caracterizado como um processo dinâmico e em constante evolução, sujeito a mudanças ao longo do tempo (Neuman, 2011). A saúde é considerada ideal e completa quando são atendidas as necessidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais da pessoa, alcançando assim um estado de equilíbrio e estabilidade (Neuman, 2011).

Para Neuman, a **enfermagem** é uma profissão única e privilegiada, pois permite atuar em todas as variáveis que afetam as respostas da criança e família aos stressores (Neuman, 2011). Os cuidados de enfermagem são constituídos por intervenções: a prevenção primária, é dirigida e utilizada como retenção do bem-estar, ou seja, para proteger a linha de defesa normal do sistema da criança, fortalecendo a linha de defesa flexível (Neuman, 2011). O objetivo é promover o bem-estar, através da prevenção do stressor e da redução dos fatores de risco (este nível de intervenção inclui diferentes estratégias de promoção da saúde). A prevenção primária, como intervenção é fornecida quando o grau de risco ou perigo é conhecido, mas uma reação ainda não ocorreu (Neuman, 2011). A prevenção secundária surge quando a prevenção primária não



aconteceu ou foi malsucedida, e aqui surge a reação dos stressores com o aparecimento de sintomas (Neuman, 2011). A prevenção secundária é utilizada para fortalecer a estrutura básica com reforço das linhas de resistência, o objetivo é tratar os sintomas para atingir o ótimo equilíbrio do sistema e do bem-estar (apoiar a criança e família a atingir o bem-estar), por último a prevenção terciária tem como objetivo principal reforçar a resistência aos stressores para prevenir a recorrência da reação ou regressão, promovendo assim a manutenção do bem-estar contínuo da criança e família (Neuman, 2011). Para a autora, neste contexto, a saúde é um contínuo de bem-estar ou mal-estar sempre em processo dinâmico e constantemente sujeito à mudança (Neuman, 2011).

Neste sentido, o enfermeiro intervém na identificação de comportamentos e estímulos que possam gerar stress na criança: intrapessoais, interpessoais e extrapessoais (Neuman, 2011). Após o diagnóstico da situação, são definidas estratégias de intervenção de modo a reforçar a linha flexível de defesa da criança, e posteriormente serão avaliados os resultados dessas intervenções (Neuman, 2011). Para Neuman, a promoção de saúde é a componente primária da intervenção, em que o foco da intervenção de enfermagem é a prevenção, com o objetivo de evitar e minimizar o impacto dos stressores na criança (Neuman, 2011).

A intervenção do EEESIP, é fundamentada na filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, que privilegia a centralidade da família, destacando as interações e os processos comunicacionais implícitos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017). Sob essa perspectiva, ao considerar a família como o contexto da criança/jovem, os cuidados de enfermagem exigem o estabelecimento de uma comunicação efetiva, com intervenções focadas nos seguintes domínios: envolvimento, participação e parceria nos cuidados, capacitação e negociação dos cuidados (OE, 2017).

Para tal, o EEESIP presta cuidados ancorados na filosofia dos cuidados centrados na família, trata-se de uma abordagem ao planeamento da prestação e avaliação dos cuidados de saúde, que assenta numa parceria de cuidados entre o enfermeiro, a criança e a família, abrangendo todos os processos de tomada de decisão (Johnson & Abraham, 2012). O principal objetivo dos cuidados centrados na família é promover a saúde e o bem-estar da criança e família (Johnson & Abraham, 2012). Esta filosofia reforça a importância de habilitar e capacitar a família pela sua autonomia, tomada de decisão e

participação nos cuidados (OE, 2011). Por seu lado, Hockenberry (2024) compreende que esta filosofia faz parte integrante da vida da criança, e o enfermeiro intervém de forma a apoiar a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões, reconhecendo-a como aqueles que melhor conhecem a criança, respeitando a diversidade de estruturas e organizações.

A filosofia de cuidados centrados na família considera a criança sempre integrada na sua família, e esta ligação não deve ser interrompida em nenhuma circunstância (Silva et al., 2024). Assim, a implementação desta filosofia exige o estabelecimento de uma parceria entre a família e o EEESIP (Silva et al., 2024). Esta filosofia, defende que a tríade formada pela criança, pais e enfermeiros deve assumir uma participação ativa no processo de enfermagem (Silva et al., 2024). Esta parceria proposta representa um processo dinâmico e contínuo, que exige a participação ativa e a concordância de todos os envolvidos para alcançar objetivos comuns, visando sempre o bem-estar da criança (Silva et al., 2024).

Os cuidados centrados na família assentam em quatro conceitos: o respeito e a dignidade, em que o enfermeiro escuta e respeita as perspetivas e escolhas da criança e família de forma holística para o planeamento da prestação de cuidados; partilha de informação, em que o enfermeiro partilha e comunica informação verdadeira e imparcial à criança e família proporcionando a participação e tomada das melhores decisões para a prestação de cuidados; participação, a criança e família são sempre incentivados e apoiados a participar nos cuidados e na tomada de decisão; e por último, a colaboração, em que as equipas multidisciplinares, famílias e crianças colaboram no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas na prestação de cuidados (Johnson & Abraham, 2012).

Outro pilar importante da enfermagem pediátrica são os cuidados não traumáticos que estão centrados na prestação de cuidados terapêuticos, visando eliminar ou minimizar o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família (Hockenberry, 2024).

Os cuidados não traumáticos têm como objetivo primordial evitar causar danos e estão fundamentados em três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança e

da sua família; reduzir ao máximo qualquer possibilidade de lesão corporal e dor; e promover a sensação de controle (Hockenberry, 2024).

Recentemente foi divulgado o modelo de excelência em enfermagem pediátrica (2023) que convencionou em cinco domínios (McDowell et al., 2023). Estes domínios são:

- Compromisso:
  - Colaboração
  - Profissionalismo
  - Desenvolvimento profissional
- Valores:
  - Apoio
  - Ética
  - Qualidade de vida
- Princípios:
  - Equidade/Diversidade/Inclusão
  - Cuidado Centrado no Paciente e na Família
  - Cuidado holístico
- Prestação de cuidados:
  - Coordenação de Cuidados
  - Planeamento de Cuidados
  - Promoção de Saúde
- Melhoria contínua:
  - Prática Baseada em Evidências
  - Resultados
  - Padrões de qualidade

Dentro de cada domínio existem três conceitos que, juntamente com o conceito de Desenvolvimento de Cuidados Adequados, formam os dezasseis pilares sobre os quais assenta o modelo de excelência em enfermagem pediátrica. Estes conceitos estão interligados e se correlacionam, fornecendo suporte para uma prática de excelência, servindo de base para a identificação de indicadores de qualidade específicos para a pediatria e para o desenvolvimento de cuidados adequados (McDowell et al., 2023).

## 2.2. Criança em risco ou vítima de maus tratos

Existem diversas percepções de família, não existindo uma definição universal (Hockenberry, 2024). Para Hockenberry (2024), a família acaba por ser o que cada indivíduo considera que seja a sua.

Podemos descrever família do ponto de vista biológico, da psicologia, da economia ou da sociologia, mas todos eles falam nas relações que se estabelecem entre as pessoas, sendo que os tipos de relacionamento mais comuns são a consanguinidade, a afinidade e a família de origem (Hockenberry, 2024).

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento de cada pessoa (Relvas, 2004). É no seio familiar que são transmitidos os valores morais e sociais que servirão como base para o processo de socialização da criança, bem como as tradições e os costumes perpetuados através das gerações (Relvas, 2004). A família representa a principal fonte de força e apoio para a criança, sendo crucial reconhecer a sua extrema importância, valorizar as suas perspetivas e informações, a fim de garantir tomadas de decisão de alta qualidade (*American Academy of Pediatrics*, 2012). A família atua como “elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros”, incluindo as crianças e “deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade” (*United Nations Children’s Fund* [UNICEF], 2019, p. 5 e p. 6).

Novos conceitos de família têm surgido, como comunidade familiar, monoparentais, poligâmicas e famílias LGBTQIA, neste sentido é preponderante que os enfermeiros possuam conhecimentos relativos às funções, tipos e estruturas familiares (Hockenberry, 2024).

Em Portugal crianças “são todos os seres humanos até aos 18 anos de idade” (Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, 1990, p. 3738). Sendo que poderá estender-se até aos 21 anos, ou até que a transição para a vida adulta seja conseguida, quando existe uma doença crónica, incapacidade ou deficiência (OE, 2011).

Segundo Wieczorkiewicz et al (2020), a família é reconhecida como a primeira instituição social responsável por promover o desenvolvimento individual, sendo a base

essencial para a evolução do ser humano. É nesse ambiente que a criança terá os seus primeiros contatos com indivíduos que contribuirão para sua formação pessoal (Wieczorkiewicz et al., 2020). No entanto, a dinâmica familiar também desempenha um papel significativo no abuso infantil, com fatores como stress familiar, disfunção, abuso de substâncias e habilidades parentais inadequadas aumenta o risco de maus tratos (Sidebotham et al., 2015). Qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outros, que comprometa a segurança, dignidade, e o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança ou jovem, é considerada maus tratos (DGS, 2011). Os maus tratos representam um fenómeno complexo e multifacetado, que pode manifestar-se de forma dramática ou insidiosa, especialmente em crianças e jovens, mas que sempre acarreta repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos, sendo que este fenómeno pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afetivas e sociais, que podem ser irreversíveis a médio e longo prazo, ou até resultar em morte (Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro).

Magalhães (2004) define maus tratos infantis como “qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder” (p. 33). Nesta linha de pensamento, a OMS define violência como um termo mais abrangente e universal como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, que resulte em lesão, morte, dano psicológico ou privação” (OMS, 2018, p. 14). Por seu lado, é definido violência contra crianças como qualquer forma de violência dirigida a indivíduos com menos de 18 anos (OMS, 2018).

No Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção relativo aos Maus Tratos em Crianças e Jovens, realizado pela Direção-Geral da Saúde, o fenómeno dos maus tratos pode ser classificado em diversas tipologias (DGS, 2011).

Os maus tratos físicos, caracterizam-se por todas “as ações não accidentais, isoladas e repetidas, infligidas por pais ou cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque ou possa a vir provocar dano físico” (DGS, 2011,

p. 8). Nestes estão incluídos a síndrome da criança abandonada e as intoxicações provocadas (DGS, 2011).

Os maus tratos psicológicos/emocionais que se caracterizam como a “adoção intencional de comportamentos por parte dos cuidadores que privam a criança ou jovem de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrado da criança ou jovem” (DGS, 2011, p.8). São exemplos destes: insultar, gritar, ameaçar, intimidar, ignorar, desprezar e rejeitar a criança.

No que concerne a prática de maus tratos por abuso sexual, de acordo com a DGS (2011), os mesmos ocorrem quando existe “envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha” (DGS, 2011, p.9). Esta prática é prevista e punida, tal como patente no 171º do Código Penal, podendo ser agravada consoante a gravidade do delito cometido. É de difícil diagnóstico, pois frequentemente após a perpetuação não existe qualquer indício físico visível (DGS, 2011). Binford (2023) sugere uma nova tipologia de maus tratos infantis e que se relaciona com o aumento das novas tecnologias, como é o caso da exploração sexual infantil transmitida ao vivo.

A Síndrome de Munchausen por Procura diz respeito à “atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos” (DGS, 2011, p.10). É de tal forma rara que os próprios enfermeiros têm dificuldade em detetar, pois o cuidador apresenta um discurso credível e os “sinais e formas de abuso são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente” (DGS, 2011, p.10).

Apesar de difícil, é de extrema importância que o enfermeiro perceba a delimitação entre risco e perigo (DGS, 2011). As situações de risco ocorrem quando há eventos que podem afetar os direitos da criança em relação à segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (DGS, 2011). Estas situações ao evoluírem negativamente, podem conduzir a situações de perigo (Despacho Nº31292/2008, 2008). Risco é um conceito mais lato que o de perigo, “diz respeito à vulnerabilidade da

criança/jovem vir a sofrer de maus tratos” (DGS, 2011, p. 10). Perigo, por seu lado, diz respeito ao sentido concreto, que corresponde a objetivação do risco (DGS, 2011).

Para a existência de maus tratos é necessária uma conjugação de diferentes fatores (risco, proteção e agravamento/crise de vida), estes interagem entre si e devem ser ponderados durante a avaliação da situação (DGS, 2011).

Os fatores de risco influenciam qualquer tipo de probabilidade que aumente a ocorrência ou a manutenção de situações de maus tratos (DGS, 2011). Estes, por si só, não provam, a existência de maus tratos, apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento (DGS, 2011). Estes fatores dizem respeito “à criança/jovem, família e/ou cuidadores e aos contextos de vida, que dependendo do meio em que ocorrem potenciam alterações do adequado desenvolvimento e socialização da criança/jovem” (DGS, 2011, p.11). São exemplos: a prematuridade, o baixo peso, o filho não desejado, o défice de competências parentais ou as perturbações emocionais dos pais/cuidadores (DGS, 2011).

Por outro lado, os fatores de proteção englobam variáveis biopsicossociais que apoiam e promovem o desenvolvimento individual e social, podendo mitigar ou eliminar o impacto dos fatores de risco (DGS, 2011). Estes fatores referem-se à criança ou jovem, à família e/ou cuidadores, bem como aos contextos de vida, como, por exemplo, a vinculação segura ou a segurança económica (DGS, 2011).

Os fatores de agravamento/crises de vida são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos, como é o exemplo, do desemprego, da doença súbita, do luto e do divórcio (DGS, 2011).

Os sinais de alerta são indicadores de uma probabilidade de ocorrência de maus tratos e implicam a necessidade de investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora (DGS, 2011). Estes, por si só, não permitem diagnosticar uma situação, pois podem surgir como sintomas e sinais de outras entidades clínicas, porém, apontam para uma necessidade de intervir (DGS, 2011).

O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para a prevenção, identificação e referenciação de potenciais vítimas de maus tratos (Hornor, 2022).

### **2.3. Intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade e na prevenção de maus tratos infantis**

De acordo com a *International Classification For Nursing Practice*, a intervenção de enfermagem é definida como “a ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (*International Council of Nurses* [ICN], 2019, p. 17). Concomitantemente no artigo 4.º, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), preconiza a enfermagem como uma profissão de excelência do cuidar, sendo os cuidados de enfermagem intervenções autónomas e interdependentes com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida da população (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). Assim, os enfermeiros organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996, artigo 9.º).

O *International Council of Nurses* (ICN) através da *International Classification For Nursing Practice*, considera a “adaptação à parentalidade”, a “parentalidade” e “apoio à família” como focos de atenção relevante para a intervenção de enfermagem, torna-se fundamental reconhecer que a parentalidade implica a responsabilidade dos pais em cuidar da criança, assumindo as responsabilidades decorrentes da sua condição de pai/mãe por meio de adoção de competências parentais que visam otimizar o crescimento e desenvolvimento (*Council of Europe*, 2006; ICN, 2019).

O papel parental refere-se às funções desempenhadas por um membro da família, interagindo de acordo com as responsabilidades de ser pai ou mãe, apreendido através dos processos de socialização em que faz a aceitação dos comportamentos que os familiares ou a sociedade ache apropriados ou inapropriados desse papel (ICN, 2019). O enfermeiro tem a função de apoiar a família durante a adaptação ao novo papel, proporcionando assistência contínua e oferecendo suporte social e psicológico (ICN, 2019). Isso visa capacitar os pais a alcançarem o sucesso, prevenindo dificuldades e oferecendo o suporte emocional necessário, ajudando a manter a estabilidade em



situações desafiadoras (ICN, 2019). Por outro lado, a parentalidade é um processo tomar conta:

Assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (ICN, 2019).

Bowlby (1990) defende que os seres humanos nascem com um sistema comportamental de vinculação que os motiva a procurar proximidade de terceiros. Assim considera-se vinculação como a ligação afetiva com dependência mútua, que é sustentada na convicção que esta se prolongará temporalmente (Bowlby, 1990).

Os resultados da investigação das neurociências, biologia molecular e epigenética, têm reforçado a importância de um ambiente acolhedor e afetivo durante o crescimento, associado a experiências positivas, como elementos essenciais para o desenvolvimento cerebral saudável (*Center on the Developing Child at Harvard University, 2021*). Estes campos científicos têm evidenciado que as interações sociais e emocionais, juntamente com o contexto ambiental desempenham um papel crucial na formação e no desenvolvimento infantil (*Center on the Developing Child at Harvard University, 2021*). Neste âmbito, é defendida a relevância da redução das fontes de stress (ativação excessiva que afeta o desenvolvimento saudável e dificulta o uso de habilidades essenciais para a vida), o fortalecimento das habilidades essenciais da vida (estratégias de *coping*) e o apoio a relacionamentos responsivos (apoiam o bem-estar geral e diminui os fatores de stress) (*Center on the Developing Child at Harvard University, 2021*). Quando os cuidadores são recetivos e criam um ambiente estável, as crianças experienciam menos stress e têm uma base sólida para aprendizagem, saúde e comportamentos positivos (*Center on the Developing Child at Harvard University, 2021*).

O aumento de certos tipos de abuso infantil explodiu exponencialmente, bem como a gravidade do abuso registado em vítimas cada vez mais jovens, incluindo recém-nascidos (RN) e *toddlers* (Binford, 2023). Esta mudança cria novos desafios em todos os pontos ao longo do continuum dos maus tratos, desde a prevenção ao tratamento eficaz que conduz à plena recuperação física e psicológica e à reintegração social das vítimas (Binford, 2023).

Ward et al. (2023) defendem que os principais fatores de risco a nível familiar para os pais usarem castigos corporais ou perpetrarem formas mais graves de maus tratos infantis incluem o não conhecimento de alternativas, o stress relacionado com a parentalidade, a violência entre parceiros íntimos, a doença mental, o uso indevido de substâncias e o isolamento social. Programas baseados na teoria da aprendizagem social, que oferecem aos pais alternativas positivas e não violentas à disciplina severa demonstraram ser eficazes na redução dessa violência (Ward et al., 2023). A importância dos programas parentais emerge, assim, como estratégia chave, tanto para prevenir a violência contra as crianças, como para apoiar relações saudáveis entre cuidadores e crianças (Ward et al., 2023).

Intervenções práticas podem desempenhar um papel integral na prevenção de maus tratos, é a chave para construir resiliência nas famílias e prevenir maus tratos, planeando intervenções que fortaleçam os fatores de proteção e reduzam os fatores de risco (Hornor, 2022). Hornor (2022) fomenta que o enfermeiro seja um modelo para outros profissionais, incorporando intervenções de prevenção aos três níveis na sua atividade diária.

O EEESIP implementa e gere, em colaboração, um plano de saúde que promove a parentalidade, fortalece a capacidade de gestão do regime terapêutico e favorece a reintegração social da criança ou do jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Adicionalmente, realiza o diagnóstico precoce e intervém em doenças comuns, bem como em situações de risco que possam comprometer a vida ou a qualidade de vida da criança ou do jovem e sua família (Regulamento n.º 422/2018, 2018). O EEESIP deve identificar situações de risco, como maus tratos, negligência e comportamentos de risco, além de encaminhar crianças que necessitem de cuidados especializados para outros profissionais (Regulamento n.º 422/2018, 2018). É igualmente crucial a capacidade de reconhecer sinais fisiológicos e emocionais indicativos de mal-estar psíquico, sensibilizar pais, cuidadores e outros profissionais para os riscos de violência, suas consequências e estratégias preventivas (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Assim, avalia os conhecimentos e comportamentos relacionados à saúde da criança, do jovem e da família, promovendo a aquisição de conhecimentos sobre saúde e segurança (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

### 3. Percurso Metodológico

A formação em enfermagem visa dotar os profissionais de conhecimentos para o desenvolvimento de competências em diversas áreas da saúde e da profissão, como a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, e a formação contínua (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Os enfermeiros especialistas devem dotar-se de conhecimentos técnicos, ser capazes de tomar decisões, comunicar de forma eficaz, ser flexíveis, responsáveis e criativos, ser críticos e intervencionistas e possuir um comportamento ético e deontológico que sustente a sua posição (Regulamento n.º 140/2019, 2019). É a base do processo de desenvolvimento de competências do EEESIP, o pensamento reflexivo sobre a aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ruivo et al. (2010) destacam a importância de um plano de trabalho como uma estrutura organizada essencial para abordar e estudar um problema específico, com ênfase nas preocupações dos participantes responsáveis pela sua execução. O diagnóstico de situação constitui uma etapa inicial da metodologia de projeto, que visa criar um mapa cognitivo do problema identificado, permitindo o desenvolvimento de um modelo descritivo da realidade na qual se pretende intervir e promover mudanças (Ruivo et al., 2010).

De acordo com Alarcão e Rua (2005), “o profissional competente é aquele que evidencia qualidade no seu desempenho e aquele que executa bem, que não falha, aquele que proporciona qualidade aos clientes com os quais interage” (p 375).

Segundo Benner (2001) a aquisição de competências, desenvolvidas ao longo dos anos de experiência profissional, é fundamental, pois permite integrar as aprendizagens resultantes da prática clínica com os conhecimentos teóricos e a conduta ética. A formação reflexiva, como um processo contínuo de aprimoramento e apropriação do conhecimento em contextos interativos, implica um envolvimento ativo pelo próprio na construção do seu próprio conhecimento (Kolb, 1984). Os períodos de estágios caracterizam-se como momentos de observação e intervenção, visando o

desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências, dentro de um contexto e tempo determinado (Alarcão & Rua, 2005).

Ao longo dos períodos de estágio foram dedicados ao constante aprimoramento da capacidade crítica e reflexiva, o que possibilitou reorganizar o conhecimento e implementar novas abordagens na prestação de cuidados (Schön, 1992). As habilidades adquiridas e as competências desenvolvidas foram resultado da aplicação do conhecimento e da reflexão durante a ação, considerando as necessidades individuais de aprendizagem identificadas anteriormente (Schön, 2000); ou seja, a reflexão sobre a ação e na ação, analisando uma prática reflexiva e com base na evidência, tal como defendido por Alarcão e Rua (2005) foram uma constante.

Neste sentido, no contexto da metodologia de projeto foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos, transversais a todos os contextos de estágio.

#### Objetivo geral:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança e família em situações de especial complexidade, com enfoque na maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

#### Objetivos específicos:

- Promover a adaptação da criança e família em situação de especial complexidade, com vista ao desenvolvimento de estratégias de *coping* e à promoção do *empowerment* parental;
- Promover a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança;
- Desenvolver competências comunicacionais com a criança, apropriadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

#### Objetivo geral:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança em situação de risco ou vítima de maus tratos com enfoque no apoio à parentalidade.

#### Objetivos específicos:

- Analisar a intervenção de enfermagem na capacitação parental e no apoio à família;
- Capacitar os pais para o exercício da parentalidade apoiando-os e ampliando os seus conhecimentos e competências, de modo a potenciar a interação pais/criança;
- Implementar intervenções especializadas de enfermagem em situações de risco e/ou maus tratos em crianças, nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na promoção dos direitos e proteção das crianças.

Foi elaborado um guia de atividades (apêndice II) para cada local de estágio, o qual foi apresentado e discutido com os enfermeiros orientadores e enfermeiros chefes. Estes guias foram desenvolvidos tendo em consideração as particularidades de cada contexto e alinhados com as necessidades identificadas para o desenvolvimento de competências. A seleção dos locais para os estágios foi cuidadosamente planeada, de modo a estar alinhado com o projeto pré-estabelecido, garantindo a oportunidade de adquirir as experiências essenciais para a aquisição das competências requeridas na prestação de cuidados especializados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Neste sentido, durante o percurso formativo, foram explorados diversos contextos de cuidados, tais como: Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD); Unidade de Saúde Familiar (USF); Serviço de Urgência Pediátrica (UP); Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Internamento de Pediatria (IP) (Apêndice III).

#### **4. Descrição e Análise Reflexiva das Atividades de Estágio: Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica**

A formação em enfermagem tem como objetivo munir os profissionais de um amplo conjunto de conhecimentos, capacitando-os para desenvolver competências em diversas áreas da saúde e da profissão (Vieira et al., 2016). Estas competências englobam habilidades essenciais, como a tomada de decisão, a comunicação eficaz, a liderança e a formação (Vieira et al., 2016).

Segundo Camelo e Angerami (2013) a definição de competência é aplicada a diversas áreas do conhecimento, inclusive à enfermagem, traduzindo um processo de transformação individual que envolve múltiplas dimensões, incluindo não apenas o conhecimento técnico (saber), mas também habilidades práticas (fazer), atitudes e comportamentos adequados (saber-ser) e a capacidade de aprendizagem contínua (saber-aprender), com uma constante melhoria e adaptação. Os autores argumentam que este conjunto de conhecimentos é essencial para que o enfermeiro possua uma base de conhecimento transferível, ou seja, a interação entre esse conhecimento e a sua adaptação ao contexto da prática clínica (Camelo & Angerami, 2013).

A garantia do cumprimento das competências assegura que o enfermeiro esteja provido com um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades essenciais para a sua prática clínica, permitindo-lhe identificar as necessidades de uma determinada população e atuar efetivamente em todos os contextos e níveis de prevenção (Regulamento nº190/2015, 2015). Um profissional competente é reconhecido pela excelência no seu desempenho, caracterizado pela qualidade; é aquele que executa as suas tarefas com mestria, minimizando falhas (Alarcão & Rua, 2005).

Segundo Benner (2001) durante o percurso de aquisição de competências, desenvolvido ao longo dos anos de experiência profissional, é essencial refletir sobre as aprendizagens adquiridas na prática clínica, integrando-as com os conhecimentos

teóricos e com o comportamento ético. O enfermeiro perito precisa de ser detentor de um conjunto abrangente de competências e conhecimentos técnicos especializados, entre os quais, ser capaz de tomar decisões fundamentadas, comunicar de maneira eficaz, demonstrando flexibilidade, responsabilidade e criatividade, ser crítico e interventivo quando necessário, mantendo sempre uma conduta ética e deontológica que respalde a sua posição (Benner, 2001).

O EE deve considerar a gestão do ambiente centrado na pessoa, como fundamental para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes, atuando de forma proactiva e promovendo um ambiente propício ao bem-estar, além de gerir os riscos (Unidade de Competência: B3 – Regulamento n.º 140/2019, 2019). No decorrer dos diversos contextos, reputei a promoção de um ambiente que fosse seguro para as crianças e famílias, abrangendo aspetos físicos, psicossociais, culturais e espirituais. Demonstrei sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, reconhecendo a sua importância na promoção da segurança das famílias. Procurei, também, envolver as famílias sempre que possível, garantindo a satisfação das suas necessidades (Unidade de Competência: B3 – Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A intervenção do EEESIP é especializada destacando-se pela prestação de cuidados de enfermagem avançada, sendo estes cuidados prestados com mestria, visando atender às necessidades da criança e família ao longo do ciclo de vida (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No que se refere à obtenção do grau de Mestre, espera-se que este saiba demonstrar a capacidade de aplicar os seus conhecimentos e habilidades de compreensão e resolução de problemas em contextos novos e não familiares, mesmo que relacionados com a sua área de estudo, abrangendo cenários multidisciplinares (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). Além disso, deve ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou formular juízos em situações com informação limitada ou incompleta, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais decorrentes dessas decisões (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). É também essencial que seja apto a comunicar as suas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios que as sustentam, de forma clara e sem ambiguidades, tanto

para especialistas quanto para não especialistas (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). Por fim, deverá ser promotor da sua própria aprendizagem, adquirindo conhecimentos que possam auxiliar a restante equipa no processo de formação e na resolução de situações que possam surgir nos serviços (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

No presente capítulo, será realizada uma análise reflexiva com base nos objetivos delineados, com o propósito de destacar a reflexão na prática clínica, as tomadas de decisão e respetiva fundamentação, em referenciais teóricos e evidência científica, efetivadas e que sustentam a aquisição de competências de EE, EEESIP e Mestre.

#### **4.1 Serviço de reabilitação pediátrica e de desenvolvimento (SRPD)**

No SRPD perspectiva-se a assistência a crianças e jovens dos 0 aos 21 anos, com o objetivo de promover de forma contínua a qualidade dos serviços prestados à criança/jovem com incapacidade ou deficiência e às suas famílias, com a finalidade de facilitar a integração numa vida ativa e participativa. Neste serviço, são admitidas crianças/jovens com condições de saúde associadas à paralisia cerebral, a traumatismos crânio-encefálicos, a lesões medulares, a acidentes vasculares cerebrais e outras patologias do foro neurológico. A equipa multidisciplinar intervém em colaboração, com o propósito de maximizar a autonomia das crianças, jovens e suas famílias.

A doença crónica na infância é frequentemente observada, conduzindo a implicações significativas, tanto no desenvolvimento da criança, quanto nas dinâmicas familiares (Coutinho et al., 2020). Durante o tratamento e a adaptação à doença, a família enfrenta uma série de eventos desafiadores que podem desencadear sintomas de stress, e contribuir negativamente para o ajuste psicológico do agregado familiar (Coutinho et al., 2020). Devido ao seu impacto multidimensional, exige uma adaptação constante, incentivando a superação criativa de obstáculos ao longo de toda a vida da criança e família (Charepe, 2014).

Uma comunicação eficaz é essencial para garantir que a família receba todas as informações relevantes sobre o processo de saúde/doença da criança, ao mesmo tempo em que se respeitam os seus desejos e valores individuais (Cavalcante et al., 2018). Simultaneamente, é fundamental que a família se sinta respeitada e ouvida, de modo a



fortalecer a relação terapêutica (Cavalcante et al., 2018). Esta abordagem permite a expressão adequada das emoções, promovendo um ambiente de cuidado e apoio absoluto (Cavalcante et al., 2018).

Tendo subjacente o referido, bem como o diagnóstico de situação neste contexto de estágio, foi desenvolvido o calendário dos afetos (apêndice IV), inspirado no calendário dos afetos criado pela CPCJ. Ancorado na abordagem de cuidados centrados família, este calendário, na sua génese, pretende ser um instrumento promotor da parentalidade e facilitador da expressão de sentimentos entre adolescentes e seus familiares, promovendo a comunicação bidirecional dentro da família. O calendário dos afetos é composto por oito atividades que estão estruturadas numa forma semanal flexível (não fazendo referência ao dia de semana), permitindo que os adolescentes escolham diariamente as atividades que desejam concretizar, considerando que já possuem uma rotina intensa associada à sua reabilitação diária. Foram adaptadas atividades específicas para adolescentes, uma vez que esta faixa etária é predominante neste contexto. Caso não exista disponibilidade emocional para a realização da atividade diária proposta, encontra-se disponível uma referência a emoções positivas, como “lembrete” diário para a expressão destas, relacionando-as com um momento diário em que tenham sido sentidas.

Ao realizar a atividade selecionada é proporcionado um momento diário em família para a sua execução, promovendo-se, deste modo, o fortalecimento dos laços familiares, a comunicação emocional e a autoestima do adolescente, o que contribuiu para o desenvolvimento da unidade de Competência: E 3.4 (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Para Çimke et. al (2024) o Cuidado Centrado na Família é uma abordagem essencial que integra as necessidades da criança e da família, promovendo a saúde de ambos de forma holística. Esta abordagem envolve a participação ativa das famílias no processo de cuidado dos seus filhos, incentivando o desenvolvimento de competências, aumentando a autossuficiência e reduzindo o stress familiar (Çimke et al., 2024). O Cuidado Centrado na Família contribui significativamente para a melhoria da qualidade e satisfação nos serviços de saúde. Diversos estudos evidenciam os benefícios desta abordagem, incluindo a melhoria da saúde física e mental dos pacientes e suas famílias,

a redução das taxas de internamento hospitalar, bem como a diminuição de erros médicos e dos custos associados ao tratamento (Çimke et al. 2024).

Neste contexto, importa referir que a atividade, calendário dos afetos, foi integrada num projeto de melhoria contínua, já existente no serviço intitulado “esperança”, o que contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência: B2 – Regulamento nº 140/2019, 2019).

Neste contexto foi também perceptível a diversidade de stressores (reabilitação/recuperação da saúde) que o ambiente oferece à criança e família hospitalizada, e por outro lado, destaca-se a importância do enfermeiro especialista na promoção de um ambiente terapêutico, como gestor entre os fatores protetores e de risco à criança/jovem e família, intervindo na prevenção primária (Neuman, 2011).

Esta amplamente documentado, na evidência científica, a necessidade de formação dos profissionais de saúde, para a identificação, acompanhamento e referenciação de situações de maus tratos (Hashimoto & Takahashi, 2020). Winqust et al. (2024) referem a importância da formação académica e a experiência em abuso e negligência infantil revelando-se preditores significativos da autoeficácia, conforme avaliado na subescala correspondente do seu estudo. Enfermeiros com mestrado ou nível superior, assim como aqueles especializados em enfermagem pediátrica ou em serviços de urgência, relataram a perceção de menos barreiras institucionais à sua autoeficácia na notificação de casos de abuso e negligência infantil (Winqust et al., 2024). Corroborando o exposto anteriormente, e considerando que este foi o meu primeiro local de estágio e atendendo os amplos anos de experiência da minha orientadora como especialista, foi crucial realizar uma entrevista informal de modo a interpretar reflexivamente a sua experiência e conhecimento.

## **4.2 Cuidados de saúde primários (USF)**

A vigilância de Saúde Infantil e Juvenil visa a obtenção de ganhos em saúde da criança e família através: da avaliação do crescimento e desenvolvimento; da promoção de comportamentos potenciadores de saúde; da deteção e encaminhamento precoce de situações que possam afetar a qualidade de vida das crianças e jovens e

autodeterminação e do apoio e estimulação do exercício parental adequado, entre outros (DGS, 2013). Valoriza-se a prática de cuidados antecipatórios, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, bem como a detecção precoce e encaminhamento de situações de potencial risco que possam afetar a saúde da criança, intervindo nos três níveis de prevenção (DGS, 2013; DGS, 2011). Durante a realização da consulta de vigilância, é crucial avaliar as preocupações dos pais, quaisquer intercorrências, desde a última consulta, a frequência na creche ou escola, os hábitos alimentares, a progressão das curvas de crescimento, o cumprimento do esquema vacinal (DGS, 2013). Além disso, é importante analisar a dinâmica familiar e a rede de apoio disponível (DGS, 2013).

Neste âmbito, na realização da consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil foi possível intervir com a criança/jovem e sua família na maximização da saúde, estabelecendo uma parceria de cuidado de modo a promover a otimização da saúde e a parentalidade, o que contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência: E 1. (Regulamento n.º 422/2018, 2018). É importante ressaltar que o EEESIP desempenha um papel fundamental na implementação de intervenções atraumáticas para aliviar a dor durante a vacinação, assumindo assim uma responsabilidade essencial na educação em saúde e implementação de cuidados antecipatórios, contribuindo significativamente para melhorar a experiência de vacinação e promover o bem-estar das crianças e famílias (Vieira et al., 2022). Diversos autores têm, também, evidenciado a eficácia da amamentação como uma intervenção não farmacológica para mitigar a dor durante o processo de vacinação, em comparação com métodos como a sucção não nutritiva (Vieira et al., 2022). Este método não só promove o conforto imediato da criança, mas também tranquiliza os pais, ao promover o vínculo, e diminuir o stress durante a realização da intervenção de enfermagem (Vieira et al., 2022).

Na realização das consultas de vigilância ou nos momentos de vacinação a comunicação com a criança/jovem e família foi adequada ao seu estágio de desenvolvimento e à cultura, demonstrando profundo conhecimento em técnicas de comunicação (ex: utilização do “super-herói” que estava estampado na sua t-shirt para comunicar e “quebrar o gelo”), contribuindo para o desenvolvimento da unidade de competência: E 3.3. (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Durante a realização de procedimentos dolorosos, tais como a vacinação, com as crianças, foram adotadas estratégias adequadas ao seu estágio de desenvolvimento, como por exemplo: posicionamento ao mesmo nível da criança, para estabelecer uma relação mais próxima; demonstração de interesse pelos objetos que captavam a sua atenção, incluindo-os na interação e nos procedimentos a realizar; partilha de pensamentos e preferências de forma a promover uma interação equilibrada; utilização de um tom de voz caloroso e natural, adaptando o vocabulário para facilitar a compreensão, sem infantilizar a criança; e a prática de uma escuta ativa, mantendo contato visual demonstrando interesse e respeito pelo que a criança verbalizava, contribuindo para o desenvolvimento da unidade de competência: E 2.2. (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Concomitantemente, existe a necessidade de compreender as práticas e crenças culturais que influenciam os cuidados de saúde para melhorar as intervenções culturalmente sensíveis (Nyaloko et al., 2023). O cuidado culturalmente sensível é um processo integrador que surge como um paradigma inovador na enfermagem (Farias et al., 2020; Guarda-Rodrigues et al., 2024). Além de garantir um cuidado eficaz, ele estimula o crescimento conjunto, a construção de novos conhecimentos e a promoção de uma relação empática, reflexiva e humanizada entre o enfermeiro, a criança e família (Farias et al., 2020).

Na USF, onde o estágio decorreu foi identificado por todos os enfermeiros e médicos, a necessidade de ser obtida mais formação com enfoque no diagnóstico e identificação de situações de maus tratos e a sua referenciação para o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

Nesta linha de pensamento, também Durmaz et al. (2021) constataram que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades na identificação e referenciação de situações de maus tratos. Maier et al. (2022), por seu lado, defendem a necessidade de proporcionar uma maior formação que permita elucidar aos profissionais sobre os maus tratos e as suas repercussões na saúde.

Assim, foi realizada uma sessão de formação em serviço para a equipe de saúde (apêndice V), onde foram expostas as várias tipologias de maus tratos, os seus sinais e

sintomas, bem como foi analisado e discutido um fluxograma de referenciação da USF para o NACJR, o que contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competência: E 1.2.; E 1.2.5. (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e da unidade de competência: D 2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Face ao fenómeno em estudo, foi possível na USF assistir a uma reunião semanal do NACJR, bem como a realização de uma reflexão com a EEESIP e a perita (apêndice VI). Estas atividades forneceram insights valiosos, como nortear em situações delicadas, permitindo-me desenvolver estratégias eficazes de intervenção, reconhecimento e prevenção, contribuindo para a aquisição de competências das unidades de competência: D1.1 e D1.2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

#### **4.3 Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)**

A produção científica consultada sugere que pessoas submetidas a maus tratos psicológicos enfrentam uma diminuição da resiliência, na adaptação psicológica e no bem-estar subjetivo, ao mesmo tempo tendem a vivenciar um aumento no sofrimento emocional, solidão e da desesperança, desencadeando comportamentos suicidas (Türk et al., 2024).

Rochford et al. (2023) destacam que os problemas comportamentais de adolescentes, identificados como relacionados com maus tratos, incluem tabagismo, uso de substâncias ilícitas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos delinquentes violentos. Neste contexto de estágio, observou-se que era frequente a admissão de adolescentes ao serviço de urgência devido a intoxicações medicamentosas voluntárias. Face a esta observação, foi elaborado um estudo de caso como estratégia facilitadora do aprofundamento de conhecimentos, e reflexão sobre os cuidados de enfermagem nesta situação especial de complexidade, contribuindo para o desenvolvimento da unidade de competência: D1 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O enfermeiro, com o seu conhecimento em gestão de cuidados, ocupa uma posição estratégica para impulsionar mudanças significativas, ao organizar a prestação de cuidados, e promover a colaboração em equipa, assegurando assim um padrão de qualidade que atende às necessidades de saúde da pessoa de forma eficaz (Lourenço et

al., 2022). Durante a prática diária do cuidar e na interação com a pessoa, o enfermeiro tem desempenhado um papel fundamental na gestão dos cuidados, tomada de decisões e exercício de liderança (Lourenço et al., 2022). A tomada de decisão em enfermagem é imprescindível, tanto para a prática clínica, quanto para a gestão, pois constitui uma ferramenta fundamental na resolução de problemas (Lourenço et al., 2022). A liderança é também uma competência crucial para o EE, pois desempenha um papel significativo no processo de tomada de decisão, exercendo influência, tanto na equipa, quanto nos resultados alcançados (Lourenço et al., 2022). Durante o acompanhamento da enfermeira orientadora, foi possível observar o seu desempenho exemplar como líder, evidenciando habilidades e competências ao delegar tarefas e garantir a supervisão eficaz das mesmas. Simultaneamente, inspira confiança, respeito e credibilidade na equipa, participando de forma colaborativa na gestão diária e na resolução de problemas permitindo assimilar os seus ensinamentos e contribuir para o desenvolvimento das unidades de competência: C 1 e C 2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na área da investigação, o EE investiga, colabora em estudos de pesquisa, interpreta, organiza e divulga resultados obtidos a partir da evidência, com o intuito de contribuir para o avanço do conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste âmbito, é de referir a realização do protocolo de revisão *scoping*, intitulado “Intervenções de Enfermagem promotoras da parentalidade no cuidado ao recém-nascido em contexto de urgência pediátrica: Protocolo de *scoping review*” (apêndice VII), bem como a elaboração e apresentação de um póster, no X encontro de benchmarking do colégio da especialidade de saúde infantil e pediátrica, intitulado “Parentalidade e educação não violenta: estratégias inovadoras para uma intervenção especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica” (apêndice VIII), permitindo contribuir para o desenvolvimento da unidade de competência: D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

#### **4.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)**

O vínculo entre mãe e filho começa a ser consolidado nos primeiros dias após o nascimento e desempenha um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento saudável do RN (Caetano et al., 2022). Esta interação pessoal e única influência diretamente diversos aspetos do RN, incluindo a saúde física, o bem-estar psicológico e o

desenvolvimento intelectual (Caetano et al., 2022). De acordo com os mesmos autores, as interações entre pais e filhos, desde o nascimento, desempenham um papel crucial na formação desse vínculo afetivo (Caetano et al., 2022). No entanto, existem situações que podem dificultar a formação deste vínculo, tais como, a necessidade de internamento do RN numa unidade de cuidados intensivos neonatais, aquando do nascimento (Caetano et al., 2022).

Neste âmbito, a literatura destaca, também, que as mães de RN pré-termo frequentemente experienciam níveis mais elevados de stress, o que pode ter repercussões significativas no vínculo mãe-filho a longo prazo (Souza et al., 2022). O parto prematuro e o internamento na UCIN são eventos amplamente reconhecidos como traumáticos para a família, desencadeando experiências e sentimentos de insegurança, ansiedade, culpa e stress materno (Souza et al., 2022).

O contacto pele a pele, entre o RN e a mãe (ou pai), é reconhecido como um importante fator neuro protetor, contribuindo para a plasticidade cerebral (Altimier & Phillips, 2016). Além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho, as evidências científicas demonstram que o método canguru pode ter um impacto direto na produção de leite e na promoção do aleitamento materno (Souza et al., 2022). Por seu lado, Correia et al. (2024), evidenciam que a participação dos pais é fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança prematura.

A intervenção do enfermeiro no método canguru é fundamental, devido ao seu conhecimento técnico e à sua experiência prática (Correia et al., 2024). Sempre que o RN e a família possuem as condições necessárias para a sua implementação, os enfermeiros não só fomentam como também auxiliam ativamente a sua execução, promovendo o vínculo, e as competências parentais (Correia et al., 2024) (Unidade de Competência: E 3.2. – Regulamento n.º 422/2018, 2018). Este contacto imediato oferece uma proteção direta contra os efeitos adversos amplamente documentados da separação neonatal (Altimier & Phillips, 2016). Concomitantemente, promove um desenvolvimento cerebral e facilita a formação do vínculo afetivo entre mãe e filho, o que é fundamental para a autorregulação emocional a longo prazo (Altimier & Phillips, 2016). Os mesmos autores, através do modelo de cuidado integrativo do desenvolvimento neonatal, fornecem orientação clínica essencial para as equipas das UCIN, com enfoque nos cuidados neuro

protetores, e realçando a importância dos cuidados centrados na família (Altimier & Phillips, 2016).

O nascimento de um irmão já implica mudanças na vida da criança, mas quando o RN necessita de ser hospitalizado na UCIN, a dinâmica familiar é ainda mais afetada, trazendo novos desafios para a própria criança e para a dinâmica familiar (Bernardo et al., 2023). O EEESIP deve promover o desenvolvimento de estratégias de *coping*, em todos os membros da família, com enfoque no restabelecimento do equilíbrio (Bernardo et al., 2023). Neste âmbito, sustentado na produção científica consultada foi elaborado um conto infantil denominado, “Olá mano, cheguei!” (Apêndice IX). A introdução deste conto permite aos pais que contem a história do(a) irmão/irmã prematuro(a) que se encontra internado na unidade de neonatologia, de uma forma simples e ilustrativa, proporcionando um momento de partilha de emoções, diminuindo os fatores stress, associados, por exemplo, à ausência do RN, momentos de ausência prolongados dos pais pela hospitalização do RN. O objetivo de incluir os irmãos durante o processo de internamento do RN é favorecer a coesão familiar, o bem-estar e a adaptação tanto da família como de cada um dos seus membros (Bernardo et al., 2023). Esta atividade promovida pelos pais contribui para o estabelecimento do vínculo afetivo, podendo-se inferir que contribui para o fortalecimento da linha de resistência, tal como nos é apresentada no modelo de sistemas (Neuman, 2011). De referir que o conto referido, foi incluído num projeto de melhoria contínua da qualidade existente na unidade intitulado “Um toque de positivismo” e que foi disponibilizado aos pais, através de um *QR code* o que o tornou mais acessível (Unidade de Competência: B2 – Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Face ao exposto, torna-se visível como a intervenção do EEESIP é relevante na redução dos fatores stressores e na promoção de um envolvimento efetivo dos irmãos aquando da hospitalização de um RN (Bernardo et al., 2023).

Na prática de enfermagem em pediatria, é crucial que a intervenção esteja centrada na criança e na família, considerando os seus contextos familiares, económicos e sociais (Escobar et al., 2021). Assim, durante o planeamento da alta hospitalar, o enfermeiro deve assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados ao facilitar a transição para a comunidade (Escobar et al., 2021). Na realização de visitas domiciliárias,



com a enfermeira orientadora na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), foi possível observar a importância do EEESIP na promoção de uma melhor adaptação da criança/família ao ambiente (domicílio, após alta) em que a mesma se insere, garantindo a assistência às suas necessidades específicas na maximização da sua saúde (Unidade de Competência: E 1 – Regulamento n.º 422/2018, 2018). Foi também, possível promover o desenvolvimento de competências parentais, assentes em cuidados antecipatórios e na promoção de literacia em saúde.

A participação na reunião do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR), que integra a EEESIP, permitiu-me refletir e concomitantemente contribui para o desenvolvimento de competências no reconhecimento de sinais de alerta de eventuais situações de risco para a criança e na atuação adequada perante os mesmos (Unidade de Competência: D1.1, D1.2 – Regulamento n.º 140/2019, 2019).

#### **4. 5 Internamento de Pediatria (IP)**

A hospitalização é um momento crítico com grandes repercussões, tanto para a criança, quanto para a família (Pontes et al., 2022). Durante esse período, a criança é separada do seu ambiente familiar e social, e inserida num ambiente desconhecido (Pontes et al., 2022), que pode ter efeitos negativos na sua recuperação (Desconsi et al., 2024). Tornando-se sujeita a uma série de procedimentos técnicos, muitas vezes invasivos, que podem causar desconforto físico e psicológico (Pontes et al., 2022). Como consequência, é comum observar sinais e sintomas, como, ansiedade, perda de peso, alterações de humor e diminuição de autoestima (Pontes et al., 2022).

Neste âmbito, é importante destacar que a família desempenha um papel fundamental na tríade de cuidados da criança hospitalizada. Incentivar a presença dos pais durante a hospitalização, não apenas beneficia a família, mas também contribui positivamente para o plano terapêutico (Nogueira et al., 2023). A parceria de cuidados à criança doente requer a participação ativa dos enfermeiros, da criança e da sua família, esta parceria auxilia a criança a enfrentar os desafios da hospitalização, transformando-os em oportunidades de superação (Nogueira et al., 2023).

O ato de brincar é crucial para o desenvolvimento saudável da criança, representando uma necessidade básica natural na infância (Sousa et al., 2021), e um direito, mesmo durante a hospitalização (UNICEF, 2019; Instituto de Apoio à Criança [IAC], 1988). As estratégias lúdicas no internamento pediátrico têm o propósito de proporcionar experiências positivas, tornando o ambiente hospitalar menos agressivo e ameaçador para as crianças (Carvalho et al., 2024). Perante o stress causado pela hospitalização, a importância da brincadeira torna-se primordial (Aslan & Erci, 2022).

Partindo da produção científica consultada, planeou-se uma sessão de formação para os pais, denominada “Vamos brincar sem écrans?” (apêndice X), que teve como objetivo sensibilizar para a importância da limitação do uso de écrans, promovendo o brincar como uma prática essencial para fortalecer a parentalidade e fomentar o desenvolvimento infantil saudável. Esta atividade foi integrada num projeto de melhoria contínua da qualidade já existente no serviço intitulado como “Escolinha de pais”, a implementação desta atividade contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência: B2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Embora a qualidade na área da saúde não dependa exclusivamente do desempenho dos enfermeiros, promover e implementar projetos de melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem é de extrema importância (Correia et al., 2020). Estes projetos, não apenas elevam os padrões da profissão, mas também têm um impacto significativo nos resultados e nos ganhos em saúde como um todo (Correia et al., 2020). Na prática, os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem envolvem os enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças, visando melhorias efetivas para fornecer cuidados que atendam e superem as expectativas dos utentes (OE, 2008; Correia et al., 2020). Assim, a melhoria contínua da qualidade resulta da intenção de promover mudanças para alcançar padrões mais elevados de cuidados de enfermagem (Correia et al., 2020).

Atualmente, o tema do multiculturalismo ganha cada vez mais relevância devido ao desenvolvimento da nossa sociedade, impulsionado pela globalização e pelo aumento da migração (Mihu et al., 2024). A cultura afeta a perceção da saúde, da doença, das decisões de tratamento, das experiências e dos resultados dos cuidados de saúde (Mihu et al., 2024). Face a esta observação, foi elaborado um jornal de aprendizagem como

estratégia facilitadora do aprofundamento de conhecimentos, e reflexão sobre os cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis (Unidade de Competência: E 1.1.2. – Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Conclui-se que a qualidade em saúde e a segurança são obrigações éticas, pois desempenham um papel crucial na redução de riscos evitáveis, na ampliação do acesso aos cuidados de saúde, na promoção da inovação, na equidade e no respeito com que esses cuidados são prestados, tornando-se prioridades fundamentais na prática de enfermagem (Despacho n.º 5613/2015). A execução dessas duas atividades, juntamente com as intervenções implementadas na prática clínica, centradas nas medidas de prevenção e controle de infeções, está em conformidade com a unidade de competência B 3.2, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

#### **4.6 Aquisição e reflexão de competências transversais aos diferentes contextos de estágio**

Nesta secção final, são abordadas as competências transversais pertinentes a todos os contextos. No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, é essencial destacar que a prática foi realizada em estrita conformidade com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico. Este processo exigiu o cumprimento das normas legais, dos princípios éticos e dos padrões deontológicos da profissão, evidenciando um conhecimento sólido e fundamentado adquirido na unidade curricular de Ética e Deontologia, bem como através da prática nos diversos contextos de estágio. Esta abordagem foi determinante para o desenvolvimento de competências essenciais na tomada de decisões éticas, que integraram os valores pessoais e profissionais, além das crenças e tradições da criança e da sua família (Unidade de Competência: A1 – Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Complementarmente ao que foi anteriormente exposto, destaca-se que a prática clínica foi caracterizada pela priorização da segurança dos cuidados e pelo respeito pela dignidade das crianças e famílias. O que foi garantido através do zelo pelo sigilo profissional, assegurando a confidencialidade e a segurança, tanto da informação escrita, como da oral. Além disso, respeitou-se a privacidade e a intimidade das crianças e

famílias, bem como os valores, crenças, costumes, religião, diversidade cultural e escolhas (Unidade de Competência: A1 – Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A realização das atividades ao longo do percurso formativo contribuíram para o desenvolvimento das competências conceptíveis, de análise e síntese, próprias do grau de mestre. A diversidade dos contextos de estágio proporcionou-me um conhecimento amplo das diversas áreas envolvidas, permitindo o aprofundamento dos meus conhecimentos e ampliando a minha capacidade de compreender e resolver problemas em novas situações. O progresso do meu conhecimento, sustentado em evidência, foi propício na procura de soluções e estratégias para lidar com questões complexas, através da reflexão sobre o problema e da tentativa de minimizar o impacto de situações mais negativas. Durante os estágios, foi possível desenvolver habilidades de comunicação com diferentes equipes multidisciplinares, apresentando conclusões sobre situações que necessitavam de análise, juntamente com o raciocínio que as alicerçava. A necessidade de aprofundar conhecimentos nas áreas de contexto de estágio estimulou, em mim, um desejo de pesquisa contínua, procurando a evidência científica mais atual, adquirindo conhecimentos para aprimorar as competências, visando oferecer um cuidado de excelência. Todas as competências adquiridas ao longo dos estágios são o alicerce sustentado para o meu crescimento, tanto pessoal, quanto profissional. Sendo este um processo dinâmico e incessável, o que significa o desenvolvimento contínuo ao longo do tempo.

## 5. Considerações Finais e Projetos Futuros

Na fase final deste percurso acadêmico, bem como deste relatório de estágio, é importante tecer algumas considerações, fundamentando-as num cuidadoso processo de análise reflexiva.

Considera-se assim, que a elaboração deste relatório proporcionou uma reflexão abrangente sobre todo o processo de aprendizagem realizado durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este processo foi fundamental para adquirir e desenvolver as competências comuns de Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas de EEESIP e as competências conceptivas, de análise e síntese, próprias do grau de Mestre.

As práticas clínicas têm sido fundamentais para o desenvolvimento de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, particularmente no que diz respeito aos contextos familiares e ao superior interesse da criança. Estes conhecimentos têm-se revelado valiosos não apenas na minha formação, mas também no meu contexto de trabalho, aprimorando a minha capacidade de intervenção junto às famílias e contribuindo significativamente para os processos de tomada de decisão.

As intervenções de enfermagem foram implementadas seguindo a abordagem dos cuidados centrados na criança/jovem e na família, com base no Modelo de Parceria de Cuidados. Esta abordagem priorizou a comunicação eficaz com a criança e os pais, valorizando a capacidade de escuta e empatia, com o objetivo de estabelecer uma relação de parceria e confiança. Este percurso, também, me permitiu consolidar competências e habilidades de pesquisa científica, úteis para a minha prática clínica, capacitando-me a encontrar respostas. Neste sentido, destaquei os contributos do EEESIP na promoção da parentalidade, como uma estratégia preventiva de maus tratos, bem como estratégia promotora de um desenvolvimento infanto-juvenil saudável.

Destaco como principal dificuldade enfrentada durante a elaboração deste relatório o significativo cansaço. Este percurso formativo teve início em setembro de 2022 e tem sido realizado concomitantemente com as minhas responsabilidades profissionais, tornando-o bastante exigente, desafiador e, por vezes, exaustivo. Apesar dos desafios

encontrados, foi possível superá-los com dedicação, empenho, rigor e resiliência. O apoio e a disponibilidade das enfermeiras orientadoras nos diversos contextos, assim como a orientação da professora Doutora Joana, aliados ao interesse e motivação demonstrados ao longo deste percurso, foram essenciais para o desenvolvimento das minhas competências, confiança e autonomia na prestação de cuidados às crianças/jovens e suas famílias. Contudo, procurou-se evidenciar a riqueza da aprendizagem e o significativo crescimento pessoal e profissional ao longo deste percurso académico, os quais estão refletidos neste relatório.

Perspetiva-se a criação e implementação de um projeto de melhoria contínua no meu local de trabalho, com a finalidade de promover competências parentais e cuidados antecipatórios, desde a gravidez até à primeira infância. Dando seguimento ao trabalho delineado e destacado neste relatório, tenho também a ambição de integrar o NACJR, acreditando que essa integração permitirá contribuir para a promoção da parentalidade e consequente promoção dos direitos e proteção das crianças.

O término desta etapa marca o início de uma nova fase profissional, trazendo consigo novas competências, conhecimentos e uma nova visão. Contudo, também, acarreta responsabilidades adicionais, como futura EEESIP e mestre, no cuidado de enfermagem à criança e à família, no aperfeiçoamento das aprendizagens já realizadas, e na procura por novos conhecimentos, visando a constante melhoria da qualidade dos cuidados na área da saúde infantil e pediátrica.

## Referências Bibliográficas

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 16(4), 230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129 (2), 394-404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Aslan, H., & Erci, B. (2022). The effect of playing games with toys made with medical materials in children with cancer on pain during intravenous treatment. *Palliative & Supportive Care*, 20(1), 84-93. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000390>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Bernardo, A.F.N., Vasconcelos, A.R.L.R., Santos, I.F.C., Patrício, M.A.D.R.V., & Rocha, G.M.(2023). O papel do enfermeiro especialista no envolvimento dos irmãos perante o internamento do recém-nascido. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 13(41), 324-334. <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.324-334>
- Binford, W. (2023). What Frontline Professionals Need to Combat Child Maltreatment Online. *International Journal on Child Maltreatment*, 6, 333-339 <https://doi.org/10.1007/s42448-023-00164-x>
- Bowlby, J. (1990). *Trilogia Apego e Perda - Apego (Vol. 1)*. Martins Fontes.
- Brunborg, G.S., Bjørknes, R., & Bang, L. (2024). Personal Barriers to Reporting Child Maltreatment Among Early Childhood Education and Care Professionals. *International Journal on Child Maltreatment*, 7, 221-240 <https://doi.org/10.1007/s42448-023-00190-9>

- Caetano, C., Pereira, B.B., & Konstantyner, T., (2022). Effect on the practice of the kangaroo method on the formation and strengthening of the mother-baby bond: a systematic review. *Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 22(01), 11-22. <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000100002>
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22 (2), 552-560. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- Carvalho, A.C.B.R., Alencar, L.M.S., Costa, M.V.M., Batista, P.V.S., Magalhães, J.M., Cardoso, S.B., Campelo, T.P.T., & Rodrigues, A.B.M. (2024). Ludoterapia Infantil No Contexto Hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 98(1), e024267. <https://doi.org/10.31011/read-2024-v.98-n.1-art.2004>
- Cavalcante, A., Netto, J., Martins, K., Rodrigues, A., Goyanna, N., & Aragão, O. (2018). Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 25(1), 24-28. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.1.2018.685>
- Center on the Developing Child at Harvard University (2021). *Three Principles to Improve Outcomes for Children and Families. 2021 Update*. Harvard University. <https://developingchild.harvard.edu/resources/three-early-childhood-development-principles-improve-child-family-outcomes/>
- Charepe, Z.B. (2014). *Promover a Esperança em Pais de Crianças com Doença Crônica - Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. UCP Editora. <https://books.google.com.br/books?id=SxL-EAAAQBAJ&lpg=PA2&dq=crian%C3%A7a%20e%20doen%C3%A7a%20cronica&lr&hl=pt-PT&pg=PA2#v=onepage&q&f=false>
- Çimke, S., Gürkan, D.Y., & Polat, S. (2024) Research on Family-Centered Care in pediatric patients: A Bibliometric Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 76, 199-206. 10.1016/j.pedn.2024.02.017
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel.



Collière, M.F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2.<sup>a</sup> ed.). Lusociência.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ). (maio de 2024). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2023*. CNPDPCJ. <https://www.cnpdpj.gov.pt/relatorio-atividades>

Correia, M.A., Silva, R.A.A., Santos, K.K.O., Carvalho, F.V.G., Oliveira, A.G.S., Ferreira, D.L.S.S., & Dantas, A.B.S. (2024). The role of nursing in the kangaroo method in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Research, Society and Development*, 13(4), e10113445602. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i4.45602>

Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M.P. (2020). Gestão da dor em pediatria: contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium*, 2(5), 185-193. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>

Costa R., Padilha M.I., Amante L.N., Costa E., & Bock L.F. (2009). O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Enfermagem*. 18(4), 661-669. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>

Coutinho, V.M., Queiroga, B.A.M, & Souza, R.C. (2020). Estilo de Apego em Crianças com Doenças Crônicas: Uma Revisão Integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 38, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018308>

Decreto-Lei n.º 161/1996 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*. I Série (Nº180 de 04-09-1996), 2959 - 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 157/2018 de 16-08-2018) 4147 - 4182. Eli <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Desconsi, D., Coppo, C.B., & Campos, T.G. (2024). Práticas Rotineiras Dos Pais Na Hospitalização Prolongada Dos Filhos Em Unidades De Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(4), 1105-1114. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i4.13512>

Despacho n.º 31292/2008 (2008). Aprovação do documento «Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde», anexo ao presente despacho - «Acção de saúde para crianças e jovens em risco». Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. *Diário da República*. II Série (Nº236/2008 de 05-12-2008) 49207 - 49231. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/31292-2008-975648>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e dos Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS

Durmaz Y.C., Coban P.T., Soylemez T.E., & Aktas H. (2022). Effectiveness of the training provided to healthcare professionals in Turkey to recognise the symptoms and risks of child abuse and neglect. *Health and Social Care in the Community*, 30(5), 1898-1906. <https://doi.org/10.1111/hsc.13620>

Escobar, C., Gonçalves, A., & Silva, H.R. (2021). Referenciação para a comunidade: a realidade da enfermagem num serviço de pediatria. *Revista Investigação em Enfermagem*. 36(2), 23-28. <https://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/837-rie-36-agosto-2022>

Farias D.H.R., Almeida M.F.F., Gomes G.C., Lunardi V.L., Queiroz M.V.O., Nörnberg P.K., & Lourenção, L.G. (2020). Crenças, Valores e Práticas de Famílias no Cuidado à Criança Hospitalizada: Subsídios à Enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*. 73(4), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0553>

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo (Eds.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp.40- 55). Lidel

Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2019. Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Comité Português para a UNICEF

- Guarda-Rodrigues, J., Ferreira, M., Fatela, M., Jeremias, C., Negreiro, M., & Lemos e Sousa, O. (2024). Culturally competent nursing care as a promoter of parental empowerment in neonatal unit: A scoping review. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.08.007>
- Hashimoto H., & Takahashi K. (2020). Training Needs and Issues Recognized by Public Health Nurses Involved in Prevention of Child Abuse. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 7(325), 1-6. <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2020/325>
- Hockenberry, M.J. (2024). Family, Social, Cultural, and Religious Influences on Child Health Promotion. In M.J. Hockenberry, E.A. Duffy & K.D. Gibbs (Eds.). *Wong´s Nursing Care of Infants and Children* (12ª ed., Secção I, Cap. 2, pp. 173-198)
- Hockenberry, M.J. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In M.J. Hockenberry, E.A. Duffy & K.D. Gibbs (Eds.). *Wong´s Nursing Care of Infants and Children* (12ª ed., Secção I, Cap. 1, pp. 109-141)
- Honor, G. (2022). Child Maltreatment Prevention: Essentials for the Pediatric Nurse Practitioner. *Journal of Pediatric Health Care*, 36(2), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.09.006>
- Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta Da Criança Hospitalizada*. Laboratório Mendifar. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP: International Classification of Nursing Practice*. ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Johnson, B. H., & Abraham, M. R. (2012). *Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities*. Institute for Patient- and Family-Centered Care. <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Lei n.º 147/99 (1999). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (nº 204 de 01-09-1999), 6115-6132. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>
- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento* 30(1), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Magalhães, T. (2004). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Quarteto
- Maier, A., Fegert, J.M., & Hoffmann, U. (2022). "An uncomfortable topic": Health professionals' perspectives on child protection capacities, training offers and the potential need for action in Germany. *BMC Health Services Research*. 22, 571. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07905-7>
- Mandadi, A. R., Dully, K., Brailsford, J., Wylie, T., Morrissey, T. K., Hendry, P., Gautam, S., & Fishe, J. N. (2021). A national survey of pediatric emergency medicine physicians on improving education in child maltreatment recognition and reporting child abuse & neglect. *Child Abuse & Neglect*, 122, 105324. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105324>
- McDowell, B.M., Cooper, R., Bowling, A.M., Cowen, K.J., Eskew, K., Kingsley, R.A., Ridling, D., & Williams, L. (2023). The SPN Pediatric Nursing Excellence Model: Differentiating pediatrics. *Journal of Pediatric Nursing*, 68, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.09.022>
- Mihu, L., Marques, R.M.D., & Sousa, P.P. (2024). Strategies for nursing care of critically ill multicultural patients: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 10.1111/jocn.17156. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.17156>
- Mohammadi, F., Oshvandi, K., Shamsaei, F., Khodaveisi, M., Khazaei, S., & Masoumi, S.Z (2023). Child exposure to domestic violence, substance dependence and suicide resilience in child laborers. *BMC Public Health*, 23(467), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15367-7>

- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B., & Fawcett, J. (Eds). *The Neuman Systems Model* (5.<sup>a</sup> ed., Cap. 1, pp. 3-32). Pearson
- Nogueira A., Santos A., & Coutinho, P. (2023). Cuidar em Parceria - O uso da brincadeira terapêutica na criança na hospitalização. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 12(2), 14-18. <https://actafarmacapeuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/409>
- Nyaloko, M., Lubbe, W., Moloko-Phiri, S.S., & Shopo, K.D. (2023). Exploring cultural determinants to be integrated into preterm infant care in the neonatal intensive care unit: an integrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 23(15). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05321-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Volume III*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticeesi\\_p\\_vol\\_iii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesi_p_vol_iii.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Inspire: Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças* (trad. Núcleo de Estudos da Violência, B&C Textos). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf?ua=1> (Publicação original 2016)
- Pontes, A.F., Barros, N.H.C., Rodrigues, N.A., Albuquerque, M.L., Cabral, M.G.O., Lucena, M.C.I., Duda Júnior, L.G.S., Paixão, T.B.L., Araújo, S.L., & Andrade, Â.R.L. (2022). The impact of hospitalization on the child and family. *Research, Society and Development*, 11(12), e111111234161. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26/2019 de 06-

02-2019) 4744 - 4750. Eli: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 190/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 79/2015 de 23-04-2015) 10087 - 10090. Eli: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133/2018 de 12-07-2018) 19192 - 19194. Eli <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Relvas, A.P. (2004). *O ciclo vital da família: perspetiva sistema*. 3ª ed. Edições Afrontamento.

Resolução da Assembleia da República n.º 20/1990 (1990). Aprova, para ratificação, a Convenção sobre os Direitos da Criança, assinada em Nova Iorque a 26 de Janeiro de 1990. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 211/1990 de 12-09-1990) 2 - 20. Eli: <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/20-1990-222390>

Resolução do Conselho de Ministros Nº112/2020 (2020). Aprova a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 245/2020 de 18-12-2020) 2 - 22. Eli: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/112/2020/12/18/p/dre/pt/html>

Riegel, F., Crossetti, M.G.O., Martini, J.G., Nes, & A.A.G. (2020). A teoria de Florence Nightingale e suas contribuições para o pensamento crítico holístico na enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, 74(2), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>

Rochford, H.I., Zeiger, K.D., & Peek-Asa, C. (2023). State-Level Education Policies: Opportunities for Secondary Prevention of Child Maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 136, 106018. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.106018>

- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L., (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos* 15, 1-38. [https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Schon, D. (1992). *Formar professores como profissionais reflexivos*. Em A. N. (Coord), *Os professores e sua formação*. D. Quixote
- Schon, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo, um novo design para o ensino e aprendizagem*. Artmed.
- Sidebotham, P., Golding, J., & the ALSPAC Study Team. (2015). Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 51, 16- 29. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>
- Silva, S., Sampaio, C., & Marques, G. (2024). Intervenções do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parceria de Cuidados à Criança e Família: revisão integrativa. *Servir*, 2(08), e35181. <https://doi.org/10.48492/servir0208.35181>
- Sousa, C.S., Barreto, B.C., Santana, G.A.S., Miguel, J.V.F., Braz, L.S., Lima, L.N., & Melo, M.C. (2021). O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 21(2), 173-180. <http://dx.doi.org/10.31508/1676-379320210024>
- Souza, M.S., Bandeira, L.D., Soares, M.G.S., Soares, M.A.S., Dias Filho, J.C., Sousa, A.M.C., Silva, É.B., Nascimento, G.P.A., Silva, A.S.E.S., Cândido, G.S., Nascimento, I.G., Silva Filho, E.A., Silva, A.R.C., Sousa, Y.A.S., & Andrade, F.S.F. (2022). Kangaroo care in the neonatal ICU: health benefits and maternal-infant bonding. *Research, Society and Development*, 11(13), e160111335072. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35072>
- Türk, N., Arslan, G., Kaya, A., Güç, E., & Turan, M.E. (2024). Psychological Maltreatment, Meaning-Centered Coping, Psychological Flexibility, And Suicide Cognitions: A Moderated Mediation Model. *Child Abuse & Neglect*. 152, 106735. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106735>
- United Nations Children's Fund. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. United Nations Children's Fund. [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

- Vieira, G.B., Guarda, L.E.A., Angelim, S.M.A.V., Oliveira, B.V.V., Paula, R.A.P., Ribeiro, L.M., Daré, M.F., Leon, C.G.R.M.P., Beleza, L.O., & Gomes, G.C. (2022). Nursing professional knowledge about pain during child vaccination. *Research, Society and Development*, 11(6). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28731>
- Vieira, M., Souto, L., Souza, S., Lima, C., Ohara, C., & Domenico, E. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, 5(1), 105–121. <https://docplayer.com.br/84530038-Diretrizes-curriculares-nacionaispara-a-area-da-enfermagem-o-papel-das-competencias-na-formacao-do-enfermeiro1.html>
- Ward, C.L., Gould, C., Lake, M.T., Mufamadi-Mathebula, D., Kleyn, L.M., Parker, W., & Dippenaar, W. (2023). An Assessment of Trends in Parenting and Child Outcomes in a Rural South African Community and Consequent Intervention Design. *International Journal on Child Maltreatment*. <https://doi.org/10.1007/s42448-023-00179-4>
- Wieczorkiewicz, A.K., & Baade, J.H. (2020). Família e escola como instituições sociais fundamentais no processo de socialização e preparação para a vivência em sociedade. *Revista Educação Pública*. 20(20). <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/20/familia-e-escola-como-instituicoes-sociais-fundamentais-no-processo-de-socializacao-e-preparacao-para-a-vivencia-em-sociedade>
- Wilson, I.A., & Lee, J. (2021). Barriers and Facilitators Associated With Child Abuse and Neglect Reporting Among Child Care Professionals: A Systematic Review. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 59(6), 14–22. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210324-01>
- Winqust, A., Burduli, E., Eddy, L.L., Landis, T., Fraser, J., & Barbosa Leiker, C. (2024). Associations between nurse characteristics, institutional characteristics and perceived nurse knowledge and self-efficacy of reporting suspected child abuse and neglect. *Journal of clinical nursing*, 33(7), 2662–2673. <https://doi.org/10.1111/jocn.17026>