



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

Relatório de Estágio

**Prevenção dos maus tratos em crianças: a  
intervenção de enfermagem no apoio às famílias e à  
parentalidade**

**Joana Alexandra Moreno Castilho**

---

**Lisboa  
2023**



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

Relatório de Estágio

**Prevenção dos maus tratos em crianças: a  
intervenção de enfermagem no apoio às famílias e à  
parentalidade**

**Joana Alexandra Moreno Castilho**



Orientador:

Professora Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues



**Lisboa**

**2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **Pensamento**

*“Como uma criança antes de a ensinarem a ser grande,*

*Fui verdadeiro e leal ao que vi e ouvi.”*

*Alberto Caeiro, in "Fragmentos"*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Joana Rodrigues que iluminou este percurso através da sua orientação repleta de inspiração, motivação e entusiasmo singulares.

A todos os Enfermeiros Orientadores que me acolheram calorosamente nos diversos contextos, partilharam os seus conhecimentos sem reservas e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais e irmão, em especial à minha mãe, mulher de garra, que me impele em direção aos meus sonhos. Sem ela, o meu *eu* seria muito diferente.

Aos amigos que já fazem parte da família, em particular à Cláudia, à Daniela, à Ana Rita, à Rita, ao Filipe, ao Alexandre, à Ana Almeida e ao Miguel, por estarem presentes em todas as etapas da minha vida e serem exatamente como são. Obrigada por todo o apoio, carinho e sorrisos com os quais sempre me brindaram.

Ao João, meu companheiro de toda a vida, melhor amigo, e agora marido, por ser sempre o primeiro a acreditar em mim e nos objetivos aos quais me proponho. Por ser a peça que me completa e me tornar todos os dias uma pessoa melhor. Acima de tudo, por ser casa e tornar a vida maravilhosa.

À minha equipa de serviço, mulheres e profissionais extraordinárias que me ensinaram o verdadeiro significado de enfermagem e trabalho em equipa, em especial à Vanessa, por destacar o que de melhor existe em cada uma de nós.

Por último, mas não menos importante, um profundo agradecimento a todas as crianças e famílias com as quais tive o privilégio de interagir ao longo deste percurso. A expressão do vosso sorriso representa, para mim, a confirmação da minha convicção de ter abraçado a profissão certa.

A todos, muito obrigada!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

### **ABREVIATURAS**

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

ed. – edição

Ed. (Eds.) – Editor(es) (editor[s])

et al. – et alii (e outros)

pp. – página

Vol. – Volume

### **SIGLAS**

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

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

CNPCJR - Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CWIG - Child Welfare Information Gateway

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NASN- National Association of School Nurses

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UNICEF – United Nations Children’s Fund

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

## RESUMO

Os maus tratos infantis evidenciam-se como uma problemática complexa e multifacetada, representando uma preocupação no âmbito da saúde pública e uma violação dos direitos humanos. As suas consequências devastadoras para as crianças e suas famílias, sublinham a relevância de intervenções que visem a sua prevenção e que garantam a proteção integral das crianças, bem como o apoio às famílias e à parentalidade.

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) pela prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias que desenvolve, emerge como referência na prevenção e intervenção em situação de maus tratos infantis.

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 suportam o presente Relatório.

O percurso metodológico, decorrente da concretização do projeto, sustenta-se no referencial técnico-científico da disciplina de enfermagem, bem como na formação reflexiva e aprendizagem experiencial, proveniente da realização dos vários estágios, com vista à aquisição de competências de EEESIP. Foram, assim, implementadas atividades promotoras da vinculação, da capacitação parental e de sensibilização para o fenómeno dos maus tratos infantis. Concomitantemente, desenvolveram-se atividades direcionadas para os cuidados culturalmente sensíveis e para os cuidados à criança em situação de especial complexidade, com enfoque na garantia dos seus direitos e proteção. A inovação, a criatividade e a atividade científica foram, igualmente, integradas, destacando-se a criação de um *website*, bem como a apresentação, em evento científico, de um protocolo de revisão *scoping* e a publicação do seu resumo.

Este percurso promoveu a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento das competências de EEESIP, com contributos para a contínua melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem pediátrica; Maus-tratos infantis; Parentalidade; Família; Criança.

## **ABSTRACT**

Child abuse emerges as a complex and multifaceted issue, posing a concern in public health and a violation of human rights. The devastating consequences for children and their families underscore the relevance of interventions aimed at prevention, ensuring the comprehensive protection of children, and supporting families and parenthood.

In this context, the Pediatric and Child Health Specialist Nurse (EEESIP), through the provision of advanced care with safety, competence, and satisfaction of the child and their families, stands as a reference in preventing and intervening in cases of child abuse.

The Betty Neuman Systems Model, Anne Casey's Partnership Care Model, and the philosophies of Non-Traumatic Care and Family-Centered Care are some of the frameworks mobilized to support this report.

The methodological journey, resulting from the project's implementation, relies on the technical-scientific framework of nursing, as well as reflective training and experiential learning from various internships, aiming at acquiring EEESIP competencies. Activities promoting bonding, parental empowerment, and awareness of child abuse phenomena were implemented. Simultaneously, activities were developed for culturally sensitive care and care for children in situations of special complexity, focusing on guaranteeing their rights and protection. Innovation, creativity, and scientific activity were also integrated, notably the creation of a website and the presentation of a scoping review protocol at a scientific event, with the publication of its abstract.

This journey facilitated the acquisition of knowledge and the development of EEESIP competencies, contributing to the continuous improvement of the quality of care provided to children and families.

**KEYWORDS:** Pediatric nursing; Child abuse; Parenting; Family; Child.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
1.1. Cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: da filosofia de cuidados ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	15
1.2. A criança um ser de direitos: o apoio à família e à parentalidade na prevenção dos maus tratos infantis.....	20
1.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista na prevenção de maus tratos em crianças e no apoio às famílias e à parentalidade .....	25
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>28</b>
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA .....</b>	<b>31</b>
3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	36
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	36
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	37
3.1.3. Domínio da gestão de cuidados.....	39
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	39
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica .....	41
3.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde .....	41
3.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	47
3.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	50
3.3. Desenvolvimento de competências para a aquisição do grau de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.....	55
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....</b>	<b>57</b>

## **ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES**

### **APÊNDICES**

**Apêndice I:** Modelo de Sistemas de Betty Neuman adaptado

**Apêndice II:** Mapa Concetual

**Apêndice III:** Protocolo de Revisão *Scoping*

**Apêndice IV:** Cronograma

**Apêndice V:** Guia orientador das atividades de estágio

**Apêndice VI:** Adaptação do instrumento árvore dos talentos

**Apêndice VII:** No centro de desenvolvimento: análise reflexiva

**Apêndice VIII:** Folheto calçado para crianças

**Apêndice IX:** *E-dossiê* - “Prevenção dos maus tratos em crianças: intervenção do enfermeiro”

**Apêndice X:** Na UCSP: análise Reflexiva

**Apêndice XI:** Sessão de formação “Realidade virtual- estratégia complementar para o controlo da dor no internamento de pediatria”

**Apêndice XII:** Website - “Desafios da parentalidade: vamos falar sobre...”

**Apêndice XIII:** Reunião do NHACJR: análise reflexiva

**Apêndice XIV:** No internamento de pediatria: análise reflexiva

**Apêndice XV:** Norma de procedimento

**Apêndice XVI:** Na urgência de pediatria: análise reflexiva

**Apêndice XVII:** Sessão de educação para a saúde “Conversa com os pais”

**Apêndice XVIII:** Jornal de aprendizagem: na unidade de cuidados neonatais

**Apêndice XIX:** Na unidade de cuidados neonatais: análise reflexiva

### **ANEXOS**

**Anexo I:** Certificado de participação na 1ª conferência internacional do CIDNUR, Research Conference Nursing Trends: research for better Health

**Anexo II:** Resumo da comunicação “Programas formativos de prevenção e controlo da violência contra crianças: protocolo de *scoping review*” publicado na revista Pensar Enfermagem

**Anexo III:** Póster “Parentalidade e educação não violenta: estratégias inovadoras para uma intervenção especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica”, apresentado no X Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Em conformidade com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (2021), este relatório de estágio tem como objetivo primordial demonstrar e justificar a aquisição de competências ao longo de todo o período de estágio. Essas competências incluem tanto aquelas que são comuns a todos os Enfermeiros Especialistas (EE), conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, quanto competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), como estabelecido no Regulamento n.º 422/2018 da mesma entidade, bem como competências conceptuais, de análise e síntese próprias do grau de mestre.

Na persecução do referido, o presente relatório, decorrente da concretização do projeto realizado, revela sustentação teórica ancorada no conhecimento, referenciais e evidência científica predominantemente da disciplina e profissão de Enfermagem. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o modelo da parceria de cuidados de Anne Casey e as filosofias de CNT e CCF são, assim, alguns dos referenciais que suportam o presente Relatório. A formação reflexiva e a aprendizagem experiencial, tal como apresentada por Schön (2008), acompanharam igualmente todo o percurso formativo.

Os estágios foram desenvolvidos em cinco contextos distintos de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, no Centro de Desenvolvimento Infantil, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, no Serviço de Internamento Pediátrico, no Serviço de Urgência de Pediatria e na Unidade de Cuidados Neonatais.

A metodologia de projeto adotada consistiu na elaboração de um plano de intervenção, devidamente fundamentado, com o intuito de dar resposta a um problema previamente identificado (Nunes et al., 2010). Para Vilelas (2022) a definição de uma problemática pode partir de quatro fontes distintas, sendo elas a experiência profissional, a literatura, as teorias e as ideias de fontes externas. O mesmo autor sublinha que a experiência da atividade profissional se encontra repleta de desafios

significativos, e que a sua resolução contribuirá para o aprimoramento do desempenho profissional (Vilelas, 2022).

De acordo com a OMS (2018, 2022), os maus tratos infantis compreendem a violência física, sexual, psicológica/emocional e a negligência em relação a bebês, crianças e adolescentes, perpetrados por pais, cuidadores e outras figuras de autoridade e representam uma problemática complexa, com consequências devastadoras. Contudo, a evidência comprova que estas situações podem ser prevenidas e as suas consequências mitigadas através da intervenção dos profissionais de saúde (OMS, 2018; 2022a), nomeadamente a partir de intervenções com enfoque no suporte e *empowerment* parental (Hornor, 2022; OMS, 2022b; Sethi et al., 2018; Temcheff et al., 2018; Van Der Put et al., 2018).

Dadas as sérias consequências a curto e a longo prazo para a criança e família, têm sido conduzidos vários estudos e programas preventivos nos últimos anos, com enfoque no combate aos maus tratos em crianças (OMS, 2015, 2018). Inicialmente, esses programas focavam-se principalmente numa abordagem de prevenção secundária, visando evitar a reincidência destas situações (NASN, 2018). No entanto, as estatísticas recentes a nível mundial e, mais especificamente em Portugal, revelam um aumento no número de casos notificados, com cada vez mais crianças a necessitar de intervenção e referenciação adequados (APAV, 2023; CNPDPCJ, 2023).

Neste âmbito, importa referir que, quer de acordo com a experiência pessoal que detenho, enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de urgência de pediatria de um hospital central, quer a evidência científica, apontam para a importância da formação dos profissionais de saúde nesta área, enquanto estratégia para ultrapassar as barreiras à notificação e intervenção identificadas (Oliveira & Costa, 2020; Silva et al., 2014). Segundo a literatura consultada, lacunas formativas nesta área originam insegurança na abordagem destas situações, com eventual comprometimento da correta identificação e encaminhamento dos casos (Oliveira & Costa, 2020; Silva et al., 2014). Ademais, os relatórios da APAV e CNPDPCJR, relativos ao ano de 2021 e 2022, demonstram que a negligência e a violência doméstica, constituem as categorias de perigo mais notificadas, nas comunicações recebidas pelas CPCJ (APAV, 2022, 2023; CNPDPCJR, 2022, 2023). Esta dura realidade, e as suas consequências a longo prazo para a criança e sua família sublinham a necessidade urgente de (re)pensar políticas e práticas clínicas, tornando-se de

máxima importância a prevenção eficaz dos maus tratos infantis (Hornor, 2022; Temcheff et al., 2018; Van Der Put et al., 2018).

No contexto atual, a evidência científica reforça a eficácia dos programas de prevenção que concentram esforços no apoio às famílias e na promoção do desenvolvimento das suas competências parentais. Neste sentido, é relevante salientar que a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024, mais especificamente a respeito da prioridade II, realça a importância de apoiar as famílias e a parentalidade, com o propósito de "fomentar competências para uma parentalidade positiva e partilha de responsabilidades parentais" (Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, p.9). De igual forma, o *International Council of Nurses*, através da *International Classification For Nursing Practice*, reconhece a "Adaptação à Parentalidade" e a "Parentalidade" como focos de atenção de enfermagem (ICN, 2019).

Importa frisar que o enfermeiro, devido à posição e relação privilegiada que estabelece com a criança e a família nos diferentes contextos, frequentemente representa o primeiro contacto entre as crianças em situação de risco ou maus tratos e o sistema de saúde. Ademais, a Ordem dos Enfermeiros (2015b) reforça que a parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou, em alternativa, de prevenir que o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e de saúde no futuro (p.11). Nesse contexto, e na perspetiva de Lopes et al. (2010), os enfermeiros devem fornecer apoio direcionado aos pais, visando promover um comportamento parental positivo e ampliar o conhecimento e a compreensão de temas que contribuam para o bem-estar da criança (p.115).

Na convergência do exposto, o EEESIP, munido de competências especializadas, desempenha um papel fundamental na prevenção dos maus tratos infantis. Um exemplo destas competências é a E1.2, que aborda a capacidade de diagnosticar precocemente e intervir em doenças comuns e em situações de risco que possam prejudicar a qualidade de vida das crianças e jovens, nas quais se incluem situações de maus tratos infantis (Regulamento nº 422/2018). Dessa forma, o EEESIP atua na prevenção dos maus tratos infantis, através de intervenções como a sensibilização de pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção, identificação de situações de risco para a criança e jovem e assistência à criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos

(Regulamento nº 422/2018). Esta atuação do EEESIP contribui significativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A organização do presente relatório contempla quatro capítulos : (1) o enquadramento teórico, onde será explicitado o enquadramento profissional, conceptual e científico relevante para a problemática de enfermagem em foco; (2) o percurso metodológico decorrente da concretização do Projeto realizado e que tem como base a formação reflexiva e a aprendizagem experiencial; (3) análise e reflexão do percurso formativo, que engloba não só a descrição e a análise reflexiva das atividades mais significativas realizadas em cada contexto, como também a sua articulação com o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP e competências para a atribuição de grau de mestre; (4) considerações finais e projetos futuros, que resume os principais contributos do percurso formativo, bem como dos projetos futuros ambicionados, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e à família. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas, assim como os anexos e os apêndices, que reúnem os documentos elaborados ao longo do período de estágio e que sustentam o percurso formativo efetuado.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL e com as orientações da Norma APA (7ª edição).

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo será explicitado o enquadramento teórico, relevante face à problemática de enfermagem em foco, que inerentemente, fundamenta a trajetória formativa e o desenvolvimento de competências de EEESIP.

## 1.1. Cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: da filosofia de cuidados ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O conceito de cuidar em enfermagem foi alvo de diversas definições ao longo dos anos, denotando a evolução dos diferentes referenciais teóricos, que sustentam a disciplina e a profissão (Bastiani et al., 2020).

De modo a analisar a evolução do conceito de cuidar na disciplina de enfermagem, torna-se imprescindível abordar aquela que foi considerada a pioneira da enfermagem moderna (Costa et al., 2020). Florence Nightingale, profundamente influenciada pela religião, defendia a enfermagem como um chamamento divino, dizendo-se devota ao bem-estar dos doentes (Nightingale, 1915). Na visão de Nightingale, o cuidar em enfermagem traduzia-se num processo reparador, proporcionando ao cliente condições favoráveis à cura (Costa et al., 2020). Florence almejava que o cuidar em enfermagem contribuísse “para desfazer o que Deus determinou que a doença fosse” (Nightingale, 2005, p. 21). Na sua perspetiva, a arte de enfermagem abrangia os domínios do cuidar, educar e pesquisar, não se limitando apenas aos indivíduos doentes, mas englobando todas as pessoas, independentemente do seu estado de saúde (Costa et al., 2020).

Mais tarde, também Collière definiu o conceito de cuidar em enfermagem como “um ato de reciprocidade, que somos levados a prestar a toda a pessoa, que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p. 235). Para a autora, o cuidar surge em simultâneo com a vida (Collière, 2003).

A progressão do conceito de cuidar acompanha o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, resultado de um contínuo e significativo investimento na profissão ao longo dos anos (Kérouac et al., 2002; Lopes, 2001). Esta evolução explanou-se pelo avanço das correntes de pensamento e na definição de paradigmas

que fundamentam e orientam a prática clínica (Kérouac et al., 2002; Lopes, 2001; Padilha et al., 2020).

Um paradigma pode ser compreendido como um processo dinâmico que combina um conjunto particular de conhecimentos, técnicas e atitudes específicas (Padilha et al., 2020). Tendo em conta as diversas escolas de pensamento de enfermagem, Kérouac et al. (2002) definiram três paradigmas, o da categorização, o da integração, e por fim, o da transformação.

O paradigma da categorização centra-se na saúde pública, interessando-se tanto pela pessoa, como pela doença em si. Neste paradigma os fenómenos são considerados elementos isoláveis, não inseridos no seu contexto (Kérouac et al., 2002). Por outro lado, o paradigma da integração, como o próprio nome indica, veio reconhecer que estes fenómenos integram um contexto específico, tornando-os multidimensionais. Esta corrente de pensamento considera que o objetivo dos cuidados de enfermagem consiste em restabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostase ou, em preservar a energia do cliente (Kérouac et al., 2002). É neste paradigma, mais especificamente na escola dos efeitos desejáveis, que se insere o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, norteador da construção deste relatório (Kérouac et al., 2002). Por fim, o paradigma da transformação defende que cada fenómeno é único, uma unidade global em constante interação com o mundo que nos rodeia (Kérouac et al., 2002; Lopes, 2001; Ribeiro et al., 2018). Importa salientar, que ainda que na visão de Kérouac et al. (2002) o Modelo de Sistemas de Betty Neuman se posicione no paradigma da integração, abrange pressupostos do paradigma da transformação, nomeadamente a visão do cliente único e holístico, em interação com um ambiente em mutação (Neuman, 2011). Dessa forma, é possível enquadrar o presente relatório neste paradigma, reconhecendo-se na criança e na família a capacidade de serem parceiros nas decisões de saúde que lhe dizem respeito (Ribeiro et al., 2018).

Também o conceito de cuidar em enfermagem pediátrica e os referenciais teóricos que o sustentam, evoluíram gradualmente até à atualidade.

De acordo com Yehene et al. (2022), o enfoque primordial da prática de enfermagem pediátrica contemporânea reside não somente na garantia do bem-estar físico da criança, mas também na promoção do seu ótimo desenvolvimento e crescimento. Adicionalmente, segundo os mesmos autores, procura-se ativamente a participação da família nesse processo, por meio do estabelecimento de relações terapêuticas com o binómio criança-família. A Ordem dos Enfermeiros (2022)

acrescenta que o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica “deve garantir uma filosofia subjacente à enfermagem pediátrica que seja sustentada pelos: os Cuidados Centrados na Família, a Parceria de Cuidados e os Cuidados Não Traumáticos” (p.3). Diogo et al. (2021) sublinham que, no cuidar em enfermagem pediátrica, “é fundamental que se inclua a família, permitindo a sua presença e o seu envolvimento ativo, dando a possibilidade aos familiares de prestarem apoio emocional e segurança à criança em todo o processo de cuidado” (p.3). Deste modo, a arte da enfermagem pediátrica e a relação entre a criança e a família entrelaçam-se de forma indissociável, formando um binómio essencial e inseparável para o cuidar. Assim, o EEESIP “tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (Regulamento nº 422/2018, p. 19192).

Nesse sentido, é imprescindível a exploração dos referenciais teóricos que permeiam o exercício profissional do EEESIP, os quais desempenharam um papel fundamental ao longo de todo o percurso de aquisição de competências e elaboração deste relatório.

Ao longo dos últimos anos, na produção científica consultada, foram reconhecidas distintas definições de cuidados centrados na família. Destaca-se, aqui, o contributo do *Institute for Patient-and Family-Centred Care* (2017), que na clarificação deste referencial, enfatiza a importância da colaboração entre profissionais de saúde, o cliente e a família, em todos os contactos com o sistema de saúde. Esta filosofia assenta em quatro pilares essenciais, sendo eles a dignidade e respeito pelo cliente e pela família, a partilha de informação adequada para uma tomada de decisão informada, a participação do cliente e da família na tomada de decisão e, por fim, a colaboração entre cliente, família e profissionais de saúde (Institute for Patient-and Family-Centred Care, 2017). Deste modo, os cuidados centrados na família defendem que esta é uma constante na vida da criança, focando-se na sua capacitação e *empowerment* (Hockenberry, 2024a). A mesma autora acrescenta que os enfermeiros têm em consideração as potencialidades únicas de cada família, e reconhecem a experiência de cuidar da criança dentro e fora do ambiente hospitalar, apoiando-a ao longo de todo o processo de cuidar (Hockenberry, 2024a).

Adicionalmente, à filosofia de cuidar sustentada nos cuidados centrados na família, e em concordância com o anteriormente referido, Hockenberry (2024a)

destaca a importância de o enfermeiro pediátrico dispor, de igual forma, de estratégias de humanização e prestar cuidados não traumáticos.

Os cuidados não traumáticos podem ser definidos pela implementação de intervenções que visem eliminar ou, pelo menos minimizar, o desconforto psicológico e físico vivenciado pela criança e família, no âmbito do sistema de cuidados de saúde (Hockenberry, 2024a). Esta filosofia encontra-se alicerçada em três princípios base, sendo eles: 1) prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família; 2) promover uma sensação de controlo; e, por fim, 3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. Consequentemente, o enfermeiro presta cuidados não traumáticos quando fomenta a relação criança-família durante o processo de hospitalização, realiza a gestão da dor e oferece oportunidades de escolha à criança (Hockenberry, 2024a).

Para além das filosofias do cuidar em enfermagem, nas quais o enfermeiro EEESIP norteia a sua intervenção, os modelos e teorias de enfermagem desempenham igualmente um papel vital na prática, orientando o pensamento crítico e a tomada de decisão (Alligood, 2022).

O Modelo da Parceria de Cuidados, desenvolvido por Anne Casey (1998) estabelece como premissa fundamental que os pais representam os principais cuidadores dos seus filhos (Casey & Mobbs, 1998). Neste contexto, a atuação do enfermeiro concentra-se na planificação dos cuidados, fomentando a participação colaborativa dos pais durante o processo de cuidar, “otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental” (Ordem dos Enfermeiros, 2012a, p.3). Este modelo, tal como os referenciais mencionados anteriormente, norteou a prestação de cuidados de enfermagem e as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Desta forma, permeou-se a visão dos pais e cuidadores como parceiros de cuidar, com vista à sua contínua capacitação e envolvimento nos cuidados.

A adoção do Modelo de Sistemas de Betty Neuman incidu na abordagem holística da teórica em relação à saúde e às intervenções de enfermagem. O foco principal deste modelo é a prevenção, através da redução dos fatores de *stress*, com o objetivo último de promover o bem-estar do cliente (Alligood, 2022).

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a enfermagem é definida como uma profissão única, centrada em todas as variáveis que influenciam o cliente no seu ambiente (Neuman, 2011). Na visão da autora, a intervenção de enfermagem surge quando se suspeita ou se identifica um *stressor* (Lawson, 2022;

Neuman 2011). Já o cliente é visto como um sistema que pode ser individual, uma família, uma comunidade ou mesmo um problema social. Este sistema é caracterizado por ser dinâmico, composto por uma rede de inter-relações que engloba fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Lawson, 2022; Neuman, 2011). Além disso, a teórica considera o seu modelo como um modelo de bem-estar. A autora defende o conceito de saúde como um continuum que abrange desde o bem-estar até a doença, sendo de natureza dinâmica e em constante evolução (Lawson, 2022; Neuman, 2011). Adicionalmente, Neuman enfatiza que o estado de estabilidade ideal do sistema é o estado de bem-estar máximo possível para o cliente em qualquer momento, quando todas as necessidades do mesmo estão supridas (Lawson, 2022; Neuman, 2011).

Por outro lado, os *stressores* são elementos do ambiente que têm o potencial de desequilibrar o sistema, e, portanto, a saúde do cliente (Neuman, 2011). Desta forma, o cliente possui uma estrutura básica, que é comum a todos os seres vivos e é composta por cinco variáveis que interagem entre si e com o meio (Neuman, 2011). Essas variáveis incluem a variável fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a desenvolvimental e a espiritual. O ajuste das cinco variáveis do cliente aos *stressores* ambientais é o que determina o estado de saúde. Assim, o cliente está em constante mudança consoante a sua interação com o meio, em direção ao estado de equilíbrio, a saúde, ou de desequilíbrio, a doença. (Lawson, 2022; Neuman, 2011).

Com vista a salvaguardar a sua estrutura básica, o cliente dispõe de três linhas de defesa que funcionam como um escudo, perante os *stressores*. Estas linhas são constituídas pela linha flexível, linha normal de defesa e, por fim, linhas de resistência. Dado que existem inúmeros *stressores*, nem sempre evitáveis, o que varia é a forma como estes atuam na rede de defesa do cliente e a energia que este despende para preservar a integridade do sistema (Lawson, 2022; Neuman, 2011). Portanto, existe uma relação constante entre o indivíduo, ou seja, o sistema, e a sua reação aos *stressores* presentes no ambiente, podendo estes ser de natureza interpessoal, intrapessoal ou extrapessoal, gerando um impacto positivo ou negativo no cliente (Lawson, 2022; Neuman, 2011).

Deste modo, a intervenção de enfermagem foca-se especificamente na área da prevenção nas suas três vertentes, primária, secundária e terciária, e tem como finalidade a manutenção do equilíbrio do sistema do cliente. A prevenção primária pretende reduzir os *stressores* e os fatores de risco, diminuindo a probabilidade de uma reação a um *stressor* ambiental. Ademais, visa proteger a linha normal de defesa

ou fortalecer a linha flexível de defesa do cliente. Este nível de prevenção engloba a promoção para a saúde (Lawson, 2022; Neuman, 2011). Segundo os mesmos autores, a prevenção secundária surge quando já ocorreu uma reação ao *stressor*, e é necessário intervir nos efeitos nefastos causados. Assim, atua na proteção da estrutura básica do cliente, fortalecendo as estruturas de resistência internas e intervindo no tratamento de sintomas (Lawson, 2022; Neuman, 2011). Por fim, a prevenção terciária almeja o reajustamento de processos do cliente, com vista ao retorno ao estado de saúde após o tratamento. Além disso, concentra-se na reeducação do cliente para prevenir ocorrências futuras, conservando a sua energia e fomentando os pontos fortes existentes (Lawson, 2022; Neuman, 2011).

Tendo por base este modelo, a intervenção do EEESIP deve direcionar-se na resposta às situações, consoante o impacto dos *stressores*, visando a satisfação das necessidades do sistema holístico e multidimensional que é o binómio criança e família. Adicionalmente, o enfoque da enfermagem pediátrica centra-se no cuidado à criança e a família na retenção, obtenção e manutenção da estabilidade ótima do sistema, ou seja, na manutenção do bem-estar (McDowell, 2011).

## **1.2. A criança um ser de direitos: o apoio à família e à parentalidade na prevenção dos maus tratos infantis**

A criança é definida pela *Children's Rights Alliance* (2010) como todo o ser humano com idade inferior a 18 anos, exceto se perante a lei aplicável à criança, a maioridade for obtida previamente. Em Portugal, de acordo com o artigo 5º, da Lei n.º 23/2017, crianças e jovens englobam todos os indivíduos “com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos”

O entendimento contemporâneo reconhece que a infância é uma fase distinta e crucial no desenvolvimento humano, com características próprias e necessidades específicas. No entanto, nem sempre foi essa a perspetiva partilhada pela sociedade (Cardoso, 2017; Oliveira & Pais, 2014).

Na antiguidade e idade média, práticas como o Infanticídio, o abuso sexual de menores, a mutilação genital e o trabalho infantil, eram vulgarmente aceites em vários países, não existindo um espaço para a criança (Oliveira & Pais, 2014). Desse modo, até ao final do século XVII, o espaço social da infância era praticamente inexistente,

sendo atribuído às crianças um estatuto de adulto em miniatura, a partir do momento em que demonstrasse algum tipo de independência (Cardoso, 2017).

Mais tarde, o século XX, fica assinalado pela criação da UNICEF, pela Declaração Universal dos Direitos da Criança e pela Convenção sobre os Direitos das Crianças, representando um marco no reconhecimento da criança como sujeito de direitos. (Cardoso, 2017). Segundo a mesma autora, não obstante os progressos positivos decorrentes dessas iniciativas na promoção das condições de vida e do bem-estar infantil, persistem obstáculos que dificultam a plena concretização dos direitos estabelecidos. Após mais de um século da promulgação da Lei da Proteção à Infância em 1911, a incidência dos maus tratos infantis mantém-se alarmantemente elevada a nível nacional e internacional. Essa elevada incidência é ainda mais preocupante devido às consequências prejudiciais que afetam a criança, acompanhando-a até à idade adulta (Magalhães & Baptista, 2021; Petersen et al., 2014).

Existem diferentes definições de maus tratos infantis explanadas na literatura. Em Portugal, a DGS (2011) definiu que os maus tratos em crianças e jovens englobam qualquer ação deliberada ou não, cometida pelos pais, cuidadores ou terceiros, que represente uma ameaça à segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança. Em 2018, a OMS definiu-os como

todas as formas de tratamento prejudicial físico e/ou emocional, abuso sexual, falta de atenção, negligência e exploração comercial ou de outro tipo, que resultem em prejuízo para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder (p.94).

Na sua definição mais recente, a mesma organização, define que os maus tratos infantis incluem a perpetuação de violência física, sexual e violência psicológica/emocional e negligência de bebés, crianças e adolescentes dos 0 aos 17 anos pelos pais, cuidadores e outras figuras de autoridade, na maioria das vezes em casa (OMS, 2022a).

Os maus tratos infantis, podem ser delimitados em diferentes tipologias. Segundo a DGS (2011) existem cinco tipologias distintas, sendo elas, o mau trato físico, o mau trato psicológico ou emocional, o abuso sexual, a negligência e a Síndrome de Munchausen por Procuração.

Os maus tratos físicos podem ser definidos como qualquer ação deliberada de causar dano físico à criança ou jovem, e é mais facilmente detetada por ser

comumente evidenciada por lesões físicas (DGS, 2011). Os maus tratos psicológicos ou emocionais são todos os atos que resultem da “privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afectivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem” (DGS, 2011, p.8). Por sua vez, a negligência é caracterizada pela incapacidade de satisfazer adequadamente as necessidades básicas da criança, comprometendo o seu crescimento e desenvolvimento de forma significativa. Tal como o mau trato psicológico, é das formas de mau trato mais comuns e difíceis de detetar pelos profissionais, uma vez que não se evidencia por lesões físicas (DGS, 2011). Já o abuso sexual implica o “envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha”, assente na maioria das vezes numa relação de poder (DGS, 2011, p.9). Por fim, a Síndrome de Munchausen por Procuração, que alguns autores como a CNPCJR (2011) incluem na violência física, caracteriza-se pela indução de sinais e sintomas de doença na criança. Esta condição envolve a submissão da criança a diversos procedimentos diagnósticos, muitos dos quais invasivos, e, em casos mais graves, pode conduzir ao óbito da criança (DGS, 2011).

Uma vez que a sociedade e os perigos eminentes para a criança se encontram em constante mutação, no mais recente relatório emanado pela CNPDPCJ (2022), surgem novas tipologias de perigo. Algumas delas são: a criança está abandonada ou entre a si própria; comportamentos de perigo na infância e juventude; situações de perigo em que esteja em causa o direito à educação; violência doméstica; e “tem nacionalidade estrangeira e está acolhida em instituição pública, cooperativa, social ou privada com acordo de cooperação com o Estado, sem autorização de residência em território nacional” (CNPDPCJ, 2022, p.117).

É relevante salientar que os maus tratos em crianças não derivam de um único fator isolado, mas sim da interação de diferentes elementos. Estes elementos podem ser classificados como fatores de risco, proteção, e agravamento ou situações de crise de vida, e podem estar relacionados com características inerentes ao cuidador, à criança ou ao contexto socioeconómico, devendo ser considerados durante a avaliação tecida pelos profissionais, nos distintos contextos clínicos (DGS, 2011).

Os fatores de risco abrangem todas as variáveis que aumentam a probabilidade de ocorrência de maus tratos infantis. Por outro lado, os fatores de proteção, também conhecidos como fatores compensatórios, referem-se às variáveis que podem reduzir o impacto dos fatores de risco e prevenir os maus tratos (CNPCJR, 2011; DGS, 2011).

No caso da criança, alguns desses fatores protetores/compensatórios, que podem modificar o impacto à exposição da situação de perigo, incluem um desenvolvimento global adequado à sua idade, uma vinculação segura com a família, a presença de um grupo de pares e a capacidade de resolver problemas (CNPCJR, 2011; DGS, 2011). No que diz respeito à família, os mesmos autores referem como fundamentais as competências parentais, uma estrutura familiar estável e a segurança económica. Além disso, a existência de uma rede de suporte e a facilidade de acesso aos serviços de apoio disponíveis na comunidade, são enfatizados pela DGS (2011) como fatores de extrema relevância.

De acordo com a APAV, em 2022, 2595 crianças foram vítimas de violência, verificando-se um aumento de 636 casos em relação ao ano de 2021. Importa ainda referir que a média de idade dessas crianças foi de 10 anos (APAV, 2023). Já a CPCJ, no mesmo ano, reportou um total de 27 370 novos casos sob acompanhamento, mais 619 casos do que em 2021. Desse total, 30,5% corresponderam a situações de negligência, 27,4% a casos de violência doméstica, e 19,9% interligaram-se à nova categoria de perigo “Comportamentos de Perigo na Infância e Juventude”, ultrapassando as questões relacionadas com o direito à educação (CNPDPJ, 2023). Estes dados corroboram o alerta apresentado por Xarepe et al. (2017), que salienta que, apesar de a família ser amplamente reconhecida como o contexto propício para o crescimento e a realização afetiva plena de todos os seus membros, em determinadas circunstâncias, pode tornar-se palco de conflitos graves e traumáticos. Tal fenómeno advém do fato de a família ser um espaço intrinsecamente associado à intimidade e à privacidade, o que pode amplificar a magnitude e a complexidade desses conflitos (Xarepe et al., 2017).

Neves (2017) e OMS (2018; 2022b) realçam que os programas de prevenção que se têm revelado mais eficazes são aqueles que proporcionam apoio às famílias e promovem o desenvolvimento das suas competências parentais. Neste âmbito, importa destacar que a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024, estabelece cinco prioridades, com a prioridade II a enfatizar o apoio às famílias e à parentalidade. Esta prioridade visa “fomentar competências para uma parentalidade positiva e partilha de responsabilidades parentais” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, p.9). Nesta estratégia nacional incluem-se ainda a Prioridade I - Promover o bem-estar e a igualdade de oportunidades; Prioridade III - Promover o acesso à informação e à participação das crianças e jovens; Prioridade IV - Prevenir e combater a violência contra crianças e jovens; Prioridade V - Promover

a produção de instrumentos e de conhecimento científico potenciadores de uma visão global dos direitos das crianças e jovens (Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020). Desta forma, revela-se necessário definir a parentalidade e as suas dimensões, bem como o que se entende por competências parentais e parentalidade positiva.

Na produção científica consultada foram identificadas diversas definições de parentalidade, o que pode ser atribuído à natureza subjetiva do conceito e à influência exercida pela cultura de cada indivíduo (Barroso & Machado, 2010). O *International Council of Nurses* através da *International Classification For Nursing Practice*, considera a “Adaptação à Parentalidade” e a “Parentalidade” como focos de atenção com relevância para a intervenção de enfermagem. A mesma entidade define a parentalidade como o ato de cuidar e assumir as responsabilidades de ser mãe/pai, englobando os comportamentos destinados a promover o crescimento e desenvolvimento ótimos das crianças (ICN, 2019).

Já de acordo com Hoghughi (2004) e Reader et al. (2005) a parentalidade é “o conjunto de actividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança num ambiente seguro” com vista à sua autonomia (Barroso & Machado, 2010, p.212). Hoghughi (2004) refere ainda que este conceito é composto por numerosos elementos que envolvem todos os aspetos do funcionamento da criança. A Ordem dos Enfermeiros (2015b) acrescenta ainda que a parentalidade “tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e da saúde no futuro” (p.11). Segundo Lopes et al. (2010), os enfermeiros devem proporcionar apoio aos pais direcionado “para um comportamento parental positivo e para o conhecimento e compreensão de assuntos que possibilitem os melhores resultados na criança” (p.115). Desse modo, importa explorar o conceito de parentalidade positiva que se define:

como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, que assegura a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica o estabelecimento de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento (Recomendação Rec (2006) 19 do Conselho da Europa – Comité Conselho Ministros, p.13)

Com base nas premissas anteriormente referidas, Hoghughi (2004) explanou o modelo integrativo dos elementos teóricos da parentalidade. Neste modelo a

parentalidade engloba onze dimensões, que o autor subdivide em atividades parentais, pré-requisitos e áreas funcionais.

As atividades parentais são constituídas pelo cuidado à criança no âmbito físico, social e mental e um controlo e disciplina com foco na imposição de limites, que assegurem a supressão das necessidades da criança, a sua sobrevivência e o seu funcionamento social. Além disso, existem ainda as atividades parentais de desenvolvimento, ou seja, tudo o que propicie o máximo desenvolvimento da criança (Barroso & Machado, 2010).

Já os pré-requisitos são definidos como as capacidades necessárias para desenvolver a atividade parental. Nestes surgem o conhecimento e a compreensão, os recursos, a motivação e as oportunidades dos pais. Por fim, as áreas funcionais referem-se aos aspetos do funcionamento da criança e formulam tarefas parentais. Esta dimensão pode ser subdividida em saúde física, saúde mental, comportamento social e funcionamento educativo e intelectual (Barroso & Machado, 2010).

O recurso a este modelo visa reforçar o impacto que os pais e a forma como exercem a sua parentalidade poderá influenciar positiva ou negativamente uma situação de risco de maus tratos infantis, bem como todos os fatores que influenciam o exercício da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

### **1.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista na prevenção de maus tratos em crianças e no apoio às famílias e à parentalidade**

A prevenção dos maus tratos em crianças é uma prioridade a nível nacional e internacional (OMS, 2018; Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020).

O EEESIP, pela sua proximidade com a criança e a família, bem como pelos seus conhecimentos e competências, encontra-se habilitado e numa posição privilegiada de intervenção, no que diz respeito à prevenção dos maus tratos em crianças, como também no apoio às famílias e à parentalidade, tal como evidenciado pelos critérios de avaliação “E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex.maus tratos, negligência e comportamentos de risco; E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos” (Regulamento nº422/2018, p. 19193).

Considerando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011), o enfermeiro poderá intervir na prevenção dos maus tratos infantis e na promoção e

apoio à família e à parentalidade nas três vertentes de prevenção, tal como representado esquematicamente no APÊNDICE I- Modelo de Betty Neuman Adaptado.

No âmbito da prevenção primária, procura-se prevenir a ocorrência de uma situação de maus tratos infantis, através da redução de fatores de risco e aumento das linhas de defesa da criança e da família (Neuman, 2011). Intervenções inerentes aos cuidados antecipatórios, à avaliação do risco familiar, à promoção da vinculação precoce e de competências parentais, encontram-se diretamente relacionadas com o aumento de fatores protetores e, portanto, com o fortalecimento das linhas de defesa (CNPCJR, 2011). Entende-se que a prevenção secundária, se desenrola no momento posterior a uma situação de maus tratos, tornando imprescindível uma deteção precoce destas situações e a prevenção da sua recorrência (Neuman, 2011). Nesse âmbito, enquadram-se, por exemplo, intervenções como o tratamento de sintomas, sessões de educação para a saúde, com enfoque no sistema criança-família, bem como a realização da avaliação do risco familiar e referenciação adequada (CNPCJR, 2011; CNPDPCJ, 2023). Já a nível da prevenção terciária, almeja-se a readaptação do sistema criança-família, após uma situação de maus tratos. A este nível foram identificadas como intervenções facilitadoras, por exemplo, a visita domiciliária e os programas de promoção de competências parentais, nomeadamente o *Triple P* ou *Os anos incríveis* (Branco et al., 2022; CNPCJR, 2011; CNPDPCJ, 2023; OMS, 2018). Importa frisar que, algumas das intervenções referidas, poderão ser flexíveis no seu posicionamento e enquadradas em diferentes vertentes de prevenção e não apenas como se encontram apresentadas.

Uma das competências comuns do EE que se encontra diretamente interligada com a prevenção de maus tratos em crianças é a promoção e proteção dos direitos humanos prevista pela unidade de competência A2.1 (Regulamento nº140/2019). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), é necessário que o EEESIP focalize “a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e *stressores* associados às suas vivências” (p.3). Ademais, o EEESIP deverá possuir a capacidade de identificar e atuar em “situações de risco para a criança e jovem”, nomeadamente no que diz respeito aos maus tratos infantis (Regulamento nº422/2018, p.19193). Desse modo, através da deteção precoce de sinais e sintomas, fatores de risco e/ou *stressores*, poderá orientar a sua intervenção. Com um foco contínuo na promoção dos fatores de proteção/compensatórios, e com

base no cuidado centrado na família, é possível fomentar o desenvolvimento desses elementos dentro do sistema que engloba a criança, a família e a comunidade.

Adicionalmente, prevê-se que o EEESIP seja capaz de sensibilizar “pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção” e assistir “a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos” (Regulamento nº 422/2018, p.19193). Desta forma, os programas ancorados na promoção de competências parentais, com enfoque na parentalidade positiva, relações crianças-pais e família-ambiente têm sido descritos na literatura, como os mais eficazes na prevenção dos maus tratos infantis (Branco et al., 2022; Cirik et al., 2017; CNPCJR, 2011; OMS, 2018; OMS, 2022b). No âmbito da intervenção do EEESIP, torna-se então indispensável a promoção de competências parentais, tendo em consideração que, através de uma parentalidade positiva, se procura “reduzir ou eliminar a incidência de novos casos de maus tratos às crianças e a recidiva de casos já existentes” (CNPJCR, 2011, p.56).

Ao fortalecer as capacidades e potencialidades das famílias em situação de *stress*, o enfermeiro capacita-a para o exercício de uma parentalidade positiva, preparando-a para melhor responder às necessidades das crianças, e consequentemente prevenir os maus tratos infantis (Branco et al., 2022; CNPCJR, 2011; OMS, 2018, 2022b). No entanto, cabe realçar que esta intervenção, devido à sua complexidade, requer uma abordagem multidisciplinar, exigindo o adequado encaminhamento e atuação por parte dos diferentes grupos profissionais (DGS, 2011).

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico, decorrente da concretização do Projeto realizado e sustentado no referencial técnico-científico da disciplina de enfermagem, teve por base a formação reflexiva e a aprendizagem experiencial proveniente da realização dos vários estágios, visando a demonstração e fundamentação das competências adquiridas.

De acordo com Nunes et al. (2010), um projeto é concebido como "um plano de trabalho que se organiza para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar" (p. 4). Esta abordagem metodológica fundamenta-se na prática reflexiva, como explicam Nunes et al. (2010) e Schön (2008), permitindo identificar e resolver problemas por meio de ações práticas. Além disso, fomenta o pensamento crítico na atuação, o questionamento das estratégias de ação e a compreensão dos fenómenos, contribuindo para a resolução de problemas emergentes (Nunes et al., 2010; Schön, 2008). Benner (2001) acrescenta que a reflexão permite que os enfermeiros "identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico" (p.14). Esta abordagem promove, assim, a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, reforçando a importância da formação contínua (Pereira-Mendes, 2016; Netto et al., 2018; Sherwood et al., 2018).

Desse modo, seguindo a estrutura da metodologia de projeto, foi identificada uma problemática da prática de cuidados diária, ancorada na elevada incidência de maus tratos infantis e na necessidade da sua prevenção, através da promoção de competências parentais. Esta problemática encontra sustentação nas orientações nacionais e internacionais (CNPCJR, 2011; OMS, 2018, 2022b) e na evidência científica consultada (Branco et al., 2022; Chen & Chan, 2016; Gubbels et al., 2019; Temcheff et al., 2018).

Face ao exposto, foram desenvolvidos os seguintes objetivos gerais e respetivos objetivos específicos:

1. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

- (a) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem à criança e família promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e da família
  - (b) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem em situações de especial complexidade, nomeadamente em situação de doença crónica e/ou rara, com vista à promoção do *empowerment* da criança e da família.
2. Desenvolver competências para a intervenção especializada de enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.
- a) Implementar intervenções especializadas de enfermagem em situações de risco e/ maus tratos infantis nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na sua prevenção.
  - b) Implementar intervenções especializadas de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade.

A fase de execução do projeto, que será explanada neste relatório e da qual emergiram resultados a nível da “aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências” (Nunes et al., 2010, p.24), decorreu em distintos contextos de prática clínica. Alarcão e Rua (2005) sublinham que é nos contextos de estágio que ocorre a verdadeira construção de conhecimento “relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da acção), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na acção)” (p. 376). Desse modo, esta etapa centrou-se na aquisição de competências comuns e competências especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediatria, competências para a aquisição de grau de mestre, bem como os objetivos gerais e específicos inicialmente delineados. É importante reforçar que as intervenções traçadas encontram suporte no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, bem como na filosofia dos CNT e nos CCF. Ademais, estas intervenções direcionaram-se com o objetivo de aprimorar a qualidade da prestação

de cuidados de enfermagem, bem como as necessidades específicas de cada serviço e população-alvo às quais as atividades foram adaptadas.

A operacionalização do projeto de estágio teve início no contexto de centro de desenvolvimento infantil, seguida pela unidade de cuidados de saúde personalizados e serviço de internamento. Finalmente, devido ao conhecimento prévio sobre o serviço e ao alinhamento das suas necessidades em relação à formação e à prevenção de maus tratos infantis com o projeto de delineado, optou-se pelo serviço de urgência de pediatria, onde atualmente exerço funções. Este percurso terminou na unidade de cuidados neonatais.

O capítulo que seguidamente se apresenta procura explicar o percurso formativo percorrido, bem como a aquisição de competências que daí adveio.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

De acordo com Benner (2001) a prática é mais do que um conjunto de técnicas e “requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (p.14).

Os contextos e as atividades selecionados visaram contemplar uma complexidade crescente, conforme explanado no **cronograma** (APÊNDICE IV) e **guia orientador de atividades de estágio** (APÊNDICE V), com o objetivo de maximizar a aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP e dar resposta aos objetivos inicialmente traçados.

Para uma análise e compreensão mais aprofundadas das competências desenvolvidas, optou-se por iniciar com uma breve contextualização de cada um dos contextos de estágio e, em seguida, estruturar este capítulo de acordo com a organização delineada no Anexo I, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), e no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018). O capítulo será concluído com uma breve análise acerca das competências de grau de mestre adquiridas.

O primeiro período de estágio decorreu no centro de desenvolvimento infantil e teve a duração de duas semanas. Neste centro são assistidas crianças e jovens, dos 0 aos 21 anos, tendo como propósito a melhoria contínua da assistência às crianças portadoras de incapacidade/deficiência e às suas famílias, com a finalidade última de facilitar a sua integração numa vida ativa e participativa. Neste contexto, são admitidas crianças com problemas de saúde relacionados com situações de paralisia cerebral, traumatismos crânio-encefálicos, lesões vertebro-medulares, acidente vasculares cerebrais e outras doenças neurológicas.

A equipa multidisciplinar, entre outros profissionais, é constituída por EEESIP e EE em enfermagem de reabilitação, médicos, terapeutas da fala, psicólogos e professoras. Estes profissionais trabalham em estreita colaboração, visando maximizar a independência das crianças, jovens e famílias assistidas.

Importa realçar que o método de trabalho de enfermagem implementado é o método de enfermeiro responsável. Neste contexto, é da responsabilidade do

enfermeiro de referência “planear, executar e avaliar os cuidados, da admissão até à alta, sempre que esteja ao serviço” (Martins et al., 2023, p.15). Assim, espera-se que o enfermeiro de referência coordene e supervisione os cuidados ao longo de todo o processo de hospitalização (Martins et al., 2023).

Este contexto de estágio está associado a vários projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, incluindo o projeto de *Follow-up*, que envolve vários contactos telefónicos à família, nomeadamente cerca de uma semana após a alta hospitalar e três meses após a mesma. Assentes numa relação de parceria com a criança e sua família, estes momentos de cuidado permitem, a partir de uma apreciação, a identificação de necessidades específicas da criança, do jovem e da sua família, bem como, o apoio e o suporte individualizados, rumo ao *empowerment* e autonomia dos seus intervenientes.

Adicionalmente, neste contexto, encontra-se implementado o projeto "Esperança", que tal como o nome sugere, objetiva a promoção de atividades que inspirem esperança nas crianças e nas suas famílias. Uma das atividades integrada no projeto, e amplamente utilizada e valorizada pelas famílias, é o "Diário da Esperança". Sendo este um projeto dinâmico, atualmente, a equipa encontra-se a construir uma outra atividade, denominada o “Jardim da Esperança”. Esta atividade envolve a construção de uma árvore, na qual se perspetiva que as folhas contenham frases inspiradoras, selecionadas pelas crianças e famílias hospitalizadas.

O segundo período de estágio, com uma duração de quatro semanas, decorreu numa UCSP onde são prestados “cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (Decreto-Lei n.º 28/2008). A seleção deste local baseou-se na promoção de competências na área da vigilância de saúde infantil e juvenil e do apoio à criança e jovem em situação de risco. Além disso, esta UCSP localiza-se na mesma área geográfica do hospital no qual presto funções, assistindo assim a mesma população.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros e administrativos. Já a equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros generalistas e especialistas, sendo um desses elementos EEESIP. Este elemento encontra-se maioritariamente responsável pela consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, na qual se focalizou este estágio.

A estrutura física desta unidade está organizada num edifício residencial, no qual a prestação de cuidados se encontra distribuída por diferentes andares. No andar destinado à pediatria, encontram-se várias salas especializadas, nomeadamente uma

sala de enfermagem para vacinação, uma sala de consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, uma sala de amamentação, uma sala dedicada à saúde oral e dois gabinetes médicos.

Seguiu-se o contexto de internamento de pediatria, com o propósito de adquirir experiência em diferentes métodos de trabalho e conhecer novas realidades. Neste serviço são prestados cuidados a crianças e jovens até aos 18 anos de idade, com problemas de saúde crónicos ou agudos, nomeadamente doenças respiratórias, metabólicas, hematológicas e traumas.

Este serviço encontra-se envolvido em diversos projetos de melhoria contínua, nomeadamente na área da cirurgia de ambulatório, da diabetes e da gestão da dor em pediatria. No âmbito da cirurgia de ambulatório são conduzidas duas consultas de enfermagem, uma consulta prévia, designada “consulta de anestesia” e uma consulta subsequente, designada “consulta de *follow up*”. Esta última decorre 24 horas após a ida ao bloco, encontrando-se a criança e a família no seu domicílio, sendo, portanto, realizada por via telefónica. Já o projeto da diabetes prevê a articulação com os centros de saúde e saúde escolar da área assistencial do hospital, com vista a capacitar a criança e a família na gestão da doença, onde se inclui um guia de capacitação para a alta. Por fim, o projeto da área da gestão da dor em pediatria, prevê diversas intervenções, incluindo a realização de procedimentos invasivos exclusivamente em sala de tratamento. Nesta sala, os enfermeiros têm acesso a uma variedade de materiais didáticos e lúdicos que facilitam o uso de abordagens terapêuticas, como o brincar terapêutico e a aplicação de técnicas de distração, através da música, da leitura e de jogos. Essa prática está alinhada com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (2013).

Neste contexto os cuidados são organizados de acordo com o método de enfermeiro responsável, já abordado em contexto de centro de desenvolvimento. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, psicóloga, nutricionista, assistente social, auxiliares de ação médica, educadoras e enfermeiros, sendo grande parte da equipa de enfermagem EEESIP.

A infraestrutura deste serviço tem a capacidade de acolher um total de 19 crianças, jovens e suas famílias. Dispõe de uma sala de brincadeiras, uma sala de leitura e uma área destinada aos pais e cuidadores, equipada de forma a proporcionar-lhes a comodidade necessária para realizar cuidados de higiene pessoal, refeições e descanso. Adicionalmente, neste serviço está integrada uma sala de recobro pós-operatório em regime de ambulatório, com capacidade para 6 crianças. Tal como

referido anteriormente, este serviço possui ainda uma sala de tratamentos, onde são realizados os procedimentos invasivos à criança, evitando deste modo, a necessidade da sua realização na unidade da criança. Assim, esta sala encontra-se equipada com diversos brinquedos adequados às diferentes faixas etárias. Cabe aqui frisar, a importância da sala de brincadeiras e do brincar terapêutico, que influenciaram o curso das atividades a desenvolver neste contexto. Desta forma realça-se que o brincar permite à criança reinventar o mundo, reduzindo o nível de *stress*, medo e ansiedade e expondo as emoções associadas à hospitalização (Esteves et al., 2021; Godino-láñez et al., 2020; Silva et al., 2018). A utilização do brincar terapêutico associa-se assim à humanização dos cuidados de enfermagem e à facilitação do estabelecimento de uma relação terapêutica entre a criança e o enfermeiro (Godino-láñez et al., 2020; Silva et al., 2018)

A escolha do serviço de urgência pediátrica enquanto quarto contexto de estágio baseou-se em diversos fatores. Primeiramente este serviço está localizado num hospital central, reconhecido como centro de referência em trauma pediátrico e possui uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. Além disso, a seleção deste contexto foi influenciada pelo conhecimento prévio que detinha do serviço e pela concordância do projeto de estágio com as necessidades formativas da equipa.

No serviço de urgência pediátrica, existem vários postos de trabalho, incluindo um posto de triagem, dois postos de sala de tratamento (uma alocada ao circuito respiratório e outra alocada ao circuito não respiratório, implementados desde o início da pandemia provocada pela COVID-19) e dois postos de serviço de observação. Além destes, de forma rotativa, são prestados cuidados de enfermagem em sala de reanimação e sala de pequena cirurgia. Esta última é utilizada para realizar procedimentos que requerem sedo analgesia, como sutura de feridas e redução de fraturas com o apoio das devidas especialidades, como ortopedia e cirurgia pediátrica. No que diz respeito ao serviço de observação, este tem a capacidade de hospitalizar até seis crianças e jovens. É destinado à assistência de crianças e suas famílias em situação de trauma, agudização de doenças crónicas, diagnósticos inaugurais e outras situações de instabilidade que, ainda que não requeiram cuidados intensivos, necessitam de uma monitorização contínua e cuidados diferenciados.

A respeito deste contexto importa realçar que o serviço de urgência é, muitas vezes, o primeiro local de contacto entre as crianças vítimas de maus tratos e o sistema de saúde, tornando-o num serviço com características próprias, favoráveis à identificação de situações de risco e maus tratos infantis (Gonzalez et al., 2022; Hunter

et al., 2019). Neste contexto, as atividades direcionaram-se para o desenvolvimento de habilidades em suporte avançado de vida pediátrico e em uniformizar os cuidados de enfermagem na detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento das crianças e família em risco ou vítimas de maus tratos que recorrem ao SUP.

Num ângulo de formanda, foi possível analisar práticas e refletir junto da equipa para uma melhoria da qualidade da prestação de cuidados, mais especificamente no âmbito da prevenção dos maus tratos infantis.

Por fim, seguiu-se a experiência na unidade de cuidados neonatais. Esta unidade abrange duas valências, a unidade de cuidados intermédios e a unidade de cuidados intensivos. Tendo em conta a natureza do projeto delineado, o estágio decorreu maioritariamente na unidade de cuidados intermédios.

Nesta unidade, são assistidos RN em situação de risco, seja devido à sua prematuridade e às comorbilidades que lhe são inerentes, seja devido a complicações que possam surgir durante a gravidez e/ou período perinatal. A idade de assistência vai desde as 23 semanas de idade gestacional até aos 28 dias de idade corrigida, podendo em casos especiais, como situações sociais desfavoráveis, ser prolongado o internamento. A unidade dispõe de 12 berços e 13 incubadoras, uma das quais se encontra em sala de isolamento. Esta unidade está interligada com o serviço de cuidados intensivos neonatais, que tem capacidade para 11 vagas.

Veenendaal et al. (2022), procurou reunir fatores facilitadores à proximidade pais-RN em unidades de cuidados neonatais. Desse estudo emergiram intervenções como a promoção do contacto pele a pele e o envolvimento parental durante a prestação de cuidados (Veenendaal et al., 2022). Baseado nessas premissas, esta unidade dispõe de vários projetos em curso, no âmbito do apoio ao luto, do método de canguru e da capacitação parental. Neste último é realizada uma atividade em grupo designada “Conversa com os pais” desenvolvida pela equipa multidisciplinar, com um planeamento mensal de temáticas. Estas temáticas podem ser selecionadas pela equipa multidisciplinar ou pelos pais e cuidadores, através de uma caixa de sugestões.

A experiência na unidade de cuidados neonatais representou o ponto culminante de todas as aprendizagens adquiridas até então, envolvendo atividades de maior complexidade, e desafiando o processo de aprendizagem, com o objetivo de maximizar a aquisição de competências de EEESIP.

### **3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

As competências comuns, tal como explanado no Regulamento n.º 140/2019 são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (p.4745). Estas competências abrangem diferentes áreas de atuação, tais como responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### **3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal diversas intervenções de enfermagem foram aplicadas de forma transversal nos diferentes contextos de estágio, destacando-se o compromisso com o respeito pela privacidade e segurança das crianças e suas famílias. No artigo 110º da Lei nº 156/2015, relativo ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, em apreço à humanização dos cuidados, realça-se que o enfermeiro tem o dever de: “a) dar atenção (...) à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e “b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (p.8080).

Os referenciais teóricos nos quais se baseia o presente relatório, nomeadamente o Modelo de Parceria de Cuidados, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e os CCF concorrem para a capacitação da criança e da família, numa visão holística e numa estreita parceria entre o binómio e o enfermeiro. Essa perspetiva fundamentou a construção dos diferentes planos de cuidados e a prestação diária de cuidados.

Atente-se ainda no Artigo 99º da Lei nº 156/2015, onde se afirma que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (p.8078). Segundo Nunes et al. (2005) a dignidade humana é “o verdadeiro pilar” do qual decorrem os restantes princípios, devendo pautar todas as decisões e intervenções do enfermeiro (p.63).

Estas intervenções estão alinhadas com as unidades de competência “A1.1- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” e “A2.2-Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”, tendo sido implementadas em

contexto de centro de desenvolvimento, internamento, comunidade e serviço de urgência. Prevê-se, ainda, que o EE suscite “a reflexão sobre os processos de tomada de decisão”, espelhados no critério de avaliação A1.2.3. Este critério foi conseguido através da análise reflexiva de práticas de enfermagem em equipa, nomeadamente durante as passagens de turno, mas também ao longo das ações de formação realizadas na UCSP e no Internamento de Pediatria, respetivamente (APÊNDICE IX e APÊNDICE XII).

Ainda no âmbito da responsabilidade profissional, o Código Deontológico, o número 3 do Artigo 99º, *alínea b)*, destaca como valor universal na relação profissional “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (p.8078). Adicionalmente, o EE deve evidenciar na sua prática o respeito pelos direitos humanos, descrito na competência A2.1. e, portanto, “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p.82). Os maus tratos em crianças são uma violação dos direitos humanos, incluído o direito à vida, o direito à proteção contra todas as formas de violência e o direito de desfrutar do melhor estado de saúde possível (OMS, 2022a). Todo o percurso formativo desenvolvido neste projeto foi conduzido, tendo por base a proteção dos direitos da criança, com enfoque no apoio às famílias e à parentalidade.

### 3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde é definida por Ribeiro et al. (2017) como dinâmica, progressiva e multiprofissional, assim, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012b) “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (p. 6). Para a aquisição das competências B1 “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019), foram formulados uma “**Norma de Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria**” (APÊNDICE XV), e ainda um “**Formulário de Avaliação para as sessões de educação Conversa com os pais**” (APÊNDICE XVII).

A elaboração da **“Norma de Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria”** (APÊNDICE XV), baseou-se no conhecimento detido do contexto, e da reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe de serviço. Nessa reflexão foi especificada a necessidade de se uniformizarem e sistematizarem as intervenções dos enfermeiros na deteção precoce de situações de maus tratos em crianças e jovens. Como resultado, foi criada uma norma geral, respaldada em documentos e orientações oficiais, com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem prestados a crianças e jovens, que assegurem a deteção precoce, o acompanhamento e o encaminhamento das crianças e família em risco ou vítimas de maus tratos que recorrem ao SUP.

Partindo da existência de um projeto de educação para a saúde já instaurado na Unidade de Cuidados Neonatais, designado “Conversa com os pais”, a necessidade de criação de um método de avaliação das sessões tornou-se evidente. Cardoso et al. (2003) sublinham que, a avaliação da formação é, o “processo que possibilita a monitorização sistemática de determinada intervenção formativa (...) com vista à produção de juízos de valor que suportem a eventual tomada de decisões” (p.24). Além disso, a carência deste método, no entender da equipa, condicionava, de certo modo, a avaliação e inerente melhoria contínua da qualidade das sessões. Desse modo, e a fim de suprir essa necessidade, foi construído e validado com a equipa o **“Formulário de Avaliação”** para a respetiva avaliação das sessões (APÊNDICE XVII).

Acredita-se que a implementação de uma avaliação contínua das sessões de formação, com a participação ativa dos pais e cuidadores por meio do preenchimento do formulário, proporcionará à equipa de saúde um maior enriquecimento em termos de informações. Esses dados contribuirão para uma tomada de decisão sustentada e suportada pelas reais necessidades e sugestões apresentadas pelas famílias.

Por fim, importa referir que a qualidade em saúde e a segurança “são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” sendo uma prioridade para a enfermagem (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551). A realização destas duas atividades, juntamente com as intervenções implementadas no contexto de prática clínica, focadas nas medidas de prevenção e controlo da infeção, estão alinhadas com

a unidade de competência B3.2, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

### 3.1.3. Domínio da gestão de cuidados

O EE, de acordo com as competências C1 e C2 deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, com vista à maximização da sua qualidade e segurança, adequando a liderança e gestão dos recursos disponíveis (Regulamento nº140/2019). Concorre para o desenvolvimento destas competências, a elaboração do **E-dossiê- Prevenção dos maus tratos em crianças: Intervenção do Enfermeiro** (APÊNDICE IX). Este E-documento agrega orientações de entidades nacionais e internacionais, e uma sessão de formação designada **“Prevenção dos maus tratos em crianças: Intervenção do enfermeiro”** com vista à fundamentação de intervenções de enfermagem perante crianças vítimas de maus tratos.

Alinhado com a competência “C1-Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde”, importa frisar que o **E-dossiê** (APÊNDICE IX) visou aprimorar o conhecimento necessário para o processo de tomada de decisão no âmbito dos maus tratos infantis, conforme previsto no critério de avaliação “C1.1.3- Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar” (Regulamento nº140/2019, p. 4748). Acrescenta-se que o **E-dossiê** foi desenvolvido tendo em conta as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem nesta área, os recursos disponíveis na unidade e a realidade dos cuidados prestados face à população assistida. Desse modo, esta atividade contribuiu para o aprimoramento da competência “C2.1 – Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”, mais especificamente indo ao encontro do critério de avaliação “C2.1.5 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (Regulamento nº140/2019, p. 4748).

### 3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Alarcão e Rua (2005) preconizam que os estágios clínicos proporcionem aos estudantes “uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido”, processo que “conduz à construção activa do conhecimento na acção segundo uma metodologia de aprender a fazer fazendo” (p. 380). Alicerçado nesta perspetiva, foram construídas,

no término de cada estágio, análises reflexivas acerca do contributo de cada contexto, para o desenvolvimento pessoal e profissional. Essa análise possibilitou identificar os pontos fortes e as necessidades de melhoria, conforme evidenciado pela unidade de competência “D1.1-Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (APÊNDICE VII, APÊNDICE X, APÊNDICE XIV, APÊNDICE XVI, APÊNDICE XVIII, APÊNDICE XIX). Deste modo, de forma progressiva e contínua, tornou-se viável identificar as necessidades sentidas na persecução dos objetivos definidos. Consequentemente, as reflexões promoveram uma maior consciência da intervenção enquanto enfermeira, permitindo um aperfeiçoamento constante das habilidades e conhecimentos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e à aquisição e desenvolvimento de competências de EE.

Por outro lado, importa referir que a participação no desenvolvimento do trabalho “**Programas formativos de prevenção e controlo da violência contra crianças: protocolo de *scoping review***” e a sua apresentação na Conferência Internacional do CIDNUR (ANEXO I), bem como a apresentação da comunicação livre “**Parentalidade e educação não violenta: estratégias inovadoras para uma intervenção especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**” no X Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ANEXO II) proporcionaram contributos para o desenvolvimento da unidade de competência “D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº140/2019, p. 4749). A continuidade dada ao referido protocolo, concorre igualmente para a aquisição da mesma competência.

É importante ressaltar que também a construção das sessões de formação e educação, respetivamente, “**Realidade virtual: Estratégia complementar no controlo da dor no internamento de pediatria**” (APÊNDICE XII) e “**Conversa com os pais: preocupações comuns com o recém-nascido: cólicas, obstipação, obstrução nasal e prevenção de quedas**” (APÊNDICE XVII) e a construção da “**Norma de Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria**” (APÊNDICE XV) concorreram para o aprimoramento da competência mencionada. Estas iniciativas proporcionaram uma constante procura na aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos, atualizados e fundamentados em evidência científica, conforme exigido pela respetiva unidade de competência.

A aquisição e partilha desses conhecimentos representaram uma mais-valia não apenas para o desempenho pessoal e profissional, mas também para as equipas e serviços onde os estágios foram realizados. Através das experiências formativas mencionadas, foi possível contribuir para o enriquecimento do conhecimento da equipa e fortalecer a prática baseada na evidência, promovendo, assim, de certo modo, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A aprendizagem contínua e a promoção de uma cultura de atualização e aprimoramento foram pilares essenciais em todos os contextos. Essa atualização é um compromisso definido pela Ordem dos Enfermeiros (2015a), que destaca a responsabilidade do enfermeiro em manter-se continuamente atualizado em conhecimentos e usar competentemente tecnologias.

### **3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**

De acordo com o Regulamento nº422/2018, as competências do EEESIP devem permitir-lhe prestar cuidados “de nível avançado, com segurança, competência e satisfação das crianças e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança” (p.19192). No mesmo regulamento pode ler-se, ainda, que as competências específicas do EEESIP são as seguintes: “a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº422/2018).

#### **3.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**

Para a aquisição da competência de EEESIP, a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, importa frisar que a prática de cuidados, foi sustentada nas filosofias de CNT e CCF. Através da aplicação destas abordagens, acredita-se ter eliminado ou, pelo menos reduzido, o desconforto psicológico e físico vivenciado pela criança e sua família. Este facto resultou na criação de uma parceria de cuidados entre a criança, a família e a equipa de enfermagem, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2020). Paralelamente, e, no cumprimento

do critério de avaliação “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, foi estabelecida uma comunicação eficaz, baseada na empatia, na escuta-ativa e no respeito pela cultura, ou seja, individualizada a cada família (Regulamento nº422/2018, p.19193).

Vilelas & Janeiro (2012) definem o enfermeiro culturalmente competente como aquele que se demonstra sensível à “cultura, raça, etnia, gênero e orientação sexual” do cliente e família (p.121). Os autores mencionados destacam que os enfermeiros com competência cultural demonstram maior eficácia na capacidade de comunicação, na apreciação de aspectos culturais e na “aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas” (Vilelas & Janeiro, 2012, p.121). Essa atenção contínua, ao trabalhar com clientes que têm práticas e perspectivas culturais distintas das da sociedade dominante, resulta numa abordagem de cuidado holística, que abrange não apenas os aspectos físicos, mas considera, de igual forma, as dimensões culturais e sociais envolvidas (Vilelas & Janeiro, 2012).

No que diz respeito às atividades desenvolvidas para a aquisição das competências em análise, de referir que as mesmas tiveram como fundamento um diagnóstico de situação, com enfoque numa “parceria de cuidar promotora da otimização da saúde” (Regulamento nº422/2018, p.19192).

Veja-se, quer o **Folheto “Calçado para crianças: quando começar a usar e o que ter em atenção antes de comprar”** (APÊNDICE VIII) realizado na UCSP, como a sessão de educação **“Conversa com os pais: preocupações comuns com o recém-nascido: cólicas, obstipação, obstrução nasal e prevenção de quedas”** (APÊNDICE XVII) e o website **“Desafios da Parentalidade- Vamos falar sobre...”** (APÊNDICE XI) são atividades que, entre outras competências, pretendem desenvolver a unidade “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento nº422/2018, p.19193)

Em contexto de UCSP, no âmbito da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, surgiram oportunidades de promover comportamentos saudáveis, tais como a adoção de uma nutrição e higiene oral adequadas à idade e a prática de exercício físico (DGS, 2013). Ainda a respeito da mesma consulta, é frequentemente questionado pelos pais o calçado adequado para crianças. Na unidade não foi identificado nenhum suporte escrito acerca desta temática, ao contrário de outros temas abordados em consulta, como o sono, a alimentação, entre outros (DGS, 2013).

Desse modo, e após validação desta necessidade com a equipa, formulou-se o **Folheto “Calçado para crianças: quando começar a usar e o que ter em atenção antes de comprar”** (APÊNDICE VIII), com o intuito de reunir um conjunto de orientações para a seleção do calçado mais adequado no momento em que a criança inicia a marcha. Esta atividade procurou atingir, entre outros, o critério de avaliação “E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

Já a sessão intitulada **“Conversa com os pais - preocupações comuns no recém-nascido: cólicas, obstipação, obstrução nasal e prevenção de quedas”**, integrou o projeto de educação para a saúde - “Conversa com os pais” -, já implementado na unidade de cuidados neonatais. Este projeto objetiva explicar diversas temáticas que possam suscitar dúvidas e preocupações aos pais, durante o período de internamento, contribuindo para a preparação da alta.

Desse modo, a sessão de educação desenvolveu-se em torno das preocupações mais comuns para os pais e família, relativamente aos cuidados com o recém-nascido. Estas preocupações foram aferidas tanto na prática diária, como na evidência científica consultada, tendo a sessão como objetivos: i) capacitar os pais para a gestão da cólica, obstipação e obstrução nasal do recém-nascido; ii) sensibilizar os pais para o risco de quedas do recém-nascido e a sua prevenção; e iii) esclarecer dúvidas acerca das temáticas abordadas. Ademais, foi possível o esclarecimento de dúvidas adicionais propostas pelos pais e cuidadores ao longo desta sessão de educação. Esta atividade, no âmbito da competência em foco, alinha-se com os critérios de avaliação “E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” e “E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

O website **“Desafios da Parentalidade - Vamos falar sobre...”** inspirou-se no projeto “Adélia” e no Programa “Anos Incríveis”, ambos alinhados e focalizados na promoção de competências parentais. Os enfermeiros, pela sua proximidade, desempenham um papel crucial na identificação das necessidades não somente da criança e do jovem, mas também dos pais e cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Para a criação do conteúdo do website, foram integradas diversas estratégias

às quais os pais podem recorrer para a gestão de situações potencialmente geradoras de *stress* no seio familiar. Como resultado, foram abordados tópicos como as regras e limites, as birras, o elogiar, o brincar, os medos e ansiedades, as refeições, a hora de dormir e o sono e, por fim, situações de doença e internamento.

Esta última temática, ainda que não seja diretamente explorada no Projeto Adélia ou no Programa “Anos Incríveis”, foi selecionada devido à sua relevância para as necessidades dos pais neste contexto específico, que expressaram as suas preocupações durante as interações na prestação de cuidados. Essa realidade encontra respaldo na literatura científica disponível, que enfatiza como, durante a hospitalização, os pais frequentemente experienciam sentimentos de ansiedade, inutilidade, desespero, exaustão e isolamento, além de sentirem falta de informação e de negociação do seu papel, bem como a realização de tarefas sem co-participação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Rodrigues et al., 2020).

A pesquisa de Rodrigues et al. (2020) destaca que os sentimentos dos pais têm um papel determinante na adaptação das crianças à hospitalização. A repressão dessas emoções pode prejudicar a saúde mental dos pais e agravar os sintomas de *stress*, reforçando a necessidade de os enfermeiros gerirem essas emoções e identificarem e abordarem as necessidades emocionais dos pais durante o período de hospitalização das crianças (Barros et al., 2021; Rodrigues et al., 2020).

Esta atividade, entre outros critérios, permitiu dar resposta aos critérios de avaliação “E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde” e “E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

Analisando agora as atividades **“Conversa com os pais- preocupações comuns com o recém nascido: cólicas, obstipação, obstrução nasal e prevenção de quedas”**, e **“Desafios da Parentalidade- Vamos falar sobre...”** à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman e do projeto delineado, cabe frisar, que estas se inserem na prevenção primária, na medida em que, visam reduzir a probabilidade de ocorrência de impacto do *stressor* no indivíduo ou fortalecer a sua linha flexível de defesa, diminuindo a possibilidade de reação ao mesmo (Lawson, 2022; Neuman, 2011).

Conforme enfatizado pela Ordem dos Enfermeiros (2015b), é crucial estimular as competências parentais precocemente. Como já abordado ao longo deste relatório, os programas de educação parental desempenham um papel extremamente relevante

na prevenção e redução dos casos de maus tratos infantis (Branco et al., 2022; Chen & Chan, 2016; Gubbels et al., 2019; Temcheff et al., 2018). Embora possam variar em tipologia, muitos programas de educação parental têm tópicos comuns, incluindo a promoção da interação positiva entre pais e filhos, o aprofundamento do conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil, a otimização das estratégias disciplinares e de gestão comportamental, bem como a melhoria das atitudes parentais em relação aos filhos e/ou pais em geral (Branco et al., 2022; Gubbels et al., 2019; Temcheff et al., 2018). A atividade **“Conversa com os pais- preocupações comuns com o recém-nascido: cólicas, obstipação, obstrução nasal e prevenção de quedas”**, como o próprio título indica, visa abordar preocupações comuns com o recém-nascido, melhorando o conhecimento dos pais, e fornecendo-lhes ferramentas para gerir esses possíveis *stressores*. Também o website **“Desafios da Parentalidade-Vamos falar sobre...”** procura sensibilizar os pais e cuidadores para o impacto de uma interação mais positiva entre pais e filhos bem como aprofundar conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil e gestão de comportamento, abordando temas como as birras, os medos, a hora de deitar e as refeições.

Por outro lado, acresce que, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, unidade de competência E.1.2. o EEESIP deve ser ainda capaz de diagnosticar precocemente e intervir nas “situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (p.19193). Esta unidade de competência alinha-se com o segundo objetivo geral do projeto delineado para o estágio, “desenvolver competências para a intervenção especializada de enfermagem na prevenção dos maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado”.

As atividades ***E-dossiê*“Prevenção dos maus tratos em crianças: Intervenção do enfermeiro”** (APÊNDICE IX), no qual se incluem documentos orientadores no âmbito da atuação perante maus tratos infantis e a sessão de formação **“Prevenção dos maus tratos em crianças: Intervenção do enfermeiro”**, a realização da norma **“Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria”** (APÊNDICE XV), a **“Reunião do NHACJR: análise reflexiva”** (APÊNDICE XIII) e **“Na UCSP: análise reflexiva”** (APÊNDICE X) contribuíram para aquisição e desenvolvimento desta mesma competência (E1.2.).

A sessão de formação **“Prevenção dos maus tratos em crianças: Intervenção do enfermeiro”** desenvolvida e divulgada por meio do ***E-dossiê*** (APÊNDICE IX) na UCSP, objetivou sensibilizar os enfermeiros para a intervenção na prevenção e combate aos maus tratos infantis e analisar práticas de cuidados em equipa. Dessa forma, esta atividade encontra-se alinhada com o critério de avaliação “E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

Já a **norma “Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria”** objetivou uniformizar os cuidados de enfermagem com vista a assegurar a deteção precoce, o acompanhamento e o encaminhamento das crianças e famílias em risco ou vítimas de maus tratos que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica. Esta atividade concorreu para o cumprimento do critério de avaliação “E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem” e “E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193).

Por fim, a **“Reunião do NHACJR: análise reflexiva”** (APÊNDICE XIII) e a visita ao NACJR explanada no documento **“Na UCSP: análise reflexiva”** (APÊNDICE X), possibilitaram aprofundar conhecimentos no domínio da prevenção dos maus tratos infantis. Além disso, proporcionaram a oportunidade de discutir intervenções e examinar alguns dados nacionais relacionados com esta temática junto de peritos. Ambas as atividades referidas contribuíram para o desenvolvimento do critério de avaliação “E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

Ademais, no âmbito da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil foi possível intervir na deteção precoce de “situações que possam ameaçar a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente”, bem como em ensinamentos acerca da prevenção de acidentes, atividades que concorrem igualmente para a aquisição da unidade de competência em foco (DGS, 2013).

Se nos situarmos no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, cabe reforçar que a realização do ***E-dossiê*** (APÊNDICE IX) e **Norma “Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria”** (APÊNDICE XV), se inserem na prevenção secundária. Desse modo, estes instrumentos têm como objetivo promover a deteção precoce de situações de risco e maus tratos infantis, bem como o encaminhamento adequado por

parte dos profissionais de saúde, diminuindo, assim, as eventuais repercussões dos maus tratos na criança e família (Lawson, 2022; Neuman, 2011).

### 3.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Com vista à aquisição da competência de EEESIP – *b*) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade -, prevê-se que o enfermeiro mobilize recursos que o capacitem a prestar cuidados ao binómio criança-família em situações particularmente exigentes e complexas (Regulamento nº 422/2018). A unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” foi amplamente desenvolvida em contexto de urgência de pediatria (Regulamento nº422/2018, p. 19193).

No SUP, por se tratar de um contexto diferenciado, onde os cuidados prestados à criança e família são, por norma, de especial complexidade, o enfermeiro deve apreciar o cliente de enfermagem procurando identificar sinais de instabilidade, desde o momento da triagem (Mecham, 2010). Para tal, o recurso ao Triângulo de Avaliação Pediátrico, permite-lhe, de uma forma rápida, identificar sinais de uma criança/jovem gravemente doente, através da observação da aparência, trabalho respiratório e circulação periférica (Mecham, 2010; Valente et al., 2012). É igualmente no momento de triagem, que o enfermeiro tem a possibilidade de inculcar na criança e família um sentimento de confiança e empatia que poderá influenciar de forma positiva toda a relação terapêutica e de prestação de cuidados (Diogo et al., 2016). Além disso, no serviço de observação do SUP são prestados cuidados à criança em situações complexas, tais como em contexto de traumatismo crânio encefálico grave, descompensação de doenças metabólicas, choque séptico, anafilaxia, meningite, e intoxicações agudas, entre outras. Consequentemente, a resposta às diversas situações de doença, exige que o enfermeiro adquira e aprofunde um conjunto diferenciado de conhecimentos.

Similarmente, a unidade de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, foi, claramente, desenvolvida, não somente em contexto de urgência, como em contexto de internamento de pediatria (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

O enfermeiro, pela proximidade e relação terapêutica que estabelece com a criança, jovem e família “tem um papel preponderante na avaliação e controlo da dor, por se constituir o garante de uma avaliação regular, objetiva, válida e fiável da dor” (Batalha & Sousa, 2018, p. 16). Acrescenta-se que a evidência científica sugere que a associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas originam um controlo mais eficaz da dor, uma vez que modificam o seu significado, alterando consequentemente as “reações de medo, ansiedade e depressão” (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Uma das atividades desenvolvidas diretamente relacionada, com a gestão da dor foi a sessão de formação **“Realidade virtual: Estratégia complementar no controlo da dor no internamento de pediatria”** (APÊNDICE XII) dirigida aos profissionais de saúde.

A realidade virtual é uma estratégia não farmacológica que se inclui na distração cognitivo-comportamental, uma vez que favorece a estimulação multissensorial, permitindo desviar a atenção do procedimento e dos estímulos por ele provocados (Ordem dos Enfermeiros, 2013). É considerada uma estratégia eficaz no controlo da dor, uma vez que desvia a atenção da criança do estímulo doloroso, orientando-a para um estímulo alternativo e agradável. Por se tratar de uma intervenção rápida e pouco dispendiosa, com benefícios comprovados na diminuição do medo, ansiedade e dor em pediatria, é facilmente adaptada aos diferentes contextos de prestação de cuidados (Atzori et al., 2018; Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Scapin et al., 2020). Esta formação objetivou sensibilizar os enfermeiros para a importância de estratégias complementares no controlo da dor, para a gestão diferenciada da dor no internamento, e para a utilização da realidade virtual enquanto possível estratégia complementar no controlo da dor na criança e adolescente. Além disso, objetivou ainda a promoção da análise das práticas de cuidados de enfermagem sobre estratégias complementares no controlo da dor.

Importa referir que esta sessão se encontra interligada com uma outra unidade de competência, a unidade “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento nº422/2018, p. 19193).

Já a unidade de competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” pôde ser aprofundada em contextos de urgência e centro de desenvolvimento (Regulamento nº422/2018, p. 19193). Em contexto de urgência pediátrica foram prestados cuidados à criança e família abrangendo

problemas de saúde variados como atrofia muscular espinhal, doença de Von Willebrand, e leucínose. Adicionalmente, no âmbito do centro de desenvolvimento, foram também prestados cuidados a crianças e jovens em situação de doença rara, nomeadamente doenças neurológicas, o que exigiu um estudo aprofundado dessas condições para sustentar a prestação contínua de cuidados de qualidade.

Por fim, a promoção da “adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” prevista na unidade de competência E2.5 (Regulamento nº 422/2018, p.19193), foi especialmente desenvolvida em contexto de urgência, internamento de pediatria e de centro de desenvolvimento.

Os membros de uma família de uma criança com diagnóstico de doença crónica ou deficiência/incapacidade são expostos a uma série de desafios que podem originar emoções negativas. Algumas dessas emoções transmitem-se na culpa, no medo e na ansiedade, originando diversas reações e diferentes mecanismos de *coping* durante as diferentes etapas (Docherty et al., 2019). Uma vez que, por vezes, o diagnóstico inaugural de uma doença crónica é realizado no serviço de urgência, foi possível participar, numa primeira fase de adaptação da criança e família a uma nova realidade, nomeadamente no que diz respeito à diabetes *mellitus*. Esta fase inicial, que pode estender-se durante meses, pode ser acompanhada por choque e negação por parte da família, até atingir a fase de ajustamento, percorrendo as fases de reintegração e de reconhecimento (Docherty et al., 2019). Em serviço de internamento foi possível prestar cuidados a crianças e famílias que se já se encontravam numa última etapa, apresentando-se particularmente motivadas para compreender quais as restrições que a doença impõe à criança e para decidir como operar dentro desses limites.

Neste âmbito, a DGS (2019) acrescenta, que a gestão da diabetes apresenta um elevado grau de exigência para o binómio criança/jovem e família e pode ter um impacto negativo no “bem-estar emocional, situação financeira, atividades de lazer e na própria saúde física dos seus elementos” (p.18). Alguns dos processos de *coping* que podem oferecer suporte à família após o diagnóstico de uma doença crónica e que foram encorajados durante os momentos de estágio são a “manutenção de ligações ativas a grupos e organizações (...), partilha de preocupações com amigos, familiares ou outros pais de crianças com doença crónica (...) normalização da doença” (Saraiva & Sousa, 2022, p.57). As mesmas autoras acrescentam que o enfermeiro deve ser capaz de identificar os fatores de risco e os fatores protetores das famílias, após o diagnóstico de uma doença crónica, bem como detetar precocemente

possíveis situações que possam induzir *stress* na família (Saraiva & Sousa, 2022). Dessa forma, no Centro de Desenvolvimento o foco de atenção direcionou-se para a promoção da esperança.

Para tal, foi realizada uma adaptação do instrumento “**Árvore dos Talentos**” (Charepe, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2011) não apenas para as crianças do internamento, mas também para os pais e cuidadores (APÊNDICE VI). Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de celebrar as competências dos pais e as vitórias individuais de cada criança. Além disso, visou incentivar a expressão de emoções, com enfoque nas emoções positivas e na premissa de que, pequenas vitórias levam a grandes conquistas. De acordo com Magão (2012, p.57) este instrumento procura o “sentido de possível” e os “fatores positivos do presente” para estas famílias, promovendo mecanismos de *coping* para lidar com as emoções parentais (Maravilha et al., 2021, p.7). De realçar ainda a realização de um suporte onde ficariam guardadas todas as pequenas vitórias do dia-a-dia, possibilitando, desse modo, o (re)visitar do percurso de autonomia da criança e família, com uma visão de esperança e otimismo.

Neste âmbito, e relacionando a temática em apreço com o fenómeno em estudo, importa sublinhar que estudos recentes afirmam que as crianças e jovens com doenças crónicas ou incapacidades têm uma maior probabilidade de vir a sofrer de maus tratos (Legano et al., 2021). Além do diagnóstico de doença crónica ser, por si só, um fator de risco, diversos outros se somam, tais como o *stress* económico, os cuidados sem descanso do cuidador, e a sensação de impotência em relação a todas as necessidades da criança (Legano et al., 2021). Consequentemente, quando enquadrado no Modelo de Betty Neuman, o instrumento da “**Árvore dos Talentos**” enquadra-se, tendencialmente, na prevenção primária, uma vez que a esperança, tal como afirmam Paixão et al. (2019) emerge enquanto fator protetor contra a ansiedade, o sofrimento psíquico e, inerentemente, contra o *stress*.

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

Com vista à aquisição da competência- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem- prevista no Regulamento nº 422/2018, é esperado que o EEESIP responda eficazmente às especificidades e exigências desenvolvimentais das diferentes etapas

do ciclo vital, “promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até á juventude” (p. 19194).

A unidade de competência “E3.1. Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” foi amplamente desenvolvida, tanto contexto de UCSP durante a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, como em contexto de Unidade de Cuidados Neonatais (Regulamento nº 422/2018, p.19194).

Ao longo das diferentes interações de cuidados no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil, foi possível realizar a avaliação do desenvolvimento da criança com recurso à escala *Mary Sheridan Modificada*. Dessa forma, e através da avaliação de crianças de diferentes idades, foi possível identificar sinais de alerta e compreender junto da EEESIP, o encaminhamento necessário para a maximização do seu desenvolvimento. De igual forma, em contexto de Unidade de Cuidados Neonatais, foi possível apreciar de forma mais aprofundada os reflexos primitivos do recém-nascido e desenvolver não só esta unidade de competência, como a unidade “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº 422/2018, p. 19194).

No âmbito do crescimento e desenvolvimento, e especificamente a respeito da unidade de cuidados neonatais, importa abordar os cuidados neuroprotetores, analisando o “Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal” desenvolvido por Altimier & Philips (2013). Este modelo preconiza a promoção de um adequado desenvolvimento e a prevenção de alterações físicas, comportamentais e neurológicas, utilizando estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais. Neste modelo são abordadas sete medidas neuroprotetoras, implementadas em contexto de estágio, sendo elas 1) o ambiente terapêutico, onde se incluem aspetos relacionados com o espaço, a privacidade e a segurança da unidade, bem como as famílias, os profissionais de saúde e as suas interações; (2) a parceria com as famílias, onde é reforçada a importância da prestação de cuidados em parceria e centrados na família; (3) posicionamento e toque, no qual é incentivado um posicionamento promotor do ótimo desenvolvimento neuromotor e musculoesquelético do RN, de forma a reduzir o gasto energético e o *stress* vivenciado pelo RN ao longo da prestação de cuidados; (4) salvaguardar o sono, uma vez que um padrão de sono adequado resulta num apropriado crescimento e neurodesenvolvimento do RN; (5) minimizar o *stress* e a dor, uma vez o *stress* e a dor foram associados a alterações no neurodesenvolvimento do RN; (6) proteger a pele, já que a pele de um RN prematuro é imatura e torna-o mais suscetível a maiores

perdas insensíveis, desequilíbrio eletrolítico, lesões e infeções; e (7) otimizar a nutrição, realçando os benefícios do aleitamento materno, sempre que este seja possível (Altimier & Phillips, 2016). Algumas intervenções específicas aplicadas na unidade, alinhadas com este modelo e nas quais foi possível uma participação ativa, foram a redução de ruído e luz na unidade e incubadora, posicionamentos com enfoque na contenção, estabelecimento de rotinas, promoção de um padrão de sono adequado e cuidados à pele após o banho. Todas estas intervenções contribuem para a neuroproteção do recém-nascido.

Importa ainda frisar, que a promoção da vinculação ganha particular importância em contexto de Unidade de Cuidados Neonatais, uma vez que esta se encontra à partida comprometida pela separação física precoce originada pelas barreiras físicas como a incubadora, a monitorização e a necessidade de procedimentos invasivos (Månsson et al., 2019; Furtak et al., 2021; Veenendaal et al., 2022).

Em contexto de unidade de cuidados intensivos neonatais, a literatura disponível sugere que, a presença pouco expressiva dos pais nesse ambiente, pode estar relacionada com o receio de interferir nos cuidados ao filho ou de estabelecer vínculo com um recém-nascido que possa não sobreviver (Furtak et al., 2021).

Ainda a respeito deste contexto tão específico, importa abordar os *stressores* parentais, vinculação precoce e o desenvolvimento de competências parentais, temáticas exploradas ao longo do período de estágio deste contexto específico.

Dessa forma, salienta-se que o nascimento de um filho prematuro pode tornar-se um fator de *stress* parental (Froés et al., 2020). Além disso, a separação precoce causada pelas barreiras físicas e pela necessidade de procedimentos invasivos pode acarretar consequências negativas não apenas para a vinculação pais-RN como também para o desenvolvimento do próprio RN (Månsson et al., 2019; Furtak et al., 2021; Veenendaal et al., 2022). Månsson et al. (2019) enfatizam que para a criação da vinculação é necessária proximidade entre o binómio, dessa forma cabe repensar que fatores podem contribuir para que tal se estabeleça.

Durante a prestação de cuidados, foram implementadas intervenções que visaram facilitar a vinculação, como a prática do contacto pele a pele e o estímulo à participação ativa dos pais nos cuidados, de acordo com as orientações de Veenendaal et al. (2022). Importa salientar que o envolvimento parental se insere na filosofia do cuidado centrado na família e na parceria de cuidados, que fundamentam os princípios dos cuidados de enfermagem pediátricos (Veenendaal et al., 2022).

Adicionalmente, estudos recentes corroboram o impacto positivo dessas práticas na redução do *stress* parental, na potenciação da vinculação, na promoção da sensação de utilidade e no *empowerment* dos pais, que se alinham com o projeto delineado (Furtak et al., 2021; Pineda et al., 2018).

Por outro lado, a competência E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” foi desenvolvida ao longo de todos os contextos, uma vez que em todos os locais de estágio foi possível cuidar de crianças em diferentes estágios de desenvolvimento e de diferentes culturas. Neuman define que o sistema do cliente interage com diversos fatores nos quais se inserem os fatores socioculturais (Lawson, 2022). A Ordem dos Enfermeiros (2015b) acrescenta ainda que “as famílias transportam a cultura da sociedade em que vivem e a cultura com a qual se identificam, traduzindo estilos de vida, crenças, valores e práticas que condicionam atitudes e comportamentos e, conseqüentemente, a saúde da família” (p.18).

Zeidani et al. (2023) sustentam a interligação profunda entre comunicação e cultura. Os mesmos autores acrescentam que, dado que a cultura é transmitida de geração em geração, o cuidado de enfermagem deve ser culturalmente competente, promovendo uma comunicação eficaz com crianças e famílias de diferentes origens étnicas e culturais. Sublinha-se que uma comunicação adequada entre o enfermeiro, a criança e a sua família é vantajosa para ambas as partes, uma vez que está em consonância com as exigências de desenvolvimento da criança, apresentando-se como crucial na obtenção de resultados positivos em saúde (Hockenberry, 2024b; Wojnar, 2018). Portanto, para conduzir intervenções de enfermagem apropriadas ao sistema criança-família, é preponderante que o enfermeiro considere a cultura do binómio, uma vez que os fatores de *stress* e a perspetiva de parentalidade de cada família diferem de acordo com a sua cultura.

Para finalizar, em relação à unidade de competência “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”, de referir que esta foi desenvolvida com maior enfoque em contexto de internamento e no centro de desenvolvimento infantil, onde foi estimulada a “comunicação expressiva de emoções” e “reforçada a imagem corporal positiva” (Regulamento nº 422/2018, p. 19194). Estas intervenções foram realizadas durante a prestação de cuidados, bem como através do instrumento “**Árvore dos Talentos**” (APÊNDICE VI). Este último instrumento, tal como referido anteriormente, promove o reforço da autoestima da criança e do adolescente, através das suas conquistas pessoais ao

longo do processo de reabilitação. Ademais, promove a expressão de emoções dos pais e cuidadores ao incentivar que, por cada emoção negativa/momento menos positivo do dia, os pais coloquem, na sua árvore, uma vitória/momento ou memória positiva, podendo estas emoções ser partilhadas com a equipa de enfermagem.

Em suma, durante o período de estágio foi possível adquirir um conjunto abrangente de competências essenciais para o cuidado à criança, jovem e família a partir do projeto delineado. Os objetivos gerais inicialmente definidos nomeadamente 1) Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento e 2) Desenvolver competências para a intervenção especializada de enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado, juntamente com os objetivos específicos estabelecidas para cada contexto, foram integralmente alcançados.

Durante o período de estágio, foi visível a evolução constante, culminando na aquisição de competências de EEESIP. A aquisição dessas competências englobou um continuum, desde a avaliação das necessidades de saúde até à prestação de cuidados de qualidade à criança e família, adaptando-se de forma flexível às necessidades específicas de cada contexto de prática clínica. Além disso, o estágio permitiu o desenvolvimento da capacidade de adaptação a uma variedade de contextos, seja em situações de urgência em ambiente hospitalar, em ambientes comunitários, em situações de internamento ou em centro de desenvolvimento. Importa ainda realçar que, ao longo deste percurso, foi ainda possível aprimorar a comunicação interpessoal com crianças e famílias, estabelecendo uma base sólida para o desenvolvimento de relações terapêuticas.

O cumprimento dos objetivos traçados, aliado à orientação dos profissionais experientes, culminou numa experiência enriquecedora que não só expandiu o repertório de competências práticas, mas também consolidou a compreensão das necessidades únicas das famílias e crianças/jovens nas diferentes fases do desenvolvimento e a intervenção global do EEESIP.

### **3.3. Desenvolvimento de competências para a aquisição do grau de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**

A atribuição de grau de mestre numa área específica da especialidade encontra-se intrinsecamente ligada à demonstração da capacidade de integrar conhecimentos de forma crítica e refletir sobre as implicações e responsabilidades (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Adicionalmente, para a concessão deste título profissional, espera-se que o enfermeiro seja capaz de comunicar de forma clara e objetiva as “suas apreciações, conhecimentos e raciocínios subjacentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.1).

Neste contexto, espera-se que o formando desenvolva e aprofunde os seus conhecimentos (Decreto de Lei nº 74/2006). O processo formativo vivenciado neste curso proporcionou uma oportunidade enriquecedora para visitar alguns dos conteúdos previamente estudados durante a licenciatura, agora abordados a partir de uma perspetiva de estudante de pós-licenciatura. Esta abordagem permitiu um aprofundamento desses conhecimentos e a sua aplicação numa perspetiva mais abrangente, crítica e reflexiva.

Enquanto enfermeira que já exercia a prática profissional em contexto de pediatria e que possuía conhecimentos fundamentais na área da enfermagem pediátrica, foi possível ir mais além, aprofundando esses conteúdos e aplicando-os na “resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares”, ao longo dos diferentes contextos de estágio (Decreto de Lei nº 74/2006, p. 3842). A respeito do contexto de unidade de cuidados neonatais, cabe frisar que este era completamente desconhecido, o que implicou um estudo ainda mais aprofundado das temáticas e cuidados de enfermagem prestados, com vista à aquisição de competências diferenciadas.

À medida que avançava neste percurso formativo, a crescente complexidade dos cuidados prestados e das atividades desenvolvidas demandava uma capacidade cada vez maior de integrar conhecimentos e de lidar com questões complexas (Decreto de Lei nº 74/2006). Este processo não apenas amplificou a minha compreensão da enfermagem pediátrica, como também reforçou a minha capacidade de enfrentar desafios multidisciplinares e exigentes no âmbito da saúde infantil e da prevenção dos maus tratos infantis.

A obtenção do grau de mestre é um compromisso ininterrupto com a excelência na prática da enfermagem pediátrica e na promoção da saúde infantil e juvenil,

enquadrando-se numa jornada de aprendizagem contínua, crescimento profissional e contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às crianças e às suas famílias.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A realização de estágio em contexto profissional e a elaboração do relatório final é, na visão da Ordem dos Enfermeiros, a modalidade que melhor permite a concretização dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao EE (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A conclusão do relatório de estágio com o título "Prevenção dos maus tratos em crianças: a intervenção do enfermeiro no apoio às famílias e à parentalidade", ancorado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, no Modelo de Parceria de Cuidados e nas filosofias de Cuidados Não Traumáticos e Cuidados Centrados na Família, é um marco significativo no percurso tecido. Acredita-se que este processo formativo permitiu uma profunda transformação, tanto a nível pessoal como profissional, proporcionando uma nova perspetiva sobre a enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A elaboração do projeto de estágio foi apenas o ponto de partida, pois este foi adaptado ao longo dos diferentes contextos de cuidados, com o intuito de responder, também, de forma adequada às necessidades específicas de cada um e com enfoque na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados à criança e sua família. Essa adaptação resultou de reflexões conjuntas com as equipas, enfermeiros orientadores, chefias e docente orientador. A trajetória de aprendizagem desenvolveu-se de modo contínuo e sólido, fundamentada não apenas nos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, mas igualmente na revisão da literatura efetuada de forma sistemática ao longo dos estágios. Esta abordagem possibilitou a articulação entre a teoria e a prática, promovendo, concomitantemente, uma base sólida para a reflexão na e sobre a ação e uma prática sustentada na evidência, que se encontra explanada nas atividades desenvolvidas.

Ao longo deste percurso, existiu a oportunidade de vivenciar novas experiências e adquirir novos conhecimentos junto de profissionais excecionais, que desempenharam um papel crucial nesta jornada. Como é natural, em qualquer percurso, surgiram desafios na implementação de atividades, mas que com reflexão, criatividade e suporte dos intervenientes do processo formativo foram superados.

O EEESIP tem como desígnio “prestar cuidados de nível avançado com segurança e competências à criança saudável ou doente (...) e proporciona educação para a saúde”, identificando e mobilizando recursos de suporte para a família ou pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.3). Durante este percurso,

acredito terem sido desenvolvidas as competências essenciais na avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens em contexto de saúde infantil, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2017). Além disso, alinhado com o mesmo documento, em contexto de urgência pediátrica, adquirir competências para lidar eficazmente com situações de urgência e emergência, com vista à prestação de cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Uma das principais conquistas deste trabalho foi a sensibilização dos enfermeiros para a identificação precoce de situações de risco e maus tratos infantis, bem como para a importância da sua correta sinalização e encaminhamento, independentemente do contexto de prestação de cuidados. De destacar ainda a promoção do desenvolvimento de competências parentais, com ênfase na parentalidade positiva e na sensibilização das equipas e famílias para a importância do empowerment parental e de competências parentais na prevenção dos maus tratos infantis. Por outro lado, aprimorei as minhas habilidades de comunicação com crianças e jovens, considerando as diferentes etapas do seu desenvolvimento, bem como com as famílias, respeitando as suas crenças e culturas.

Futuramente, pretendo continuar a investir na formação contínua relacionada com a prevenção dos maus tratos infantis. Nesse sentido, atualmente, estou envolvida num grupo de trabalho, encontrando-me a desenvolver a revisão scoping intitulada “Programas formativos de prevenção e controlo da violência contra crianças”. Além disso, pretendo prosseguir com a contribuição para a sensibilização da equipa de enfermagem, recorrendo a evidência científica atualizada, com o objetivo de promover o desenvolvimento profissional e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, em conformidade com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (2017).

Este representa o início de uma jornada constante de aprendizagem e desenvolvimento na esfera da enfermagem em saúde infantil e pediátrica, visando perpetuar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e sua família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373–382.

Alligood, M. R. (2022). *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed.). Elsevier.

Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13, 9–22. 10.1053/j.nainr.2012.12.002.

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>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2021*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2020.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf)

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2023). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2022*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)

Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Patterson, D. R., Alhalabi, W., Messeri, A., & Grotto, R. L. (2018). Virtual reality analgesia during venipuncture in pediatric patients with onco-hematological diseases. *Frontiers in psychology*. 9(2508), 1-7.

Bastiani, J. A. N., Ribas, D.L., Pereira, V.P., Borestein, M. S. & Ferreira, A. C. (2020). A Origem da Enfermagem e da Saúde: o cuidado no Mundo In M. I. Padilha, M. S. Borestein, M.L.R. Bellaguarda & I. Santos (Org.), *Enfermagem- História de uma profissão (3ª ed.)*. Difusão Editora.

Batalha, L. & Sousa, A. (2018). Self-report of pain intensity: correlation between children, parents, and nurses. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (17), 15–22. <https://doi.org/10.12707/riv18002>

Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Nursing Interventions Promoting Child / Youth / Family Adaptation to Hospitalization: A Scoping Review. *Enfermeria Global*, 20(1), 577–596. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>

Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *PSYCHOLOGICA*, 1, 211–229.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Branco, M. S. S., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2022). Universal Intervention to Strengthen Parenting and Prevent Child Maltreatment: Updated Systematic Review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 23(5), 1658–1676. DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380211013131>

Cardoso, Z., Soares, A., Loureiro, B., Cunha, C. & Ramos, F. (2003). Avaliação da formação: Glossário anotado. INOFOR.

Cardoso, A. (2017). Infância(s) e Direitos. In F. Xarepe, I. F. Costa & M.R. O. Morgado (Coord.), *O Risco e o Perigo na Criança e na Família* (pp.3-16). Pactor.

Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Spotlight on children. Partnership in practice. *Nursing times*, 84(44), 67–68.

Cirik V., Ciftcioglu S. & Efe, E. (2017). Preventing child abuse and neglect. *Archives of Nursing Practice and Care*, 3(1), 064-067.

Charepe Z. (2014). Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica- modelo de intervenção em ajuda mútua. UCP editora.

Chen, M., & Chan, K. L. (2016). Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(1), 88–104. <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>

Child Welfare Information Gateway. (2019). *Parent education to strengthen families and prevent child maltreatment*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/parented.pdf>

Children's Right's Alliance (2010). *The United Nations Convention on the Right's of the Child*. Children's Rights Alliance

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 Protecção de Crianças e Jovens em Risco. (2011). *Guia de orientações para os profissionais da acção social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Guia+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+Profissionais+de+A%C3%A7%C3%A3o+Social/5c6dc372-e12b-4b84-a462-38eccc5a6e85>

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. CNPDPCJ.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens (2023). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2022*. CNPDPCJ.

Costa, R., Padilha, M.I., Silva, A. R., Bellaguarda, M.L.R. & Maia, A.R.C. (2020). Florence Nightingale (1820-1910). As Bases da Enfermagem Moderna no Mundo. In M. I. Padilha, M. S. Borestein, M.L.R. Bellaguarda & I. Santos (Org.), *Enfermagem-História de uma profissão (3ª ed.)*. Difusão Editora.

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, nº 102. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Decreto de Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde (2008). Diário da República: I série, n.º 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.

Diogo, P. M. J., Freitas, B. H. B. M., Costa, A. I. L. & Gaíva, M. A. M. (2021). Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4),1-5 DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>

Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. DGS. [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus\\_tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus_tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)

Direcção Geral da Saúde (2013). Norma nº010/2013- *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2019). *Crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1. Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx>

Docherty, S. L., Bradon, D., Superdock, A.K. & Barfield, R. C. (2019) Impact of Chronic Illness Disability, or End-of-life Care for the Child and Family In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. Rodgers. *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th Edition, p. 621-663). Elsevier.

Esteves, A. V. F., Melo, L. D. S., Sabino, A. S., Silva, M. V., Cristino, J. S., & Rocha, E. P. (2021). O Brincar no hospital: uma self de enfermeiros que atuam em unidade pediátrica. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.3938>

Fróes, G. F., Mendes, E. N. W., Pedroza, G. de A., & Cunha, M. L. C. (2020). Stress experienced by mothers of preterm newborns in a neonatal intensive care unit. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190145>

Furtak, S. L., Gay, C. L., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Bolick, S. C., Lothe, B., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C. K., Sun, Y., & Franck, L. S. (2021). What parents want to know about caring for their preterm infant: A longitudinal descriptive study. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2732–2739. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.011>

Godino-láñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J., & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(3), 239. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030239>

Gonzalez, D., Bethencourt Mirabal, A., McCall, J. D., & Doerr, C. (2023). Child Abuse and Neglect (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Gubbels, J., van der Put, C. E., & Assink, M. (2019). The effectiveness of parent training programs for child maltreatment and their components: A meta-analysis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 16, Issue 13). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132404>

Hockenberry, M. J. (2024a). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, G. A. Duffy & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12<sup>th</sup> edition, pp. 45-75). Elsevier

Hockenberry, M. J. (2024b). Social, Cultural, Religious, and Family Influences on Child Health Promotion In M. J. Hockenberry, G. A. Duffy & K. D. Gibbs, *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12<sup>th</sup> edition, pp.76-129). Elsevier

Hoghughi, M., & Long, N. (2004). *Handbook of parenting: Theory and research for practice*. SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781848608160>

Honor, G. (2022). Child Maltreatment Prevention: Essentials for the Pediatric Nurse Practitioner. *Journal of Pediatric Health Care*, 36, 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.09.006>

Hunter, A. A., & Bernstein, B. (2019). Identification of Child Maltreatment-Related Emergency Department Visits in Connecticut, 2011 to 2014. *Clinical Pediatrics*, 58(9), 970–976. <https://doi.org/10.1177/0009922819845895>

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in primary care in hospitals: how to get started*. Bethesda.

International Council of Nurses (2019). ICNP browser. Parenting. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero* (3.<sup>a</sup> ed.). Masson.

Lawson, T.G. (2022). Betty Neuman: Systems Model. In M.R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (10.<sup>a</sup> ed., pp. 249-264). Elsevier.

Lei n. °23/2017 (2017). Terceira alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alargando o período de proteção até aos 25 anos. Diário da República: I série, n.º 99/2017, 2494-2494. <https://files.dre.pt/1s/2017/05/09900/0249402494.pdf>

Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização. Diário da República: I série, n.º 181

Legano, L. A., Desch, L. W., Messner, S. A., Idzerda, S., & Flaherty, E. G. (2021). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 147(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050920>

Lopes, M.J. (2001). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações* (2.ª ed.). Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 109–118.

Magão, T. (2014). Práticas promotoras de esperança em pais com crianças com doença crónica. In M. Basto (coord). *Cuidar em Enfermagem- Saberes da Prática* (p.49-106). Formasau

Magalhães, E. & Baptista, J. (2021). *Acolhimento familiar de crianças e jovens em perigo- Manual para profissionais*. Pactor

Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1–8.

Martins, A. R. S., Ribeiro, O. M., Padilha, J. M., Martins, M. M., Martins, M. S. V., & Fernandes, C. S. (2023). Estrutura da qualidade dos cuidados nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação: percepção dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 1–18. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.318>

Månsson, C., Sivberg, B., Selander, B., & Lundqvist, P. (2019). The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 677–687. <https://doi.org/10.1111/scs.12663>

McDowell, B. M. (2011). Using the Neuman Systems Model to Guide Pediatric Nursing Practice. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed., pp.223-236). Pearson Education.

Mecham, N. L. (2010). Urgências Pediátricas. In Howard, P. K. & Steinmann, R. A. *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (6ª ed., pp. 682-705). Lusociência.

National Association of School Nurses (2018). *Prevention and intervention of child maltreatment —The role of the school nurse (Position Statement)*. Silver Spring. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED595180.pdf>

National Association of School Nurses (2023). *Prevention and management of child maltreatment (Position Statement)*. <https://www.nasn.org/nasn-resources/professional-practice-documents/position-statements/ps-child-maltreatment>

Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed., pp. 1-34). Pearson Education.

Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. dos S. (2018). Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309~>

Neves, C. (2017). A Importância de um Diagnóstico Especializado: Naquela Tarde Chuvosa. In F. Xarepe, I. F. Costa & M.R. O. Morgado (Coord.), *O Risco e o Perigo na Criança e na Família* (pp.17-20). Pactor.

Nightingale, F. (1915). *Florence Nightingale to her Nurses. A selection from Miss Nightingale's address to probationers and nurses of Nightingale School at St Thomas's Hospital*. Macmillan and Co, Limited.

Nightingale, F. (2005). Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Lusociência.

Nunes, L., Ferrito, C. & Ruivo, A. (2010). Metodologia do projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37.

O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17–18), 3353–3367. <https://doi.org/10.1111/jocn.14913>

Oliveira, R. V. & Pais, L. G. (2014). The Origin of Maltreatment: Revision on the Historic Evolution of the Concepts of Child and Maltreatment. *Psychology, Community & Health*, 3(1), 36–49. <https://doi.org/10.5964/pch.v3i1.63>

Oliveira, P. C. C., & Costa, M. L. A. (2020). Percepção e responsabilidade do enfermeiro frente às situações de maus tratos contra a criança e adolescente. In Molin, R. (Org.), *Saúde em Foco* (pp. 465–481). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200901405>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Volume III. OE. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série 1 (3)*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe\\_guiasorientadoresboaprat icaceesip\\_vol\\_iii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboaprat icaceesip_vol_iii.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012a). Parecer nº 6/2012 Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP\\_Parece r\\_6\\_2012\\_Formacao\\_para\\_pais\\_com\\_os\\_filhos\\_internados.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parece r_6_2012_Formacao_para_pais_com_os_filhos_internados.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Padrões de qualidade de enfermagem: Enquadramento conceptual: enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientar de Boa Prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série 1 (6)*. OE [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicasco ntrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasco ntrolodorcrianca.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_ 29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_ 29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Guia Orientador de Boa Prática-Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização. *Cadernos Ordem Dos Enfermeiros, Série 1(8)*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidatedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedpositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, ICN. (2015c). CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2020) [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07\\_2020\\_mceesip\\_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07_2020_mceesip_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021) *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2022). *Relatório Bienal 2020-2021-Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2015). *Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say*. OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326346/9789289051132-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização Mundial de Saúde (2018). *INSPIRE: Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>

Organização Mundial de Saúde (2022a). *Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048737>

Organização Mundial de Saúde. (2022b). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years*.

Padilha, M. I., Borestein, M. S., Bellaguarda, M.L.R. & Santos, I. (2020). *Enfermagem- História de uma profissão (3ª ed.)*. Difusão Editora.

Paixão, M. J. G. (2010). Realidade virtual no controlo da dor e do distress, associados a procedimentos dolorosos, em crianças e adolescentes. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 2-18.

Paixão, S., Aparício, G., Silva, E., & Maia, L. (2019). Os enfermeiros na promoção de esperança nos pais de crianças com doença crónica. In *La conveccion sobre los derechos del niño 30 a debate años después*. CIPI ediciones.

Pereira-Mendes, A. (2016). Reflective Practice in the Clinical Learning: Earnings for the Building of the Nursing Thinking. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

Petersen, A, Joseph, J. & Feit, M. (Eds) (2014). New Directions in Child Abuse and Neglect Research. In Committee on Child Maltreatment Research, *Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II; Board on Children, Youth, and Families*. The National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195987/>

Pineda, R., Bender, J., Hall, B., Shabosky, L., Annecca, A., & Smith, J. (2018). Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. *Early Human Development*, 117, 32–38. <https://doi.org/10.1016/J.EARLHUMDEV.2017.12.008~>

Reader, P., Duncan, S., & Lucey, C. (2005). *Studies in the assessment of parenting*. Routledge

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série (n.º26 de 6/02/2019), 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020 (2020). Aprova a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024. *Diário da República*, I série, n.º 245. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2020/12/24500/0000200022.pdf>

Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), 89–100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). The perspective of portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Ridgway, L., Hackworth, N., Nicholson, J. M., & McKenna, L. (2021). Working with families: A systematic scoping review of family-centred care in universal, community-based maternal, child, and family health services. *Article Journal of Child Health Care*, 25(2), 268–289. <https://doi.org/10.1177/1367493520930172>

Robles, A., Gjelsvik, A., Hirway, P., Vivier, P. M., High, P. (2019). Adverse childhood experiences and protective factors with school engagement. *Pediatrics*, 144(2), e20182945. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2945>

Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. D. S. (2020). Concerns and needs of parents of hospitalized children. *Saude e Sociedade*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>

Saraiva, H. & Sousa, A. (2022). Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lidel.

Scapin, S. Q., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Martins, J. C., Barbosa, M. V. & Pereima, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(6), 1361-1365.

Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M. E., Fuculo Junior, P. R. B., Tomazoni, A., & Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 29, 1-15.

Schön, D (2008). Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. (Trad. Roberto Cataldo Costa). Artmed.

Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I., & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. WHO. <http://www.euro.who.int/pubrequest>

Silva, D., Afonso, V. & Silva, E. B. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Detecção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium*, 47, 69-82.

Silva, D. O., Gama, D. O. N., Pereira, R. B., & Camarão, Y. P. H. C. (2018). A importância do lúdico no contexto da hospitalização infantil. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12), 3484–3491. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3491-2018>

Sherwood, G., Cherian, U. K., Horton-Deutsch, S., Kitzmillers, R., & Smith-Miller, C. (2018). Reflective practices: Meaningful recognition for healthy work environments. *Nursing Management*, 24(10), 30–34. <https://doi.org/10.7748/nm.2018.e1684>

Temcheff, C. E., Letarte, M. J., Boutin, S., & Marcil, K. (2018). Common components of evidence-based parenting programs for preventing maltreatment of school-age children. *Child Abuse and Neglect*, 80, 226–237. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2018.02.004>

Valente, M., Catarino, R., Machado, A., Catarino, C., Ribeiro, H., Martins, A., Feu, J., Cintra, C., Brou, H., Luz, M., & Viana, R. (2012). *Normas, emergências pediátricas e obstétricas- Manual TAS*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%A2ncias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf>

Van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., & Noëlle, B. V. S. F. (2018). Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 171–202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>

Veenendaal, N. R., Labrie, N. H. M., Mader, S., van Kempen, A. A. M. W., van der Schoor, S. R. D., van Goudoever, J. B., Bertino, E., Bhojnagarwala, B., Bodrogi, E., Bohlin, K., Bracht, M., Bühner, C., Domellöf, M., Embleton, N., Endl, C., Ertl, T., Funke, S., Gangi, S., Garg, S., ... Zabakas, K. (2022). An international study on implementation and facilitators and barriers for parent-infant closeness in neonatal units. *Pediatric Investigation*, 6(3), 179–188. <https://doi.org/10.1002/PED4.12339>

Vilelas, J., & Janeiro, S. I. D. (2012). TRANSCULTURALIDADE: O ENFERMEIRO COM COMPETÊNCIA CULTURAL. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 120–127. <https://www.researchgate.net/publication/263733973>

Vilelas, J. (2022). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento* (3ªed.). Sílabo.

Yehene, E., Goldzweig, G., Simana, H., & Brezner, A. (2022). "Mind the gap": Exploring pediatric nurses' perceptions of the theory and practice of caring for children and families. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, e84–e94. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.12.024>

Wojnar, A. (2018). Communicating with parents of an ill Child-a Continuous Challenge for a modern pediatric nurse. *Problemy Pielęgniarstwa*, 26(4), 243–248. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2018.84127>

Xarepe, F., Costa, I. F. & Morgado, M.R.O. (2017). *O Risco e o Perigo na Criança e na Família*. Pactor.

Zeidani, A., Soltanian, M., Edraki, M., & Mirshah, E. (2023). The effect of the communication skills training on the sensitivity and cultural competence of the nurses in the pediatric wards: A quasi-experimental study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 212. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_898\\_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_898_22)



**APÊNDICES**

**APÊNDICE I: MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN  
ADAPTADO**

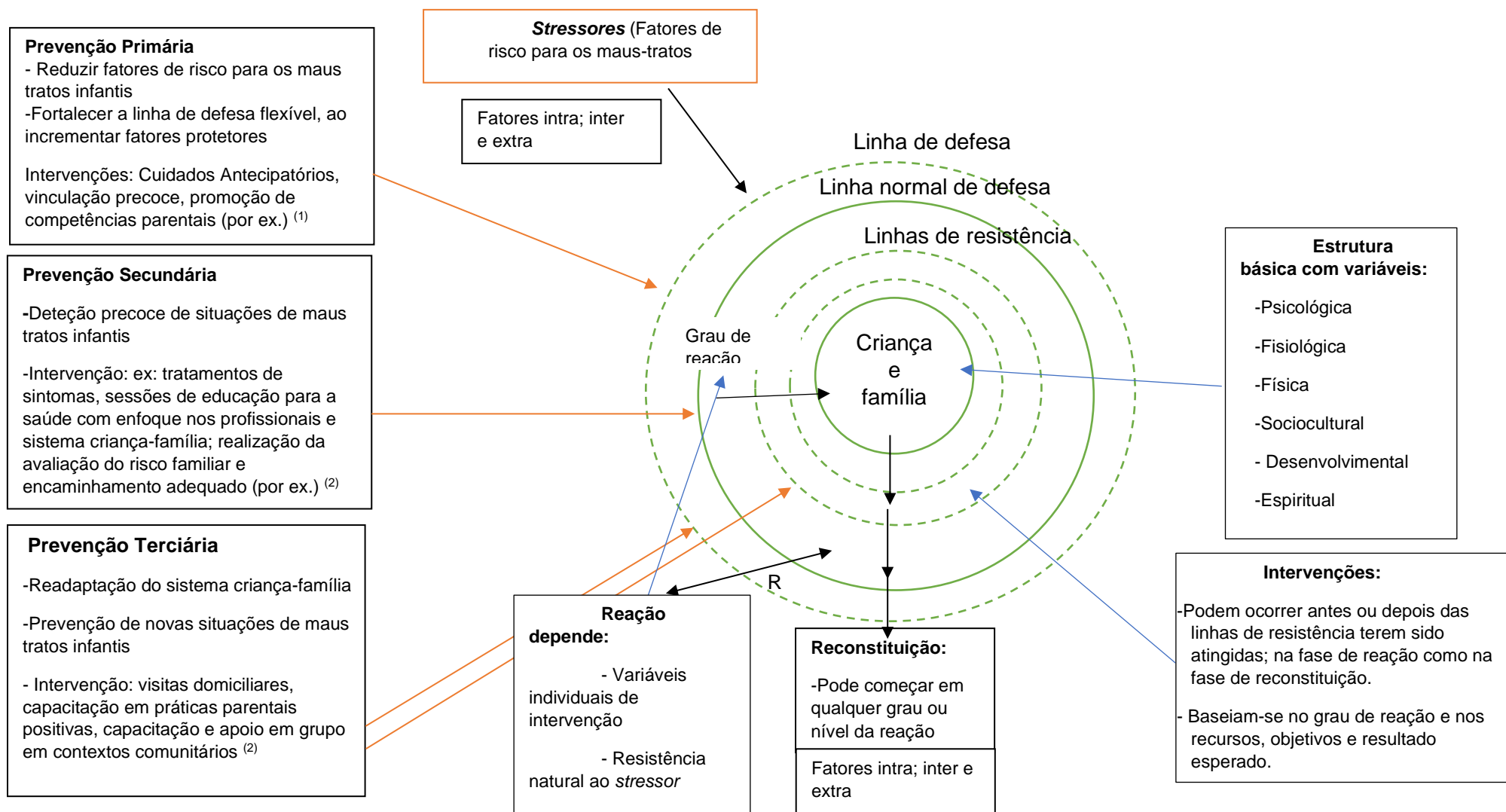
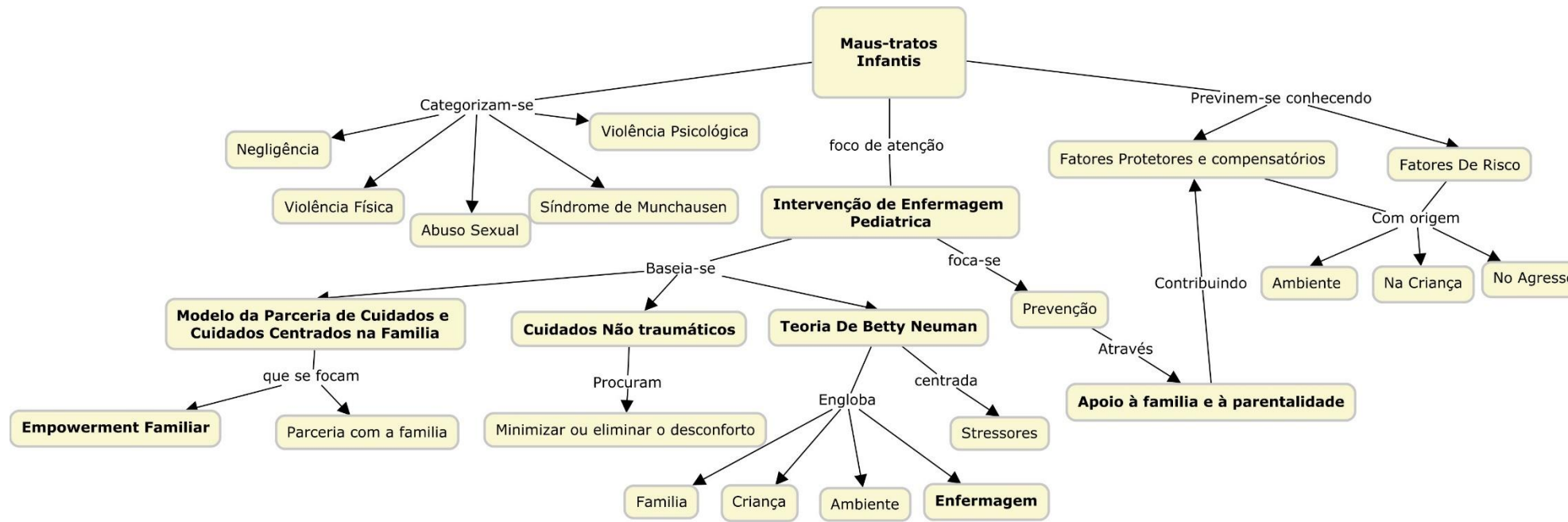


FIG 1. Modelo de Sistemas de Betty Neuman adaptado à problemática dos maus tratos em crianças. Baseado em: Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Alligood, M. R. & Tomey, A. M, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5ªed.)*,(p.335-376). Lusociência.

(1)- CNPDPCJ (2010). *Guia de Orientações Para os Profissionais de Saúde na Abordagem de Situações de Maus tratos ou outras situações de Perigo*. CNPDPCJ.

(2)- OMS (2018). *Inspire: Sete Estratégias Para Pôr Fim à Violência Contra Crianças*. OMS; CNPDPCJ (2023). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2022*. CNPDPCJ.

## **APÊNDICE II: MAPA CONCEPTUAL**



## **APÊNDICE III: PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING***

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
julho, 2022**

## **TÍTULO:**

Programas de formação na área da prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças e jovens e apoio à parentalidade, dirigidos aos profissionais de saúde: protocolo de *scoping review*

## **OBJETIVOS:**

-Mapear os programas de formação na área da prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças e jovens e apoio à parentalidade, dirigidos aos profissionais de saúde;

-Identificar e descrever os programas de formação na área da prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças e jovens e apoio à parentalidade, dirigidos aos profissionais de saúde.

## **QUESTÃO DE REVISÃO:**

-Quais os programas de formação na área da prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças e jovens e apoio à parentalidade, dirigidos a profissionais de saúde?

-Qual a caracterização destes programas em relação a formato, duração, modelo pedagógico, conteúdos abordados, recursos educativos utilizados, objetivos e população-alvo.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

Program evaluation; program development; education; health personnel; child abuse; parenting.

## **BACKGROUND:**

Os maus-tratos e a violência contra crianças e jovens apresentam-se como uma problemática emergente no mundo atual. Segundo entidades como a APAV e a CNCDPCJ os números continuam a aumentar em Portugal e exigem uma atuação eficaz (APAV, 2021; APAV, 2022; CNCDPCJ, 2021; 2022). Os profissionais de saúde, em conjunto com outros recursos da comunidade, como a comunidade escolar, são importantes aliados na deteção, sinalização e

prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças. No entanto, a evidência científica demonstra que existe um sentimento de falta de formação nesta área com conseqüente insegurança na abordagem destes casos, o que compromete a sua correta identificação e encaminhamento (Silva et al., 2014; Oliveira & Costa, 2020).

A prevenção secundária, na qual se baseavam os primeiros programas de prevenção da violência contra crianças, e que se foca no combate à recidiva de casos, deixou de ser vista como uma prioridade. Atualmente, tendo-se compreendido que uma intervenção no âmbito da prevenção primária reduziria custos e conseqüências para as crianças e famílias, os programas atuais procuraram atuar diretamente nos fatores de risco e fatores de proteção dos maus tratos infantis, investindo na educação para a saúde e sensibilização da comunidade (NASN, 2018).

Por outro lado, os programas no âmbito do apoio à parentalidade têm sido descritos como os mais efetivos na prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças, nomeadamente na promoção de competências parentais com enfoque na parentalidade positiva (Cirik, Ciftcioglu & Efe, 2017; CNPDPCJ, 2010). Assim, torna-se imperativo que os profissionais de saúde recebam formação adequada nesta área, para que cada vez mais se tornem competentes no que respeita não apenas à deteção destes casos, como na sua prevenção e intervenção.

Tendo em conta esta problemática e o potencial impacto dos profissionais de saúde nesta área, surgiu a necessidade de reunir os programas formativos disponíveis dirigidos a profissionais de saúde, explanando as suas características. Este tema foi definido após a pesquisa inicial realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL que levou à constatação de inexistência de uma revisão *scoping* acerca da temática apresentada.

O presente protocolo de revisão *scoping* seguiu as diretrizes da metodologia *Joanna Briggs Institute*.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

### **População:**

A revisão *scoping* irá incluir todos os estudos que incluam profissionais de saúde, seja qual for o seu grupo profissional.

**Conceito:**

Na revisão *scoping* serão incluídos todos os estudos que abordem programas formativos na área da prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças e jovens, e apoio à parentalidade.

**Contexto:**

Serão incluídos na revisão *scoping* todos os estudos referentes à temática, independentemente do local da implementação dos programas.

**Tipos de Fontes de Evidência:**

Nesta revisão *scoping* serão incluídos todo o tipo de estudos de natureza quantitativa, qualitativa e revisões sistemáticas da literatura.

**ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

Seguindo a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute*, a estratégia de pesquisa desta revisão de *scoping* irá realizar-se em três etapas, tendo como objetivo identificar e descrever os programas disponíveis no âmbito da temática.

Inicia-se com a pesquisa nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*, utilizando linguagem natural e indexada. Na segunda etapa, irão analisar-se as palavras incluídas no título e o resumo, bem como das palavras chave e termos de indexação utilizados nos artigos. De seguida, será efetuada uma nova pesquisa em todas as bases de dados utilizando as palavras-chave e termos de indexação reunidos. Por fim, na terceira e última etapa será executada uma análise das referências bibliográficas dos artigos identificados, com vista à identificação de novos artigos passíveis de ser incluídos na revisão de *scoping*. Serão considerados estudos não publicados e literatura cinzenta pesquisados no *Google Scholar*. Os estudos incluídos serão publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola que datem o intervalo temporal 2012-2022 permitindo obter resultados da pesquisa a estudos mais recentes que abordem os programas formativos na área da prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças e jovens e apoio à parentalidade, dirigidos a profissionais de saúde.

Durante a pesquisa, caso os artigos não cumpram os critérios de inclusão ou se encontrem duplicados, serão excluídos.

Os artigos pesquisados serão analisados por dois ou mais revisores, tendo em conta a sua relevância para revisão de *scoping* consoante o título e resumo, de forma a garantir o alinhamento com os critérios de inclusão anteriormente definidos. Em caso de inconsistência será requerida uma nova análise por parte de um terceiro revisor.

### **EXTRAÇÃO DE DADOS:**

A extração de dados será realizada com recurso a tabela (Tabela 1), consoante indicação do Joanna Briggs Institute. Assim, serão apresentados os diferentes estudos reunidos por ordem alfabética, especificando os detalhes dos artigos relativamente ao título, autor, fonte, ano e local de publicação, tipo de estudo, objetivos do mesmo, população alvo, contexto, resultados e conclusões atingidas (APÊNDICE I). Esta tabela, elaborada pelos revisores poderá sofrer alterações consoante necessidade ao longo do processo de extração de dados.

### **APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

A apresentação dos resultados será realizada através da elaboração de duas tabelas, Tabela 2 e Tabela 3, apresentadas no APÊNDICE II, com o objetivo de sintetizar os dados extraídos evidenciando a coerência com o objetivo e as questões definidas na revisão de *scoping*. A Tabela 2 procurará dar resposta a quais os programas de formação existentes na área da prevenção dos maus-tratos e violência contra crianças e jovens e apoio à parentalidade, dirigidos a profissionais de saúde. Já a Tabela 3 evidenciará as características destes programas relativamente a formato, duração, modelo pedagógico, conteúdos abordados, recursos educativos utilizados, objetivos e população-alvo.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2021). *Estatísticas APAV-Relatório Anual 2020*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2020.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf)

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022). *Estatísticas APAV-Relatório Anual 2021*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)
- Cirik V., Ciftcioglu S., Efe, E. (2017). Preventing child abuse and neglect. *Archives of Nursing Practice and Care*, 3(1), 064-067.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. CNPDPCJ.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2021). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2020*. CNPDPCJ.
- CNPDPCJ (2010). *Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças: Guia de Orientações Para os Profissionais de Acção Social na Abordagem de Situações de Maus tratos ou outras situações de Perigo*. CNPCJR. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Guia+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+Profissionais+de+A%C3%A7%C3%A3o+Soci+al/5c6dc372-e12b-4b84-a462-38eccc5a6e85>
- National Association of School Nurses. (2018). *Prevention and intervention of child maltreatment — The role of the school nurse* (Position Statement). Silver Spring. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED595180.pdf>
- Oliveira, P. C. C., & Costa, M. L. A. (2020). Percepção e responsabilidade do enfermeiro frente às situações de maus tratos contra a criança e adolescente. In Molin, R. (Org.), *Saúde em Foco* (pp. 465–481). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200901405>
- Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. In: E. Aromataris & Z. Munn (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Silva, D., Afonso, V. & Silva, E. B. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Deteção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium*, 47, 69-82.

**ANEXOS**

## **ANEXO I: TABELAS DE PESQUISA**

## Tabela de pesquisa CINAHL Complete

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S13	S4 AND S11 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	35
S12	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	662,553
S11	S9 AND S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	1,000
S10	S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	24,063
S9	(MH "Parenting")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	20,638
S8	"health professionals"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	41,348
S7	(MH "Health Personnel+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	633,604
S6	"child maltreatment"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	12,311
S5	(MH "Child Abuse+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	23,621
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	1,153,226
S3	(MH "Education+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	1,008,895
S2	"program"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	305,197
S1	(MH "Program Implementation") OR (MH "Program Evaluation") OR (MH "Program Development+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	94,563

Ativar o Windows

Ativar o Windows

## Tabela de pesquisa: Medline

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S12	S8 AND S9 AND S10 AND S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	18
S11	S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	630,394
S10	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	34,849
S9	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,804,873
S8	(MH "Parenting")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	19,891
S7	"health professionals"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	58,097
S6	(MH "Health Personnel+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	585,123
S5	"child maltreatment"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	21,205
S4	(MH "Child Abuse+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	33,373
			base de dados - MEDLINE Complete	
S3	(MH "Education+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	876,547
S2	"program"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,067,433
S1	(MH "Program Development") OR (MH "Program Evaluation+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	102,904

Ativar o Windows

Ativar o Windows

## **APÉNDICES**

## **APÊNDICE I: EXTRAÇÃO DE DADOS**

**Tabela 1- Instrumento de Extração de Dados segundo o *Joanna Briggs Institute***

Título	
Autor(es)	
Fonte	
Ano de publicação	
Local de publicação	
Palavras-chave	
Objetivo do estudo	
Tipo de estudo	
População do estudo	
Contexto	
Resultados	
Conclusões	

## **APÊNDICE II: APRESENTAÇÃO DE DADOS**

**Tabela 2: Instrumento de Apresentação de dados**

Autor e Ano do artigo	Nome do programa de formação

**Tabela 3: Instrumento de Apresentação de dados- Características dos programas de formação identificados**

Autor e Ano do Artigo	Formato do programa	População-alvo	Objetivos do programa	Duração	Conteúdos	Modelo pedagógico utilizado	Recursos educativos

## **APÊNDICE IV: CRONOGRAMA**



**APÊNDICE V: GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE  
ESTÁGIO**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
outubro, 2023**

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” foi proposta a concretização de um guia orientador das atividades de estágio que permitisse a preparação para cada experiência, dando a conhecer o projeto delineado, e adaptando as atividades a desenvolver às necessidades do contexto.

A definição da temática do projeto “Prevenção dos maus tratos em crianças - Intervenção de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade” emergiu da necessidade pessoal e profissional de aprimorar competências na área da prevenção dos maus tratos infantis. A estratégia de apoio às famílias e à parentalidade é suportada pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman, tendo como propósito auxiliar as famílias no desenvolvimento de competências parentais. O desenvolvimento destas competências resulta em fatores de proteção compensatórios com impacto na prevenção dos maus tratos infantis.

Desse modo, foram desenvolvidos dois objetivos gerais: 1) Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento e 2) Desenvolver competências para a intervenção especializada de enfermagem na prevenção dos maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

Os estágios decorreram de 27 de setembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023. O primeiro contexto em centro de desenvolvimento infantil decorreu de 27 de setembro a 9 de outubro; o segundo contexto em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados decorreu de 10 de outubro de 2022 a 6 de novembro de 2022; o terceiro contexto em internamento de pediatria decorreu de 7 de novembro a 4 de dezembro; o quarto contexto em urgência de pediatria de 5 de dezembro a 15 de janeiro e, por fim, o quinto contexto em unidade de cuidados intensivos neonatais decorreu entre 16 de janeiro e 10 de fevereiro de 2023.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os maus tratos em crianças são um problema de saúde global e uma violação dos direitos humanos, abrangendo centenas de milhões de crianças em todo o Mundo (OMS, 2019) e podem ser definidos como:

todas as formas de tratamento prejudicial físico e/ou emocional, abuso sexual, falta de atenção, negligência e exploração comercial ou de outro tipo, que resultem em prejuízo para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2019, p.5).

Além disso, têm origem na junção de diferentes fatores que interagem entre si, podendo estes ser de risco, de proteção e de agravamento ou crise de vida, originários nos cuidadores, criança ou contexto socioeconómico, devendo ser tidos em consideração durante a avaliação da situação de risco (DGS, 2011). Os fatores de risco englobam todas as variáveis que potenciam a ocorrência de maus tratos infantis. Já os fatores de proteção ou fatores compensatórios dizem respeito a todas as variáveis que podem diminuir o impacto dos fatores de risco e prevenir os maus tratos (DGS, 2011). Constituem, para a criança, fatores protetores, o desenvolvimento global adequado à idade, a vinculação segura à família, a existência de grupo de pares e a capacidade de resolução de problemas. No contexto familiar, destacam-se como elementos essenciais, as competências parentais, uma estrutura familiar sólida e a segurança económica. Adicionalmente, a existência de uma rede de suporte e a facilidade de acesso aos serviços de apoio disponíveis na comunidade, constituem-se como fatores preponderantes (DGS, 2011, p.13).

Ao longo dos últimos, têm sido desenvolvidos, múltiplos estudos e programas de prevenção e combate aos maus tratos em crianças. No entanto, as estatísticas atuais revelam um aumento do número de casos notificados em Portugal, com cada vez mais crianças a necessitarem de encaminhamento e apoio adequado (APAV, 2022; CNPDPCJ, 2022). Esta dura realidade remete para a necessidade de (re)pensar políticas e práticas de atuação, investindo na

formação dos profissionais que contactam com crianças diariamente (CNPDPJCJ, 2023).

O enfermeiro, pela relação privilegiada que estabelece com a criança e a família nos diferentes contextos, é muitas vezes o primeiro contacto destas crianças em risco ou situação de maus tratos, num pedido de ajuda nem sempre explícito. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015) ao enfermeiro, no exercício da sua profissão, cabe “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (p.82). Já o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolve competências especializadas, atuando “em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192). Uma das suas áreas de atuação específica é “a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida” onde, claramente, se poderá incluir os maus tratos em crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192). Ao conhecer os fatores de risco e os fatores de proteção ou compensatórios, relacionados com os maus tratos, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pode intervir na redução desses mesmos riscos ou na promoção dos fatores protetores, com o objetivo de prevenir situações de maus tratos infantis e otimizar o potencial de saúde do cliente pediátrico.

## **2. PLANO DE TRABALHO E ATIVIDADES**

### **2.1. Centro de desenvolvimento infantil**

Tendo por base o projeto construído, foi selecionado como local de estágio o Centro de Desenvolvimento Infantil. Neste contexto, atendendo às suas características, é favorável ao desenvolvimento de competências no âmbito do crescimento e desenvolvimento infantil de forma adaptada à situação clínica de cada criança e jovem, evidenciadas no critério de avaliação E.2., mas também possibilitará ainda atuar na promoção da adaptação da criança, jovem e família à doença crônica e com deficiência/incapacidade referenciada no critério E2.5, bem como a resposta a doenças raras prevista no critério E2.3 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). De salientar que de acordo com a DGS (2011) um dos fatores de risco para os maus-tratos infantis é a presença de doença crônica ou deficiência física ou intelectual e necessidades educativas especiais na criança. Nestes casos, a negligência emerge como a tipologia de maus tratos mais prevalente, sendo frequentemente a mais difícil de detetar (DGS, 2011).

**Objetivo Geral:** 1. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

a) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem à criança e à família promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<p>-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento da intervenção, nomeadamente na área das doenças neuro motoras graves e promoção do desenvolvimento de crianças e jovens com doença crónica e/ou rara;</p> <p>-Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.</p> <p>-Identificação de sinais de alerta no crescimento e desenvolvimento infantil;</p> <p>-Transmissão de orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial de desenvolvimento e funcionalidade da criança.</p>	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Computador</li><li>- Base de dados</li><li>-Escala de avaliação do desenvolvimento</li></ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Enfermeiro Orientador</li><li>-Equipa multidisciplinar</li></ul>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</p> <p>E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p>

**Critérios de Avaliação:**

E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos

potenciadores de saúde; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento Infantil; E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

**Objetivo Geral:** 1. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

b) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem em situações de especial complexidade, nomeadamente em situação de doença crónica e/ou rara, com vista à promoção do *empowerment* da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<p>-Apreciação com enfoque nas preocupações, medos, ansiedade e <i>stressores</i> presentes família e criança;</p> <p>- Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem promotoras do <i>empowerment</i> da criança e família em situações de especial complexidade;</p> <p>-Promoção da comunicação expressiva de sentimentos e emoções e da esperança, inserindo-se nesta atividade a da adaptação do instrumento Árvore dos Talentos;</p> <p>-Reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional.</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Computador</li><li>- Base de dados</li></ul> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Enfermeiro</li><li>Orientador</li><li>-Equipa multidisciplinar</li></ul>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.</p> <p>E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p>

**CrITÉrios de AvaliaÇão:**

E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação; E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada; E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário; E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança;

E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

**Objetivo Geral:** 2. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

**Objetivo Específico:**

- a) Implementar intervenções especializadas de Enfermagem em situações de risco e/ou perigo de maus tratos em crianças nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na sua prevenção.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento e fundamentação da intervenção; -Reflexão junto da equipa multidisciplinar e/ou perito com enfoque nas dificuldades, necessidades e elementos facilitadores na abordagem, avaliação, diagnóstico e/ou intervenção em matéria de maus tratos em crianças e jovens -Reflexão sobre as dificuldades, necessidades e elementos facilitadores na abordagem, avaliação, diagnóstico e/ou intervenção em matéria de maus tratos em crianças e jovens.	<b>Materiais:</b> -Computador - Base de dados -Notas recolhidas durante as reflexões  <b>Humanos:</b> - Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

**Critérios de Avaliação:**

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco); E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção;

E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

**Objetivo geral:** 2. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco na promoção e apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado

**Objetivo Específico:** b) Implementar intervenções especializadas de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
- Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de apoio às famílias e à parentalidade; - Promoção da parentalidade em pais de crianças com doença crónica; - Realização de dispositivos educacionais de apoio às famílias e à parentalidade;	<b>Materiais:</b> - Computador - Base de dados <b>Humanos:</b> - Enfermeiro Orientador - Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Critérios de Avaliação:**

E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.; E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.

## **2.2. Unidade de cuidados de saúde personalizados**

Tendo por base o projeto construído, foi selecionado como local de estágio a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, que permitirá explorar a detecção e encaminhamento adequado das famílias em situação de risco ou maus tratos infantis, com possibilidade de visita ao NACJR e a realização de formação em serviço no âmbito da comunidade. Além disso, este contexto permitirá desenvolver competências no âmbito do crescimento e desenvolvimento infantil, de forma adaptada à situação clínica de cada criança e jovem, evidenciadas na unidade de competência E.3.1. Por outro lado, possibilitará ainda compreender o encaminhamento realizado pelos enfermeiros para outros profissionais de saúde, evidenciado pelo critério E1.2.2. e facilitar “a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança/jovem e família” espelhado no critério E1.2.8. Ademais poderei ainda desenvolver em contexto de consulta, as competências E.1.1. e E1.2. através do diagnóstico precoce de doenças comuns e situações de risco, com promoção dos comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

**Objetivo Geral: 1.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

a) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem à criança e à família promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento da intervenção;</li><li>- Reflexão junto da equipa multidisciplinar;</li><li>-Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil;</li><li>-Identificação de sinais de alerta no crescimento e desenvolvimento infantil;</li><li>-Transmissão de orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança;</li><li>- Realização de dispositivos educacionais de apoio às famílias e à parentalidade (espelhado num folheto com recomendações acerca do calçado para crianças).</li></ul>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Computador</li><li>- Base de dados</li><li>-Notas recolhidas durante as reflexões</li><li>-Escala de avaliação do desenvolvimento</li></ul> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermeiro Orientador</li><li>-Equipa multidisciplinar</li></ul>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</p> <p>E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p>

**Critérios de Avaliação:**

E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos

potenciadores de saúde; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento Infantil; E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

**Objetivo Geral: 2.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção dos maus tratos em crianças, com foco na promoção e apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

**Objetivo Específico:**

- a) Implementar intervenções especializadas de Enfermagem em situações de risco e/ou de maus tratos em crianças, nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na sua prevenção.

Atividades	Recursos	Competências
<p>-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento e fundamentação da intervenção;</p> <p>-Participação colaborativa na deteção de fatores de risco/protetores/agravamento nos maus tratos e intervenção em situação de risco e/ou maus tratos em crianças;</p> <p>- Análise da intervenção do EESIP pertencente ao NACJR e CPCJ;</p> <p>-Identificação das necessidades formativas dos enfermeiros/equipa de saúde na prevenção e combate aos maus tratos em crianças;</p> <p>-Desenvolvimento de atividades de formação sobre a temática à equipa (Prevenção dos Maus tratos Infantis – Intervenção do Enfermeiro);</p>	<p>Materiais:</p> <p>-Computador</p> <p>- Base de dados</p> <p>Humanos:</p> <p>-Enfermeiro</p> <p>Orientador</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p>

-Sensibilização dos enfermeiros/equipa de saúde para a prevenção, deteção e/ou atuação precoce em situações de risco e/ou maus tratos em crianças;		
<p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco); E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos.</p>		

<p><b>Objetivo geral:</b> 2. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.</p>		
<p><b>Objetivo Específico:</b></p> <p>b) Implementar intervenções especializadas de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade.</p>		
Atividades	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento e fundamentação da intervenção;</li> <li>- Reflexão junto da equipa multidisciplinar e/ou perito;</li> <li>-Identificação de competências parentais e de <i>stressores</i> nas vivências familiares;</li> <li>-Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de apoio às famílias e à parentalidade;</li> <li>-Promoção da parentalidade e da vinculação pais-criança;</li> </ul>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Computador</li> <li>- Base de dados</li> <li>-Notas recolhidas durante as reflexões</li> </ul> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro Orientador</li> </ul>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de</p>

-Transmissão de informação promotora do desenvolvimento de competências parentais.	-Equipa multidisciplinar	desenvolvimento da criança e do jovem.
<p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p>		

### **2.3. Internamento de pediatria**

Tendo por base o projeto construído, foi selecionado como local de estágio o Internamento de Pediatria, uma vez que permitirá um acompanhamento mais prolongado da criança e da família, em situação de doença. Deste modo, possibilitará aprofundar intervenções personalizadas e estabelecer uma relação terapêutica com o cliente pediátrico. Além disso, por se tratar de um serviço de pediatria geral, abrange um conjunto diversificado de problemas de saúde, em crianças de diferentes faixas etárias, desde traumatologia, a problemas respiratórios, hematológicos, entre outras, viabilizando o aprofundar de conhecimentos nas diferentes áreas.

Assim, pretende-se fortalecer algumas das competências já trabalhadas em contextos anteriores e desenvolver igualmente novas competências especializadas. Concomitantemente, será possível dar enfoque à promoção da "autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde", comunicação com a criança e família adaptada ao seu estágio de desenvolvimento e cultura, e adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e/ou deficiência/incapacidade evidenciados nas unidades de competência E2.5, E3.3. e E3.4 (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193-19194). Por outro lado, procurar-se-á investir na gestão "diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas" e na prestação de cuidados promotores da parentalidade, referidos nas unidades de competência E1.1 e E2.2 (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Ainda alinhado com o projeto de estágio, irei continuar a desenvolver o diagnóstico e intervenção precoce "nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem", onde se inclui a identificação, intervenção e prevenção dos maus tratos infantis (E1.2) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Desta forma, almeja-se fortalecer algumas das competências já trabalhadas em contextos anteriores e desenvolver igualmente novas competências especializadas.

**Objetivo Geral:** 1. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

a) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem à criança e à família promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento da intervenção, nomeadamente na área da doença crónica e ou rara, caso exista. -Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. -Identificação de sinais de alerta no crescimento e desenvolvimento infantil; -Transmissão de orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial de desenvolvimento e funcionalidade da criança.	<b>Materiais:</b> -Computador - Base de dados -Escala de avaliação do desenvolvimento <b>Humanos:</b> -Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Critérios de Avaliação:**

E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento

Infantil; E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

**Objetivo Geral: 1.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

b) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem em situações de especial complexidade, nomeadamente em situação de doença crónica e/ou rara, com vista à promoção do *empowerment* da criança e da família.

Atividades	Recursos	Competências
<p>-Apreciação com enfoque nas preocupações, medos, ansiedade e <i>stressores</i> presentes família e criança;</p> <p>- Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem promotoras do <i>empowerment</i> da criança e família em situações de especial complexidade;</p> <p>-Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem com enfoque na gestão diferenciada da dor na criança através de medidas não farmacológicas;</p> <p>- Realização de uma formação acerca da utilização da realidade virtual no controlo da dor no adolescente;</p> <p>-Promoção da comunicação expressiva de sentimentos e emoções por parte da criança, adolescente e pais ou cuidadores;</p>	<p>Materiais:</p> <p>-Computador</p> <p>- Base de dados</p> <p>Humanos:</p> <p>-Enfermeiro Orientador</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.</p> <p>E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de</p>

-Reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional.		vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
<p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação; E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada; E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário; E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança; E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>		

**Objetivo Geral: 2.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco na promoção e apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

**Objetivo Específico:**

- a) Implementar intervenções especializadas de Enfermagem em situações de risco e/ou de maus tratos em crianças nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na sua prevenção.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<p>-Observação e análise de uma reunião do NAHJR consoante disponibilidade da instituição e intervenientes.</p> <p>-Participação colaborativa na deteção de fatores de risco/protetores/agravamento de maus tratos e intervenção em situação de risco e/ou maus tratos/violência contra crianças.</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Computador</li><li>- Base de dados</li><li>-Notas recolhidas durante a reunião</li></ul> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermeiro Orientador</li><li>-Equipa multidisciplinar</li></ul>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p>

**Critérios de Avaliação:**

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco); E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

**Objetivo geral:** 2. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco na promoção e apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

**Objetivo Específico:**

b) Implementar intervenções especializadas de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Identificação de competências parentais e de <i>stressores</i> nas vivências familiares durante a hospitalização; -Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de apoio às famílias e à parentalidade; -Promoção da parentalidade e da vinculação pais-criança em situação de hospitalização; -Transmissão de informação promotora do desenvolvimento de competências parentais.	<b>Materiais:</b> -Computador - Base de dados <b>Humanos:</b> -Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.  E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Critérios de Avaliação:** E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.

## **2.4. Urgência pediátrica**

Com base no projeto delineado, foi selecionado o Serviço de Urgência de Pediatria, onde exerço funções. Acredita-se que a observação de um serviço na perspectiva de estudante de mestrado poderá considerar-se muito enriquecedora e uma oportunidade para a construção e implementação de atividades, cujos resultados poderão trazer valor acrescentado à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Ao direcionar o foco de atenção para a temática em estudo, pensa-se ser possível a aquisição de novos conhecimentos, atendendo às reais necessidades do serviço. Ademais, ao dispor de mais tempo na prestação de cuidados, podem ser fortalecidas competências já adquiridas e desenvolvidas novas habilidades. Nomeadamente as competências de EESIP “E1.1. “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida criança/jovem”, esta última com enfoque na prevenção dos maus tratos infantis. Neste âmbito, e através do percurso de estágio, poderão direcionar-se as atividades para necessidades específicas, nomeadamente na definição de um protocolo de atuação em situação de maus tratos infantis, o qual será produzido ao longo deste período.

Por fim, de referir que continuarão a ser desenvolvidas as competências E.3.1 “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e E2.1.” Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem adequados” tão necessária neste contexto específico.

**Objetivo Geral: 1.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

a) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem à criança e à família promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento da intervenção; -Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil com enfoque na identificação de sinais de alerta; -Transmissão de orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança; - Participação colaborativa na gestão diferenciada da dor, com enfoque nas estratégias não farmacológicas.	<b>Materiais:</b> -Computador - Base de dados  <b>Humanos:</b> -Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Critérios de Avaliação:**

E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

**Objetivo Geral: 1.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

**b)** Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem em situações de especial complexidade, nomeadamente em situação de doença crónica e/ou rara, com vista à promoção do *empowerment* da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Apreciação com enfoque nas preocupações, medos, ansiedade e <i>stressores</i> presentes família e criança; - Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem promotoras do <i>empowerment</i> da criança e família em situações de especial complexidade, nomeadamente em diagnósticos inaugurais de diabetes <i>mellitus</i> e drepanocitose e outras doenças crónicas. -Promoção da comunicação expressiva de sentimentos e emoções em contexto de urgência -Reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional.	Materiais: -Computador - Base de dados Humanos: -Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Critérios de Avaliação:**

E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E2.3 — Responde às doenças

raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação; E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada; E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário; E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança; E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

**Objetivo Geral: 2.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

**Objetivo Específico:**

- a) Implementar intervenções especializadas de Enfermagem em situações de risco e/ou de maus tratos em crianças nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na sua prevenção.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Participação colaborativa na detecção de fatores de risco/protetores/agravamento nos maus tratos e intervenção em situação de risco e/ou maus tratos/violência contra crianças - Observação de uma reunião do NHACJR (mediante disponibilidade da organização); -Desenvolvimento de um protocolo de atuação na urgência em situação de maus tratos infantis nas suas diferentes tipologias (Neste caso específico já existe um protocolo em relação à situação de abuso sexual);	Materiais: -Computador - Base de dados Humanos: - Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

**Critérios de Avaliação:**

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco); E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

**Objetivo geral:** 2. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado

**Objetivo Específico:**

b) Implementar intervenções especializadas de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento e fundamentação da intervenção; -Identificação de competências parentais e de <i>stressores</i> nas vivências familiares; -Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de apoio às famílias e à parentalidade; -Promoção da parentalidade e da vinculação pais-criança em contexto de Serviço de Observação;	<b>Materiais:</b> -Computador - Base de dados <b>Humanos:</b> -Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Crítérios de Avaliação:** E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.

## 2.5. Unidade de cuidados neonatais

Atendendo à temática subjacente ao presente projeto, no que diz respeito ao apoio à parentalidade à prevenção dos maus tratos, foi selecionado como local de estágio o serviço de neonatologia, uma vez que, entre outras características, se trata de um contexto privilegiado na promoção de vínculo precoce e competências parentais.

Além disso, a própria parentalidade pode ser revestida de *stressores* para os pais. Quando associada à necessidade de internamento pode tornar-se um período de grande emocionalidade negativa para os pais, com enfoque no medo, ansiedade e preocupação. No entanto, cabe aos enfermeiros tornar esta vivência mais positiva, diminuindo os *stressores* associados à situação vivida e contribuindo para o equilíbrio no sistema. Sabe-se que uma vinculação segura é um fator protetor para os maus tratos infantis e, portanto, o desenvolvimento de uma vinculação do recém-nascido doente ou com necessidades especiais (E3.2.) é de extrema importância (DGS, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018). Acrescenta-se que a promoção da esperança, o desenvolvimento de competências parentais e o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, alinham-se à promoção de fatores de proteção/compensatórios (CNPDPCJ, 2010). Desse modo, no início de vida, o enfermeiro poderá promover a preparação e apoio à família para o cuidado ao bebé, bem como a vinculação pais-bebé e a deteção de situações de risco (CNPDPCJ, 2010). Para tal, é necessário a observação do sistema pais-bebé, avaliação o *stress* familiar, a interação pais-bebés e do grau de vinculação (CNPDPCJ,2010).

De referir, ainda, que este contexto, atendendo às suas características, reúne condições que possibilitam o desenvolvimento de competências específicas no âmbito do crescimento e desenvolvimento neonatal.

**Objetivo Geral: 1.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

a) Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem à criança e à família promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento da intervenção; -Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil com enfoque na identificação de sinais de alerta no RN; -Participação colaborativa na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil do RN; -Transmissão de orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial de desenvolvimento do RN.	Materiais: -Computador - Base de dados Humanos: -Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Critérios de Avaliação:**

E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E.2.5-Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade; E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo

**Objetivo Geral: 1.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem à criança e à família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

**Objetivo Específico:**

**b)** Desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem em situações de especial complexidade, nomeadamente em situação de doença crónica e/ou rara, com vista à promoção do *empowerment* da criança e da família.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<p>-Apreciação com enfoque nas preocupações, medos, ansiedade e <i>stressores</i> presentes na família em contexto de internamento em neonatologia;</p> <p>- Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem promotoras do <i>empowerment</i> da família em situações de especial complexidade, estimulando o envolvimento dos pais na participação dos cuidados ao RN;</p> <p>-Promoção da comunicação expressiva de sentimentos e emoções em contexto de neonatologia, nomeadamente através de um instrumento que celebre a aquisição de competências parentais;</p> <p>-Reflexão crítica e analítica do contributo do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional.</p>	<p><b>Materiais:</b></p> <p>-Computador</p> <p>- Base de dados</p> <p><b>Humanos:</b></p> <p>-Enfermeiro</p> <p>Orientador</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.</p> <p>E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p>

**Critérios de Avaliação:**

E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de

enfermagem apropriadas; E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário; E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança; E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.2.3- Utiliza estratégias promotoras de esperança realista; E3.2.4-Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.6- Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.4.1-Facilita a comunicação expressiva de emoções

**Objetivo Geral: 2.** Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção de maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

**Objetivo Específico:**

a) Implementar intervenções especializadas de Enfermagem em situações de risco e/ou de maus tratos em crianças/jovem nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na sua prevenção.

Atividades	Recursos	Competências
<p>-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento do tema;</p> <p>-Participação colaborativa na detecção de fatores de risco/protetores/agravamento nos maus tratos em RN;</p> <p>-Participação colaborativa na intervenção em situação de risco e/ou maus tratos contra RN;</p> <p>- Reflexão acerca das situações mais comuns de maus tratos no contexto de estágio.</p>	<p>Materiais:</p> <p>-Computador</p> <p>- Base de dados</p> <p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro Orientador</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p>	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p>

**Critérios de Avaliação:**

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco); E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

**Objetivo geral:** 2. Desenvolver competências para a intervenção especializada de Enfermagem na prevenção dos maus tratos em crianças, com foco no apoio às famílias e à parentalidade, nos diferentes contextos de cuidado.

**Objetivo Específico:**

b) Implementar intervenções especializadas de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade.

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
-Pesquisa bibliográfica para aprofundamento e fundamentação da intervenção; -Identificação de competências parentais e de <i>stressores</i> nas vivências familiares; -Participação colaborativa nas intervenções de enfermagem de apoio às famílias e à parentalidade; -Promoção da parentalidade e da vinculação pais-RN; - Participação na sessão de educação “Conversas com os pais”	Materiais: -Computador - Base de dados Humanos: - Enfermeiro Orientador -Equipa multidisciplinar	E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**Critérios de Avaliação:** E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2021*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)
- Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2010). *Guia de orientações para profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Guia+de+orienta%C3%A7%C3%B5es+para+profissionais+da+Sa%C3%BAde/584ef4f5-c36d-44d7-b76d-ccb7300a6d7b>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. CNPDPCJ.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens (2023). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2022*. CNPDPCJ.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, DGS. [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus\\_tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus_tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 181 de 16-09-2015), 8059-8105;
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
- Organização Mundial de Saúde (2019). *WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment*. OMS. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/technical-report-who-guidelines-for-the->

health-sector-response-to-child-maltreatment-  
2.pdf?sfvrsn=6e0454bb\_2&download=true

**APÊNDICE VI: ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO ÁRVORE DOS  
TALENTOS**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO ÁRVORE DOS  
TALENTOS**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
outubro, 2022**

# 1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO “ÁRVORE DOS TALENTOS”

Os avanços tecnológicos, na área da saúde, tornaram possível a sobrevivência de crianças com patologias, que anteriormente eram consideradas de elevada taxa de mortalidade. Consequentemente, aumentou igualmente o número de crianças e famílias a viverem diariamente com doenças crónicas, incapacidades e doenças raras (Perrin, Anderson & Cleave, 2014). O diagnóstico de uma doença crónica e a incapacidade alteram drasticamente o funcionamento da família, sejam eles congénitos ou adquiridos ao longo da vida, uma vez que originam um conjunto de tarefas e preocupações adicionais, que exigem um cuidado especializado (Docherty et al., 2019).

O Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento assiste crianças dos 0 aos 21 anos, com deficiência motora/múltipla associada a diagnósticos específicos como paralisia cerebral, lesões vertebro-medulares, traumatismos cranianos, acidente vascular cerebral e outras doenças neurológicas. Muitas destas situações originam quadros irreversíveis, requerendo cuidados de enfermagem alinhados com uma equipa multidisciplinar e com a família. Neste contexto, as intervenções procuram permitir às crianças e família alcançar competências para o regresso ao domicílio com a maximização da sua independência. Atualmente, no serviço estão hospitalizados maioritariamente crianças com os diagnósticos de paralisia cerebral e traumatismo vertebro-medular, respetivamente.

O conceito de paralisia cerebral pode ser definido como “um conjunto de perturbações de movimento, tónus ou postura, permanentes, mas não inalteráveis, causadas por uma lesão, perturbação ou anomalia não progressiva no cérebro imaturo” (Virella et al., 2022, p.65). Além disso, existem outros problemas de saúde que frequentemente lhe estão associadas tais como a “epilepsia e dificuldades de cognição, comunicação, alimentação, visão e audição, além de problemas musculoesqueléticos secundários” que originam cuidados ainda mais exigentes (Virella et al., p.65). A paralisia cerebral, sendo uma das patologias crónicas mais comuns em idade pediátrica, e por abarcar variadas implicações para a vida da criança, jovem e família, merece uma abordagem particular e multidisciplinar, que permita a maximização do potencial de saúde do conjunto e minimização do impacto negativo que esta doença crónica pode acarretar (Mimoso et al., 2021).

Já o traumatismo vertebro medular "é uma condição neurológica de saúde provocada pelo esmagamento, dilaceração ou corte severo da espinal medula" (Flora

et al., 2022, p. 341). Esta condição tem comumente na sua etiologia os acidentes de viação, quedas, acidentes desportivos e lesões por armas de fogo e, apesar de rara em pediatria, tende a ser de gravidade elevada, apresentando um profundo impacto na qualidade de vida da criança, jovem e família e nas suas atividades de vida diária (Pinto et al., 2005; Falavigna et al., 2018).

Atualmente, no serviço em enfoque encontram-se internadas crianças desde a idade escolar até à adolescência, existindo ainda um internamento em idade adulta. A idade escolar é caracterizada pelo desejo das crianças em desenvolver variadas aptidões com vista à independência e domínio sobre o seu ambiente. Desse modo, a incapacidade de adquirir competências pode originar um sentimento de inferioridade na criança (Rodgers, 2019). Além disso, segundo a Teoria Cognitiva de Piaget, é nesta fase que entram no estágio das operações concretas (Rodgers, 2019). Isto é, que as crianças são capazes de relacionar acontecimentos e ações às representações mentais, podendo expressá-las que verbal ou simbolicamente (Rodgers, 2019). Posto isto, é necessário que a criança em idade escolar, seja tão envolvida, quanto possível no plano de cuidados, facilitando o seu sentido de controlo e domínio (Rodgers, 2019).

Já a adolescência, marca o início do pensamento operatório formal. De acordo com a Teoria Cognitiva de Piaget, desenvolve-se a possibilidade do adolescente de pensar de modo abstrato (Derouin, 2019). Além disso, é caracterizada por inúmeras mudanças no seu crescimento e desenvolvimento, tornando-se particularmente difícil para o adolescente com doença crónica, lidar com a necessidade de hospitalização, a dor, o absentismo escolar e as restrições às atividades (Derouin 2019). Estes *stressores*, aliados a todas as mudanças a que estão sujeitos, conduzem a medo, a ansiedade e a reações de luto. Além disso, se a doença se encontra relacionada com limitações da mobilidade e a dependência de terceiros, o relacionamento com os pares e a identidade física e sexual pode ficar comprometida (Derouin, 2019).

Desse modo, é significativo que os enfermeiros implementem intervenções de apoio e educativas visando reduzir os impactos disruptivos da doença crónica na criança e na família.” (Docherty et al. 2019). Por sua vez, o EEESIP, pelas suas competências especializadas, reúne conhecimentos e habilidades para desenvolver intervenções com o intuito de “facilitar a comunicação expressiva de emoções”, e “demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194). Além disso, pela sua relação privilegiada junto da criança, jovem e família reúne condições para “promover a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica (...)

deficiência/incapacidade”, onde se inclui o conhecimento de estratégias promotoras de esperança, tão importantes, nos processos de saúde-doença (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194).

A esperança, definida numa fase inicial por Scotland em 1969, citado por Magão 2012, como “uma força motivacional orientada para a ação, relacionada com um sentido de possível” é algo individual e multidimensional, e pode ser vista como “uma espera confiada” (Magão, 2012, p. 57). Assim, “ter esperança é reconhecer as limitações nas situações, ao mesmo tempo acreditando que as possibilidades também existem” (Magão, 2012, p. 61). Consequentemente, a esperança “preserva ou restaura o significado da vida (...) fornece um incentivo para *coping* construtivo face a obstáculos” (Magão, 2012, p. 61). Este conceito ganha uma relevância particular em contexto de doença crónica, onde os cuidados de enfermagem direcionados à criança e à sua família englobam a esperança parental. Nesse sentido, é pertinente definir algumas estratégias que promovam a esperança nos pais de crianças com doença crónica, “a consciência positiva sobre a doença e tratamentos, o suporte social adequado à família, o recurso à espiritualidade, o ganho de experiência e domínio em relação aos tratamentos do filho e o foco nos fatores positivos do presente” (Maravilha et al., 2021, p.7).

Por outro lado, existem algumas barreiras à esperança espelhadas na literatura, tais como a “consciência negativa sobre a situação atual dos filhos em relação ao estado de saúde e tratamentos, sobrecarga de informação, cansaço/ esgotamento físico e emocional dos pais e pensamentos negativos das pessoas que os rodeiam” (Maravilha et al., p.8). Ao conhecer os fatores promotores/inibidores da esperança, o EESIP poderá encontrar assim, oportunidades promotoras da esperança parental, existindo múltiplos instrumentos disponíveis para tal.

Com a esperança, como ponto central, foi iniciado no serviço o “Projeto da Esperança” e construído o “Jardim da Esperança” e o “Diário da Esperança”. Englobado neste último, surge a adaptação da “Árvore dos Talentos”. A “Árvore dos Talentos” adaptada de Ordem dos Enfermeiros (2011) e Charepe (2014) procura celebrar as competências dos pais e as vitórias individuais de cada criança, enquanto incentiva a expressão de emoções, com enfoque nas emoções positivas e na premissa de que, pequenas vitórias levam a grandes conquistas. Assim este instrumento procura o “sentido de possível” e os “fatores positivos do presente” para estas famílias, promovendo mecanismos de *coping* para lidar com as emoções parentais. Além disso, para que se torne próximo de um diário, com uma evolução de

conquistas da criança, jovem e família, fazem ainda parte deste instrumento capas intituladas “O meu talento é...” onde as crianças poderão guardar semanalmente as suas vitórias, revisitando o seu percurso de autonomia, com uma visão de esperança e otimismo.

Pretendeu-se que este instrumento possa ser aplicado aos pais em qualquer faixa etária, sendo que, caso existam barreiras linguísticas ou de interpretação o enfermeiro encarregar-se-á de tentar colmatá-las junto dos mesmos. Já em relação às crianças e jovens pretende-se que a sua aplicação se estenda desde a idade escolar até ao fim da adolescência, pelas características que lhe são inerentes e já referidas anteriormente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Charepe, Z. (2014). Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica- Modelo de intervenção em ajuda mútua. Universidade católica editora
- Falavigna, A., Righesso, O., Guarise da Silva, P., Sanchez Chavez, F. A., Sfreddo, E., Pelegrini de Almeida, L., Valencia Carrasco, M. J., & Joaquim, A. F. (2018). Epidemiology and Management of Spinal Trauma in Children and Adolescents <18 Years Old. *World Neurosurgery*, 110, 479–483. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.11.021>
- Flora, M., Rocha, C., & Figueiredo, J. (2022). Processos de adaptação em adolescentes pós traumatismo vertebro-medular: uma revisão integrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 339- 361. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11624>
- Magão, T. (2014). Práticas promotoras de esperança em pais com crianças com doença crónica. In M. Basto (coord). *Cuidar em Enfermagem- Saberes da Prática* (p.49-106). Formasau
- Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1–8.
- Docherty, S. L., Bradon, D., Superdock, A.K. & Barfield, R. C. (2019) Impact of Chronic Illness Disability, or Enf-of-life Care for the Child and Family In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. Rodgers. *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th Edition, p. 621-663). Elsevier.
- Mimoso, I., Sotero, L, Cunha, A. & Queiroz, J. (2021). The Adaptation Experience of Mothers of Children and Adolescents with Cerebral Palsy: A Qualitative Study. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 645–653. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Volume III*. OE
- Perrin, J. M., Anderson, L. E., & Van Cleave, J. (2014). The rise in chronic conditions among infants, children, and youth can be met with continued health system innovations. *Health Affairs*, 33(12), 2099–2105. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0832>

- Pinto, H., Mota, T. C., Aparício, J. M., Ribeiro, A., Cunha, F., Carvalho, J., Almeida, F., Almeida Santos, L., & Carreiro, E. (2005). Traumatismos Vertebro-Medulares. Revisão de 5 anos (1999-2003). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(6), 297–303.
- Virella, D., Folha, T., Cadete, A., Andrada, A. G., Gaia, T., Calado, E., Alvarelhão, J., Cabral, A., Abrantes, M., Cancelinha, C. & Vicente I. N. (2022). *Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral em Portugal- Evolução dos Fatores de Risco de PC em Portugal no século XXI*. Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral.
- Derouin, A. (2019). Health Promotion of the Adolescent and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. Rodgers. *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th Edition, p. 555-582). Elsevier.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I- ÁRVORE DOS TALENTOS PARA AS CRIANÇAS**

Nome: \_\_\_\_\_ Semana de \_\_\_\_ a \_\_\_\_

A minha Árvore dos Talentos  
Hoje fui capaz de...



"É a forma como escolho ver o mundo que cria o mundo que eu vejo"

Joan Lunden

## **APÊNDICE II- ÁRVORE DOS TALENTOS PARA OS PAIS**

## ÁRVORE DOS TALENTOS

POR CADA EMOÇÃO NEGATIVA/MOMENTO MENOS POSITIVO DO SEU DIA, COLOQUE  
UMA VITÓRIA, MOMENTO OU MEMÓRIA POSITIVA



*"Por vezes julgamos que o que conseguimos é só uma gota no oceano.  
Mas sem ela o oceano estaria incompleto" Madre Teresa de Calcutá*



**Elaborado por:** Joana Castilho, nº 6217, 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Fonte:** Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Volume III. OE; Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica- modelo de intervenção em ajuda mútua*. Universidade católica editora

## **APÊNDICE III: CAPA DOS TALENTOS**



**APÊNDICE VII: NO CENTRO DE DESENVOLVIMENTO:  
ANÁLISE REFLEXIVA**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**NO CENTRO DE DESENVOLVIMENTO: ANÁLISE  
REFLEXIVA**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**



**Lisboa,  
outubro, 2022**

## REFLEXÃO

Ao longo destas duas semanas foram desenvolvidas variadas competências. Do ponto de vista global, o facto de ser um contexto de internamento permitiu uma aproximação em relação aos pais e às crianças, facilitando também o estabelecimento de uma relação terapêutica fora do contexto de urgência onde exerço, atualmente, funções. Além disso, facilitou um olhar distinto sobre o cuidado de enfermagem à criança e sua família.

O serviço de reabilitação pediátrica e desenvolvimento encontra-se vocacionado para a reabilitação pós aguda de crianças e jovens, dos 0 aos 21 anos, portadores de incapacidade de predomínio motor. Possui uma equipa multidisciplinar, onde se incluem 15 enfermeiros, com o objetivo comum de proporcionar à criança e família a maximização da sua independência. Com essa finalidade encontra-se dividido em consulta externa, unidades terapêuticas, onde se inclui terapia da fala, terapia ocupacional, grupo educacional, escola entre outros, e internamento. O estágio foi realizado maioritariamente no serviço de internamento que possui capacidade de internamento de 16 crianças e suas famílias, com apoio permanente de mãe/pai/pessoa significativa. Para a organização dos cuidados de enfermagem recorre-se ao método de enfermeiro responsável e ao sistema de classificação de doentes para determinação das necessidades de enfermagem.

Importa referir que o serviço de reabilitação pediátrica e desenvolvimento integra projetos de melhoria contínua, na área das atividades de vida diárias pediátricas, da promoção do sono e de *follow up*. Todos estes projetos contribuem, claramente, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Também, através das interações com o cliente pediátrico estabelecidas neste contexto, foi possível compreender a intervenção multiprofissional na satisfação das necessidades de desenvolvimento da criança e na promoção da adaptação da família à doença crónica.

Estas interações permitiram o desenvolvimento de competências de EESIP, tais como a comunicação adaptada à idade e estágio de desenvolvimento - espelhada no critério E1.1.2. e unidade de competência E3.3. Ademais, trabalhou-se ainda a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade, evidenciada na unidade de competência E2.5 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A promoção da autoestima do adolescente foi igualmente

aprimorada, ao reforçar a sua imagem corporal positiva e facilitando a comunicação expressiva de emoções - competência E3.4. (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para a aquisição destas competências, para além da observação participativa em todos os cuidados às crianças e jovens do internamento, contribuiu ainda a realização da adaptação da “Árvore dos Talentos” de Ordem dos Enfermeiros (2011, p.42) e Charepe (2014, p. 110). Este instrumento, inserido no “Diário da Esperança” e, para o qual foi construído a fundamentação teórica, permite que as crianças e adolescentes expressem as suas emoções, com enfoque nas pequenas grandes vitórias do dia-a-dia, que são os seus talentos individuais. Além disso, as capas construídas, que permitem às crianças e suas famílias observarem de forma sistematizada a aquisição dos seus talentos/competências ao longo das diferentes semanas de internamento, o que favorável a uma maior consciencialização.

Nunca esquecendo que o foco dos cuidados de enfermagem do EESIP é, também, a família, o mesmo instrumento foi adaptado para os pais, de forma semelhante. Assim, diariamente os pais, por cada emoção negativa vivida naquele dia, têm a oportunidade de colocar uma emoção/pensamento/vitória desse mesmo dia, a fim de celebrarem sempre os pontos positivos.

Um dos objetivos específicos do projeto de estágio é 2a) Implementar intervenções especializadas de Enfermagem em situações de risco e/ou perigo/ maus tratos em crianças nos diferentes contextos de cuidado, com enfoque na sua prevenção. Tendo esse objetivo em mente, foi discutido junto da equipa de enfermagem a deteção destas situações em contexto de internamento, a fim de realizar atividades adequadas às necessidades do serviço. Foi referido pelos enfermeiros que a ocorrência dessas situações não era frequente. No entanto, através de informação contida no processo clínico e, de interações ao longo da prestação de cuidados, pude refletir, junto da enfermeira orientadora, acerca de possíveis fatores de risco/agravamento e fatores de proteção das famílias presentes no internamento.

Desse modo, ainda que os enfermeiros, em parceria com outros elementos da comunidade, sejam importantes aliados na deteção, sinalização e prevenção dos maus-tratos em crianças, a evidência científica sugere que existe um sentimento de falta de formação nesta área, com conseqüente insegurança na abordagem destes casos, o que poderá comprometer a correta identificação e encaminhamento de situações de maus tratos infantis (Silva et al., 2014).

De um modo global, a maioria dos pais a acompanhar a criança no internamento teve necessidade de cessar o contrato de trabalho ficando,

consequentemente desempregado, o que conduz, muitas vezes, a família a dificuldades económicas. Além disso, alguns pais referiram, ainda, sentir-se frequentemente sozinhos no processo de saúde-doença do filho, mencionando, por vezes, desconhecer os recursos disponíveis na comunidade aquando da alta.

No momento de alta hospitalar, embora a maioria dos pais considerasse que a sua habitação possuía as condições necessárias, para outros, esse momento tornava-se motivo de ansiedade devido à falta de equipamentos de apoio. Foi referido por uma das mães que esta e o seu filho residiam num quarto alugado com "muito poucas condições" (sic), o que a levava a preferir que se mantivessem internados.

Na literatura científica para além dos fatores enunciados, emergem enquanto fatores de risco/agravamento para a ocorrência de maus tratos infantis, a insegurança económica, inexistência de condições de habitabilidade, desemprego, incapacidade de utilizar os recursos da comunidade e ausência de suporte sociofamiliar (DGS, 2011, p.13). A estes fatores aliam-se as características inerentes às crianças com doença crónica e perturbações do desenvolvimento, alguns deles com excessiva dependência (DGS, 2011, p.13).

Por outro lado, existem também alguns pais que referiam ter a possibilidade de usufruir de faltas para assistência ao filho e que nos seus empregos tinham bastante flexibilidade. Outros ainda referiram ter uma condição socioeconómica favorável que lhes permitia a adaptação da habitação à condição da criança (por exemplo: possibilidade de possuir um elevador na moradia que facilita a mobilidade entre pisos, maca de banho, quarto espaçoso para cama articulada, entre outros). Acrescenta-se que alguns pais referiram ainda que a família se tornou mais unida após o diagnóstico do filho e que se conseguiu adaptar à nova realidade através desse apoio familiar. Dessa forma, ainda que possam ser identificados fatores de risco/agravamento para os maus tratos em crianças internadas no serviço, podem também ser reconhecidos fatores de proteção, tais como a segurança económica, família organizada e boa rede de suporte familiar e social (DGS, 2011, p.13).

Este olhar direcionado para a prevenção dos maus tratos infantis permitiu a aquisição da competência E1.2. mais especificamente o critério de avaliação E1.2.4. através de intervenções que visam identificar situações de risco para a criança e jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Charepe, Z. (2014). Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica- Modelo de intervenção em ajuda mútua. Universidade católica editora
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, DGS. [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus\\_tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus_tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Volume III. OE
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Silva, D., Afonso, V. & Silva, E. B. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Detecção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium*, 47, 69-82.

## **APÊNDICE VIII: FOLHETO CALÇADO PARA CRIANÇAS**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**FOLHETO: CALÇADO PARA CRIANÇAS- QUANDO  
COMEÇAR A USAR E O QUE TER EM ATENÇÃO ANTES DE  
COMPRAR**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**



**Lisboa,  
outubro, 2022**

# Folheto acerca de quando começar a usar e o que ter atenção antes de comprar o calçado para crianças

## A partir de que idade é aconselhado começar a utilizar sapatos?

- O principal objetivo dos sapatos é proteger os pés durante o movimento.
- Assim, pode ponderar a compra dos mesmos quando a criança começar a andar sozinha.
- Nos primeiros passos poderá preferir um sapato sem sola ou meias antiderrapantes para conforto térmico.



## Pontos chave no calçado da criança:

Leve Confortável Respirável

## Sola:

- Larga para maior estabilidade.
- Altura inferior a 2cm, até aos 5 anos, depois dessa idade não deve ultrapassar os 4cm, pelo risco de lesões.
- Flexível mas firme
- Antiderrapante
- Relativamente fina, de forma a permitir que o pé faça os movimentos corretos de adaptação ao solo
- Apoio lateral para que o pé se mantenha direito
- Biqueira Larga



## Materiais:

- Respirável, como o couro e outros materiais naturais.
  - Permite que o ar circule
  - Mantém uma temperatura agradável
  - Evita infeções
  - Exemplos de materiais não respiráveis são: nylon, borracha e o plástico



## Se possível:

- Preferir velcro a cordões (mais fácil de calçar e mais seguro, pelo menor risco do sapato se desapertar)
- Verificar irregularidades (ex: nós, costuras)
- A criança deve experimentar o calçado em ambos os pés durante alguns minutos

Ativa o Def

Recorde-se que tanto o calçado como o vestuário devem ser adequados à estação do ano.

Além disso, deve confirmar frequentemente a integridade e tamanho adequados ao crescimento da criança. Assim esta poderá brincar e crescer segura e confortável.



Em caso de dúvida informe-se junto dos profissionais de saúde e outros profissionais habilitados na área.



Elaborado por: Joana Alexandra Moreno Castilho, aluna do 13º CMPLAESIP da ESEL, sob supervisão

### Bibliografia:

Association of Paediatric Chartered Physiotherapists (2019). Choosing Footwear for Children Information for parents and carers. APCP. Disponível em: [https://apcp.csp.org.uk/system/files/choosing\\_footwear\\_for\\_children\\_n\\_2019.pdf](https://apcp.csp.org.uk/system/files/choosing_footwear_for_children_n_2019.pdf)  
DGE (2015). Vestuário e Calçado. DGE. Disponível em: [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao\\_Co\\_nsumidor/documentos/brochura\\_vestuário\\_e\\_calçado.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_Co_nsumidor/documentos/brochura_vestuário_e_calçado.pdf)  
The College of Podiatry Children's Podiatry Special Advisory Group (2019). Children's Footwear. The College of Podiatry Children's Podiatry.



## Calçado para crianças:

Quando começar a usar e o que ter em atenção antes de comprar.



Ativa o Def  
Aceda a Def

**APÊNDICE IX: E-DOSSIÊ- “PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS  
EM CRIANÇAS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO”**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Plano da Sessão de Formação: “Prevenção dos  
maus tratos em crianças: intervenção do Enfermeiro”**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**



**Lisboa,  
novembro, 2022**

## **INTRODUÇÃO**

Os maus tratos infantis, podem ser definidos como:

todas as formas de tratamento prejudicial físico e/ou emocional, abuso sexual, falta de atenção, negligência e exploração comercial ou de outro tipo, que resultem em prejuízo para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2019, p.5).

Apesar da sua elevada incidência a nível mundial, estes são preveníveis e os seus fatores de risco encontram-se amplamente estudados e delineados. Ainda que as políticas de atuação se tenham focado na proteção da criança em risco e situação de maus tratos efetivos, a evidência demonstra que a prevenção apresenta um custo-benefício muito superior (Sethi et al., 2018). Além disso, através da sua prevenção evitamos as consequências a curto e longo prazo para crianças, jovens e famílias (Sethi et al., 2018). Pelas suas consequências negativas, a nível físico, psicológico, social com implicações que se estendem até à idade adulta e pela sua elevada incidência impera a necessidade da sua prevenção nos diferentes setores tais como a escola, a saúde e a comunidade, devendo os profissionais estar sensibilizados e munidos de conhecimento acerca desta temática (DGS, 2011). Esta responsabilidade pela prevenção dos maus tratos infantis abrange os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, tanto em contexto hospitalar, como comunitário (OMS, 2022).

## **JUSTIFICAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

No início do presente ano, identificou-se como necessidade formativa da equipa de enfermagem aprofundar o conhecimento sobre a temática dos maus tratos infantis, assim como o processo de referenciação e avaliação do risco familiar, incluindo o devido registo no programa informático. Os enfermeiros da comunidade, no âmbito dos cuidados diários que prestam, desempenham um papel crucial na identificação de fatores de risco, uma vez que acompanham o crescimento e desenvolvimento da criança e da família. Têm a capacidade de intervir junto da família, procurando mitigar o impacto desses fatores de risco e promover fatores de proteção. É importante destacar que o sistema informático permite o preenchimento adequado da avaliação de risco familiar, bem como a sinalização da criança para o NACJR nas diferentes tipologias, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Direção-Geral da

Saúde (DGS, 2011). No entanto, apenas alguns profissionais que prestam cuidados à criança e à família referem sentir-se familiarizados com a avaliação e o registo requeridos, o que pode resultar em sinalizações incorretas, conforme relatado pela equipa.

Assim, como tema central do projeto que foi desenvolvido e em consonância com as necessidades do contexto de estágio, surgiu a implementação da formação intitulada "Prevenção dos maus tratos em crianças: intervenção do enfermeiro". Essa formação tinha como objetivo sensibilizar os enfermeiros para o fenómeno dos maus tratos e analisar as práticas de cuidados de enfermagem nesse contexto específico. Durante a formação, foram abordados temas como a definição de maus tratos infantis, a sua tipologia e incidência, os fatores de risco associados, bem como os fatores de agravamento, proteção e sinais de alerta aos quais os profissionais devem estar atentos, culminando com a intervenção do enfermeiro. Ao longo da formação, foi enfatizada a importância de preencher corretamente essas variáveis no programa informático utilizado na unidade.

## 1. ESTRUTURA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>Título</b>	“Prevenção dos maus tratos em crianças: intervenção do Enfermeiro”							
<b>Objetivos</b>	Sensibilizar os enfermeiros para a intervenção na prevenção e combate aos maus tratos infantis Analisar em equipa práticas de cuidados de enfermagem na prevenção e combate aos maus tratos infantis							
<b>Data da Sessão</b>	Formato vídeo disponibilizado online a 2/11/2022							
<b>Plano de Conteúdos</b>	Introdução e objetivos	Temática do projeto de estágio	Tipologia de maus tratos infantis e incidência	Fatores de risco e fatores protetores dos maus tratos infantis	Sinais de alerta	Intervenções de Enfermagem	Conclusão/Discussão	Referências bibliográficas
<b>Tempo de Exposição</b>	1 min	1min	2min	3min	2min	3min	2min	1min
<b>Meios/métodos Utilizados</b>	Meios audiovisuais Método expositivo participativo							
<b>Avaliação</b>	Questionário							

## 2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2020) o enquadramento originado pela situação pandémica resultou numa queda acentuada da atividade na rede do SNS, “de modo a prepará-lo para responder à pressão a que poderia vir a ser sujeito, em função da evolução da pandemia” (p.2). Além disso, um estudo realizado por Coelho & Oliveira (2022) concluiu que nos cuidados de saúde primário aumentou a insatisfação laboral, bem como o sentimento de falta de profissionais de saúde.

Dessa forma, apesar de ter sido divulgada a sessão de formação, e embora inicialmente estivesse planeada como uma formação presencial, face à conjuntura previamente explicada e a constrangimentos contextuais inesperados, após discussão no contexto sobre a metodologia mais adequada, decidiu-se que a mesma

seria realizada de forma assíncrona. Posto isto, foi efetuada uma gravação da formação em vídeo, que, em conjunto com outros documentos relevantes sobre a temática, foram disponibilizados num *E-dossiê*, acessível aos profissionais através de uma pasta partilhada. Face ao exposto e ao reduzido tempo em contexto clínico, não foi possível obter uma avaliação da formação por parte dos profissionais.

## **CONCLUSÃO**

Ainda que esta formação fosse ao encontro das necessidades formativas inicialmente delineadas pela equipa, alguns constrangimentos levaram a que esta não fosse concretizada de forma presencial, mas sim de forma assíncrona. No entanto, é também importante para a nossa vida profissional e pessoal, encontrar estratégias para os obstáculos que imperam em contexto de trabalho. Desse modo, e ainda que as minhas expectativas iniciais não tivessem sido cumpridas, os objetivos foram atingidos, na medida em que a formação foi concretizada e foram fornecidos materiais com vista à sensibilização dos enfermeiros que exercem funções na UCSP em relação aos maus tratos infantis e correta sinalização dos mesmos. Além disso, permitiu-me aumentar o meu leque de conhecimentos no projeto, bem como na articulação entre a comunidade e o NACJR.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho, S. F., & Oliveira, S. S. (2022). Políticas de saúde prioritárias no pós-pandemia: a visão dos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 38(6), 595–604. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i6.1345>.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. DGS. [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus\\_tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus_tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
- Entidade Reguladora da Saúde (2020). *Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020*. ERS. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- Sethi, D., Yongjie, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. & Meinck, F. (2018). *European Status report on preventing child maltreatment*. WHO, regional office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342240>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment: Technical report*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I- DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

# Prevenção dos Maus tratos em crianças: Intervenção do Enfermeiro

Elaborado por: Joana Alexandra Moreno Castilho



## ÍNDICE

**1**

Introdução

**2**

Maus tratos infantis

**3**

Tipologia e  
incidência

**4**

Fatores de risco,  
agravamento e proteção

**5**

Sinais de Alerta

**6**

Intervenções de  
Enfermagem

**7**

Conclusão

**8**

Referências  
Bibliográficas



# 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS



Sensibilizar os enfermeiros para a intervenção na prevenção e combate aos maus tratos infantis



Analisar em equipa práticas de cuidados de enfermagem.



3

# 2. MAUS TRATOS INFANTIS

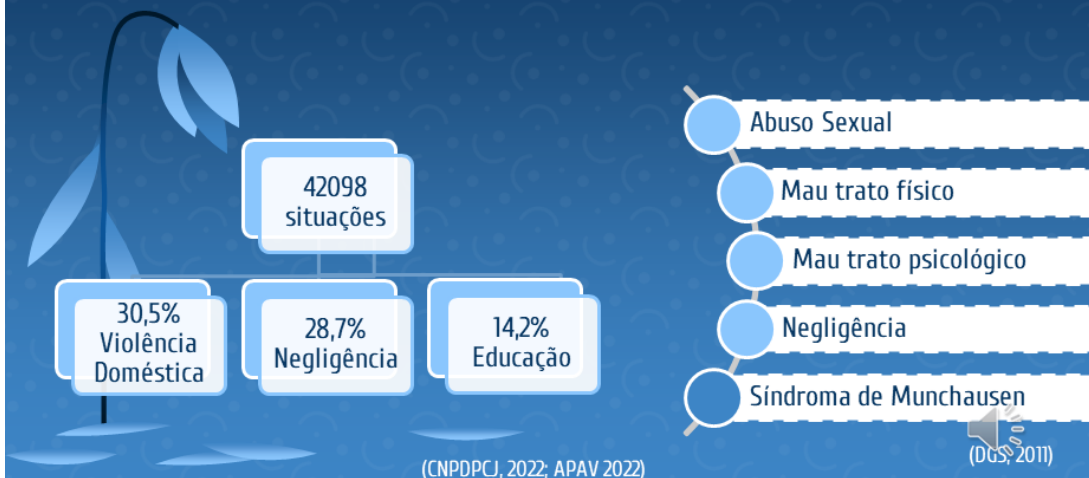
- Todas as formas de tratamento prejudicial físico e/ou emocional, abuso sexual, falta de atenção, negligência e exploração comercial ou de outro tipo
- Resultam em prejuízo para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder

(OMS, 2019, p.5)



4

### 3. TIPOLOGIA E INCIDÊNCIA



### 3. SClínico ®

Motivo da Sinalização	Fatores de Risco	Fatores de Proteção	Sinais de Alerta	Indicadores, sinais e sintomas	Tipo de Risco/Mau Trato Identificado	Tipo de Acompanhamento da Criança/Jovem/Família
<b>TIPO DE MAU TRATO IDENTIFICADO</b> <p>Para efeitos estatísticos e epidemiológicos é necessária esta classificação, mesmo nas situações ainda duvidosas ou difíceis de confirmar. Neste caso deverá proceder-se à classificação que mais se aproximar ao tipo de mau trato da suspeita (ex: situações de exposição a violência doméstica, comportamentos aditivos dos cuidadores, bullying, suspeita de abuso sexual entre outros, englobar nos itens que constam na tipologia - mau trato emocional).</p>						
<input type="checkbox"/> Negligência						
<input type="checkbox"/> Mau Trato Físico						
<input type="checkbox"/> Abuso Sexual (violência Sexual)						
<input type="checkbox"/> Síndrome de Munchausen por procuração						
<input type="checkbox"/> Mau trato psicológico/emocional						



## 4. FATORES DE RISCO



- Qualquer tipo de influência(s) que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos

(DGS, 2011, p.11)

7

## 4. FATORES DE AGRAVAMENTO



- 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

(DGS, 2011, p.11)


8

## 4. SClínico ®

Motivo da Sinalização | **Fatores de Risco** | Fatores de Proteção | Sinais de Alerta | Indicadores, sinais e sintomas | Tipo de Risco/Mau Trato Identificado | Tipo de Acompanhamento da Criança/Jovem/Família

Faixa etária: 1 Mês

Na criança/jovem	Familiares/contextos de vida
Nascimento prematuro/baixo peso - Temperamento difícil.	Cuidadores vítimas de maus tratos em criança.
Filho não desejado.	Défice de competências parentais.
Défice físico ou psíquico.	Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança.
Fatores de agravamento/crises de vida	
Ruptura e reconstituições familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.).	
Luto.	
Doença súbita grave.	



9

## 4. FATORES DE PROTEÇÃO

- Incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco.



(DGS, 2011, p.11)



10

## 4. SClinico ®

Motivo da Sinalização | Fatores de Risco | **Fatores de Proteção** | Sinais de Alerta | Indicadores, sinais e sintomas | Tipo de Risco/Mau Trato Identificado | Tipo de Acompanhamento da Criança/Jovem/Família

Faixa etária: 1 Mês

Na criança/jovem	Familiares/contextos de vida
Bom nível de desenvolvimento global.	Boas competências parentais.
Temperamento fácil.	Boa rede de suporte familiar e social.
Vinculação segura à família/adulto de referência.	Família organizada, com regras e controlo da criança.
Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário.	Boa integração comunitária.
Sucesso escolar.	Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros).
Desejo de autonomia e comportamento exploratório.	Segurança económica.



11

## 5. SINAIS DE ALERTA

Criança dos 0  
aos 5 anos

- Perturbações na alimentação
- Perturbações do sono
- Perturbações do comportamento e da relação
- Perturbações do desenvolvimento psicomotor
- Medo e/ou fobias de pequena intensidade

DGS, 2011, p.16

Crianças com  
idade > 5  
anos

- Dificuldades / insucesso escolar
- Perturbações da relação/comunicação
- Perturbações do comportamento
- Ansiedade
- Perturbações emocionais( tristeza, fadiga, agressividade)
- Manifestações somáticas
- Perturbações do comportamento alimentar
- Perturbações psicóticas
- Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes

DGS, 2011, p.16



## 5. SClinico ®

Motivo da Sinalização | Fatores de Risco | Fatores de Proteção | **Sinais de Alerta** | Indicadores, sinais e sintomas | Tipo de Risco/Mau Trato Identificado | Tipo de Acompanhamento da Criança/Jovem/Família

Faixa etária: 0-5 Anos

Criança dos 0 aos 5 anos

Perturbações na alimentação.

Perturbações do sono.

Perturbações do comportamento e da relação.

Perturbações do desenvolvimento psicomotor.

Medo e/ou fobias de pequena intensidade.

## 6. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Manter atitude ativa e receptiva na recolha da informação

Observar continuamente a evolução dos fatores de risco/de proteção e especificamente o aparecimento de sinais de alerta e/ou de sinais ou sintomas de maus tratos

Apoiar os pais nas intervenções específicas e reforçar as competências que revelam

# 7. CONCLUSÃO



# 7. DOCUMENTOS RELEVANTES

This section displays three key documents related to child maltreatment. On the left is the cover of 'MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS: GUIA PRÁTICO DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO', published by the 'Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco' in February 2011. In the center is the cover of 'Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals', published by the World Health Organization. On the right is the cover of 'INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence Against Children', which features a collage of children's faces and logos from various international organizations including WHO, CDC, UNICEF, UNODC, USAID, and THE WORLD BANK.

## 8. REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2021*. Instituição de Solidariedade Social. Disponível em: [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. CNPDPCJ. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+da+Atividade+das+CPCJ+do+ano+2021/aba29f21-787d-41fc-8ee8-76d5efa82855>
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, DGS. Disponível em: [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia-maus-tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia-maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- World Health Organization. (2019). WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment: Technical report. Disponível em : <https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>.



## **APÊNDICE II- FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

**Sessão de Formação:** “Prevenção dos maus tratos em crianças: intervenção do Enfermeiro”

**Formador:**

Joana Alexandra Moreno Castilho, Aluna do 13.º CMPLEESIP

A perspetiva dos formandos e a avaliação da sessão de formação é deveras importante, uma vez que fomenta uma melhoria contínua do desenvolvimento e de futuras sessões de formação.

Deste modo solicito a vossa colaboração para colocar um (X) no local que considera mais adequado, nos tópicos seguintes.

**1** – Discordo totalmente; **2** – Discordo; **3** – Não concordo, nem discordo; **4** – Concordo; **5** – Concordo totalmente.

Relativamente aos seus conhecimentos iniciais e expectativas:

<b>Apreciação global</b>	1	2	3	4	5
As suas expectativas em relação a esta sessão foram cumpridas.					
Os temas abordados foram de encontro às suas necessidades.					

Relativamente ao funcionamento da sessão de educação:

<b>Apreciação global</b>	1	2	3	4	5
Os objetivos da sessão foram cumpridos.					
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados.					
A sessão permitiu a partilha de experiências e dúvidas.					
O formador demonstrou domínio adequado dos conteúdos apresentados.					
A linguagem foi clara e objetiva.					

Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obrigada

### **APÊNDICE III: COMPOSIÇÃO DO *E-DOSSIÊ***



## **APÊNDICE X: NA UCSP: ANÁLISE REFLEXIVA**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**NA UCSP: ANÁLISE REFLEXIVA**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
outubro, 2022**

## REFLEXÃO

O presente trabalho procura analisar reflexivamente sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo do estágio realizado em comunidade, mais precisamente numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que decorreu de 10 de outubro a 6 de novembro.

Importa salientar, desde já, que no âmbito deste estágio, foi possível participar em consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, assim como desenvolver a construção de um *E-dossiê*. É relevante destacar também a visita ao Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR), onde existiu a oportunidade de refletir com uma Sr<sup>a</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, membro do NACJR e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), acerca do fenómeno dos maus tratos infantis, em particular sobre alguns dos obstáculos na identificação e intervenção face a situações de risco.

### **1. ANÁLISE REFELXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM AS ATIVIDADES REALIZADAS**

Na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil são avaliadas as preocupações parentais, a frequência e a adaptação a instituições como o infantário e a escola, os hábitos alimentares, a avaliação da evolução do crescimento e desenvolvimento, bem como o cumprimento do PNV (DGS, 2013).

Desse modo, através da participação na realização de consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, foi importante poder desenvolver a unidade de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” de uma forma mais aprofundada (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194). Além disso, foi possível abordar algumas situações não urgentes que geram preocupação nos pais, a ponto de recorrerem ao serviço de urgência, como é o caso da febre, erupções cutâneas, cólicas, entre outras. Nesse sentido, foi realizada educação para a saúde com o objetivo de prevenir falsas urgências.

Por outro lado, pude observar várias consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, realizadas por diferentes enfermeiros, tanto generalistas como EESIP e

compreender os que distingue na atuação, bem como os ganhos em saúde que podem advir da sua intervenção. Na sua prática, o EESIP demonstra competências avançadas no cuidado centrado na criança e na família, promovendo a adesão aos cuidados de saúde, realizando aconselhamento e educação para a saúde adaptados às necessidades de cada fase de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Uma das temáticas frequentemente questionada pelos pais, englobada nos cuidados antecipatórios previstos no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, é a temática do calçado para crianças. Este tema ainda não possuía nenhum suporte escrito na unidade, ao contrário de outros temas abordados em consulta, como o sono, a alimentação, entre outros.

Através da concretização do folheto denominado “Calçado para crianças- quando começar a usar e o que ter em atenção antes de comprar” foi possível ir ao encontro das necessidades dos utentes da UCSP e desenvolver competências de EESIP, mais especificamente os critérios de avaliação “E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de comportamentos potenciadores de saúde” e “E1.2.8 Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

A partir do projeto de estágio e das necessidades formativas da equipa de enfermagem, identificaram-se, em contexto clínico, a construção de um *E-dossiê* e a realização de uma sessão de formação em formato de vídeo sobre a prevenção dos maus tratos em crianças e a intervenção do enfermeiro. Ademais, foi elaborado um folheto informativo sobre o calçado para crianças, como referido anteriormente. Estas atividades visaram fornecer recursos atualizados e relevantes para a equipa, permitindo uma abordagem abrangente e especializada na promoção da segurança e bem-estar do cliente pediátrico.

Por outro lado, ao longo destas consultas foi possível colaborar em avaliações familiares e referências para o NACJR, nomeadamente em situação de violência física e negligência.

Além desta participação colaborativa pude ainda realizar a sessão de formação, em formato vídeo, intitulada “Prevenção dos Maus tratos em crianças: Intervenção do Enfermeiro”, que ficou disponível num *E-dossiê*, juntamente com documentos oficiais e de referência relevantes acerca da temática. Esta atividade permitiu a continuidade do desenvolvimento das unidades de competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco

que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” e o critério de avaliação “E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). A sessão de formação contribuiu ainda para o desenvolvimento da competência comum “C1.1-Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” uma vez que são fornecidos novos conhecimentos para a tomada de decisão na prevenção dos maus tratos infantis, bem como “B1.1-Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4747-4748).

A oportunidade de dialogar com um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, membro do NACJR e da CPCJ, acerca do fenómeno dos maus tratos infantis e da atuação do EESIP na sua identificação e prevenção, proporcionou-me uma compreensão mais aprofundada de como as diretrizes e recomendações atuais são implementadas na prática clínica, especialmente nos cuidados de saúde primários. Essa partilha de conhecimentos permitiu-me adquirir uma visão abrangente das abordagens e estratégias utilizadas nesse contexto, contribuindo para uma prática mais informada e efetiva. Dessa análise, surgiram vários pontos que me fizeram refletir nomeadamente:

- A violência doméstica foi a tipologia mais identificada, alinhando-se com os dados estatísticos nacionais (APAV, 2022; CNPDCJ, 2022). Foi ainda referido um aumento de casos de violência doméstica nos últimos 2 anos.
- Existe uma maior notificação de casos nos últimos dois anos. Este dado vai também ao encontro das estatísticas nacionais que revelaram um aumento desde o ano passado (APAV, 2022; CNPDCJ, 2022). Contudo, não é possível determinar se este aumento se deve apenas à maior notificação por parte dos profissionais, ou a um aumento efetivo do número de casos de maus tratos infantis.
- Na perspetiva da Sra. Enfermeira ESIP, parece continuar a existir receio de sinalizar por parte dos profissionais de saúde o que pode dificultar a proteção das crianças, jovens e suas famílias. Apesar dos profissionais da UCSP recorrerem à enfermeira pertencente ao NACJR para referirem oralmente estas situações, estes parecem, por vezes, evitar a sinalização formal, o que dificulta a identificação e intervenção. Este receio, baseado na quebra da relação terapêutica com a família, na possível reação negativa das famílias ou na incorreta identificação das situações e respetivas consequências desse ato,

encontra-se amplamente descrito na literatura consultada (Azizi & Shahhosseini, 2017; Gubbels et al., 2021).

- Por outro lado, foi ainda referido pela Sra. Enfermeira ESIP, a dificuldade que, por vezes, se sente na articulação de alguns dos núcleos hospitalares. Esta dificuldade poderá ter na sua génese a inexistência de instrumentos validados para a transmissão de informação confidencial entre instituições.
- De acordo com a reflexão realizada com a Sra. Enfermeira ESIP, parece que a nível hospitalar a referência incide fortemente sobre o mau trato físico. Esta informação aparenta ter duas origens. Uma delas é o facto de o mau trato físico ser a tipologia com mais sinais e sintomas observáveis, tal como descrito pela DGS (2011). Outra origem poderá estar na necessidade formativa sentida pelos profissionais de saúde, amplamente descrita na produção científica consultada (Silva et al., 2014; Oliveira & Costa, 2020).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azizi M, Shahhosseini Z. (2017). Challenges of reporting child abuse by healthcare professionals: A narrative review. *J Nurs Midwifery Sci*, 4, 110-116.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2021*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. CNPDPCJ.
- Direcção Geral da Saúde (2013). Norma nº010/2013- *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Gubbels, J., Assink, M., Prinzie, P., & van der Put, C. (2021). Why healthcare and education professionals underreport suspicions of child abuse: A qualitative study. *Social Sciences*, 10(3), 1–21. <https://doi.org/10.3390/socsci10030098>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série (nº26 de 6/02/2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

**APÊNDICE XI: SESSÃO DE FORMAÇÃO “REALIDADE VIRTUAL-  
ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR PARA O CONTROLO DA DOR NO  
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA”**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Plano de Sessão de Formação:  
Realidade virtual- Estratégia complementar para  
o controlo da dor no internamento de pediatria**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

**Lisboa,  
novembro, 2022**

## **INTRODUÇÃO**

Alinhada com os objetivos patentes no projeto de estágio, e inerente ao desenvolvimento de competências de EESIP, a presente sessão, intitulada “Realidade virtual- estratégia complementar para o controlo da dor no internamento de pediatria”, pretende ir ao encontro das necessidades formativas identificadas no internamento de pediatria. Este documento pretende enquadrar e fundamentar o planeamento e percurso tecida na realização da sessão formativa anteriormente identificada.

Primeiramente será apresentada o diagnóstico das necessidades formativas que, de certo modo, fundamenta a realização da sessão, a que se seguirá o planeamento da estrutura da sessão e os seus conteúdos. Por fim, seguem-se a conclusão e as referências bibliográficas.

### **JUSTIFICAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO:**

O presente trabalho surge de uma necessidade formativa dos enfermeiros a exercerem funções no do serviço de internamento de pediatria, alinhada com os objetivos de estágio definidos e, inerentemente, com as competências do EESIP, nomeadamente com a unidade de competência E2.2. “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19193).

Durante o processo de hospitalização a criança e o adolescente vivenciam algum tipo de dor, comumente dor aguda, seja pela necessidade de colheita de sangue, punção venosa para administração de terapêutica, procedimentos cirúrgicos, entre outros (OE, 2013). Nesse sentido, e apesar da existência de um kit de distração, composto por diferentes brinquedos e jogos adequados a cada faixa etária, a equipa de enfermagem identificou a necessidade de adaptar os recursos para os adolescentes. Assim, em concordância com a equipa de enfermagem e considerando a minha experiência profissional, surgiu a proposta de utilizar a realidade virtual como uma estratégia para o controlo da dor em crianças e jovens. Adicionalmente, foram fornecidos ao serviço óculos de realidade virtual para facilitar a implementação dessa estratégia.

## 1. ESTRUTURA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

<b>Título</b>	Realidade Virtual: Estratégia complementar para o controlo da dor no internamento de pediatria							
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a importância de estratégias complementares no controlo da dor;</li> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a gestão diferenciada da dor no internamento;</li> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a utilização da realidade virtual enquanto possível estratégia complementar no controlo da dor na criança e adolescente;</li> <li>• Promover a análise das práticas de cuidados de enfermagem sobre estratégias complementares no controlo da dor.</li> </ul>							
<b>Data da Sessão</b>	29/11/2022							
<b>Plano de Conteúdos</b>	Introdução e objetivos	Temática do projeto de estágio	Definição de dor	Mecanismos de controlo de dor e ansiedade	Processamento da realidade virtual	Evidência Científica	Conclusão/Discussão	Referências bibliográficas
<b>Tempo de Exposição</b>	1 min	1min	2min	3min	3min	3min	2min	1min
<b>Meios/métodos Utilizados</b>	Meios audiovisuais Método expositivo participativo							
<b>Avaliação</b>	Questionário pós sessão							

## 2. CONTEÚDO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

### 2.1. Definição de dor

Estudos recentes revelam que a dor da criança e jovem nem sempre é devidamente identificada e tratada, o que poderá originar consequências negativas a longo prazo (Trottier et al, 2019).

A definição de dor, de acordo com a *Internacional Association for the Study of Pain*, é considerada subjetiva, intransmissível, de pessoa para pessoa. Este significado permanecia inalterado, desde 1979, tendo sido revisto, em 2020, ainda que não seja consensual entre a comunidade científica (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Batalha & Sousa, 2018; Raja et al., 2020). Assim, a dor é atualmente definida por esta associação como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja et al., 2020, p.1978).

Além da complexidade e individualidade inerentes ao conceito de dor, na pediatria acrescem as particularidades da criança e do adolescente, nas suas diferentes fases de desenvolvimento (Batalha & Sousa, 2018). Acrescenta-se que “o medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde” (DGS, 2012, p.3).

A IASP (2017) foca quatro intervenções na prevenção e tratamento da dor, sendo elas: 1) o posicionamento adequado; 2) a anestesia tópica; 3) a sucção não nutritiva/amamentação; e 4) a distração adequada à idade. Dentro da distração os enfermeiros podem recorrer à imaginação guiada, ao relaxamento, ao humor, vídeos e outras modalidades que originem estímulos agradáveis (Paixão, 2010).

### 2.2. O que é a realidade virtual e qual a sua utilidade no controlo da dor

A realidade virtual é uma estratégia não farmacológica que se inclui na distração cognitivo-comportamental, uma vez que favorece a estimulação multissensorial, permitindo desviar a atenção do procedimento e dos estímulos por ele provocados (OE, 2013). É considerada uma estratégia eficaz no controlo da dor, uma vez que direciona a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável. Esta técnica recorre a um ambiente virtual, com dimensão tridimensional e interação através do movimento, que provoca a sensação

de agir e viver dentro do local em tempo real, criando o bloqueio da sua visão e ambiente real (Atzori et al., 2018; Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Scapin et al., 2020). A ilusão e interação com o mundo virtual, através da estimulação dos sentidos auditivos, visuais e táteis, deixa os recursos cognitivos menos disponíveis para a percepção dos estímulos dolorosos, reduzindo a dor durante procedimentos (Atzori et al., 2018; Chan et al., 2019; Chen et al., 2020; Schmitt et al., 2011).

Ademais, permite também uma diminuição significativa da ansiedade, do medo, do sofrimento e dos vários componentes (cognitivo, afetivo e sensorial) da dor (Atzori et al., 2018; Castillo et al., 2018; Chan et al., 2019; Coulter, 2020; Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Scapin et al., 2017; Scapin et al., 2020).

### 2.3. Realidade Virtual como Estratégia Complementar no Controlo da Dor: Intervenção do Enfermeiro

Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor das crianças (DGS, 2013). A dor é uma experiência desagradável, pessoal e multidimensional, associada a uma lesão tecidual que resulta da interação de fatores biológicos, socioculturais e psicológicos, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, estando associada maioritariamente a situações que requerem cuidados de saúde (DGS, 2010; IASP, 2016). As estratégias não farmacológicas utilizadas são eficazes em situações de dor ligeira ou procedimentos dolorosos, dado que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Outras técnicas como a distração, utilizada em simultâneo à realização do procedimento, é uma técnica eficaz, uma vez que direciona a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013; APED, 2018).

O enfermeiro, pela proximidade e relação terapêutica que estabelece com a criança, jovem e família “tem um papel preponderante na avaliação e controlo da dor, por se constituir o garante de uma avaliação regular, objetiva, válida e fiável da dor” (Batalha & Sousa, 2018, p. 16). Por outro lado, a evidência científica sugere que a associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas originam um controlo mais eficaz da dor, uma vez que modificam o seu significado, alterando consequentemente as “reações de medo, ansiedade e depressão” (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Posto isto, mais do que ser conhecedor dos fármacos disponíveis

e da sua correta administração, importa, também, ter “uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.7).

## **CONCLUSÃO**

A evidência científica disponível comprova que existem variados benefícios na utilização da realidade virtual enquanto estratégia complementar no controlo da dor em procedimentos dolorosos.

Desse modo, cabe realçar a redução de dor e ansiedade em procedimentos como a punção venosa, realização de pensos, vacinação e colheita de sangue. Acrescenta-se ainda que este procedimento proporciona diversão e emoções positivas, o que contribui para uma melhoria do humor, ajudando a reduzir o stress e a aumentar a cooperação da criança (Atzori et al., 2018; Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Scapin et al., 2017).

Por outro lado, a evidência científica sugere que este procedimento influencia positivamente a equipa de enfermagem, uma vez que reduz a exposição ao stress e origina mais tranquilidade nos procedimentos, facilitando a relação enfermeiro-criança-família (Scapin et al., 2020).

Além disso, os efeitos secundários que lhe estão inerentes são mínimos e de baixo risco, bem como os custos que lhe estão associados e facilidade na sua utilização. No entanto, para tal, é necessário que a sua implementação, seja correta, sem nunca esquecer, que a gestão da dor é um processo complexo e individual, e por isso pode requer a associação de fármacos analgésicos (Atzori et al., 2018; Scapin et al, 2020).

Em suma, conclui-se que quando utilizada adequadamente a realidade virtual pode ter um impacto positivo na gestão de dor da criança e jovem em internamento, sendo, de acordo com a evidência consultada, um procedimento seguro e económico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Patterson, D. R., Alhalabi, W., Messeri, A., & Grotto, R. L. (2018). Virtual reality analgesia during venipuncture in pediatric patients with onco-hematological diseases. *Frontiers in psychology*. 9(2508), 1-7.
- Batalha, L., & Sousa, A. (2018). Self-report of pain intensity: correlation between children, parents, and nurses. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (17), 15–22. <https://doi.org/10.12707/riv18002>
- Castillo, B. T., Torres, J. A. P., Sánchez, L. M., Castellanos, M. E., Fernández, L. E., Sánchez, M. I. G., & Fernández, R. R. (2019). Reducing the pain in invasive procedures during paediatric hospital admissions: Fiction, reality or virtual reality?. *Anales de Pediatría*. 91(2), 80-87.
- Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ... & Leong, P. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedural pain: two randomized clinical trials. *The Journal of pediatrics*. 209, 160-167.
- Chen, Y. J., Cheng, S. F., Lee, P. C., Lai, C. H., Hou, I. C., & Chen, C. W. (2020). Distraction using virtual reality for children during intravenous injections in an emergency department: A randomised trial. *Journal of clinical nursing*. 29 (3-4), 503-510.
- Coulter, P. (2020). Virtual reality reduces pain and fear during intravenous cannulation in the emergency department. *Evidence-based nursing*.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação n.º 022/2012. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da dor. DGS. [https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/PENPCDor.pdf](https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf)
- International Association for the Study of Pain (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*. 157, 2420–2423.

- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010), Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 307-325.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, n. 06. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade virtual no controlo da dor e do distress, associados a procedimentos dolorosos, em crianças e adolescentes. *Pensar Enfermagem*. 14(2), 2-18.
- Scapin, S. Q., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Martins, J. C., Barbosa, M. V. & Pereima, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(6), 1361-1365.
- Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M. E., Fuculo Junior, P. R. B., Tomazoni, A., & Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 29, 1-15.
- Schmitt, Y. S., Hoffman, H. G., Blough, D. K., Patterson, D. R., Jensen, M. P., Soltani, M., ... & Sharar, S. R. (2011). A randomized, controlled trial of immersive virtual reality analgesia, during physical therapy for pediatric burns. *Burns*. 37, 61-68.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. In *Pain* (Vol. 161, Issue 9, pp. 1976–1982). DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Trottier ED, Bergeron MJ, Chauvin-Kimoff L, Baerg K, Ali S; Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee, Hospital Paediatrics Section, Community Paediatrics Section, Paediatric Emergency Care Section. Managing pain and distress in children undergoing brief diagnostic and therapeutic procedures. *Paediatr Child Health* 2019;24(8):509-21

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I- DIAPOSITIVOS DA SESSÃO**

# REALIDADE VIRTUAL: ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR PARA O CONTROLO DA DOR NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA



Elaborado por: Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217

## ÍNDICE

- DOR
- MECANISMOS
- RV
- EVIDÊNCIA
- CONCLUSÃO
- REFERÊNCIAS

1.  
DEFINIÇÃO DE DOR

2.  
MECANISMOS DE CONTROLO  
DE DOR E ANSIEDADE

3.  
PROCEDIMENTO DA RV

4.  
EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

5.  
CONCLUSÕES

6.  
REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS



DOR

MECANISMO

RV

EVIDÊNCIA

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

→

# 01.

## DEFINIÇÃO DE DOR



DOR

MECANISMO

RV

EVIDÊNCIA

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

→

"Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos"

(Raja et al., 2020, p.2; IASP, 2020)



**DOR**

MECANISMO

RV

EVIDÊNCIA

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

**Direcção-Geral da Saúde** Circular Normativa  
 Assunto: **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor** Nº 09/DGCG Data: 14/06/2003  
 Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde  
 Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.

Um controlo eficaz da Dor:

- Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consórcio no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- O sucesso da estratégia terapéutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular; à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a "Dor como o 5º sinal vital".

Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- O registo sistemático da intensidade da Dor.
- A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analgésica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces".
- A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores

**DOR**

MECANISMO

RV

EVIDÊNCIA

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

**ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

FRANCISCO HENRIQUE MOURA GEORGE  
 N.º 014/2010  
 DATA: 14/12/2010

ASSUNTO: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças  
 PALAVRAS-CHAVE: Dor na criança; avaliação; escalas de avaliação  
 PARA: Todos os profissionais de saúde que tratam crianças.  
 CONTACTOS: Direcção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença; Coordenador da Comissão Nacional de Controlo da Dor: [rlf@nsm.dgs.pt](mailto:rlf@nsm.dgs.pt); [jmromao2@gmail.com](mailto:jmromao2@gmail.com)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de Dezembro, esta Direcção-Geral recomenda o cumprimento das orientações técnicas abaixo descritas referentes à avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos.

As crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Aos factores de variabilidade individual somam-se os factores relacionados com o contexto da dor, pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada.

Considera-se como norma de boa prática na avaliação da dor:

- acreditar sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança.

- DOR
- MECANISMO
- RV
- EVIDÊNCIA
- CONCLUSÃO
- REFERÊNCIAS

## Carta da Criança Hospitalizada

**5** Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

- DOR
- MECANISMOS
- RV
- EVIDÊNCIA
- CONCLUSÃO
- REFERÊNCIAS

# 02.

## MECANISMO DE CONTROLO DE DOR E ANSIEDADE

+

+





A criança distrai-se do seu sentido nociceptivo, alterando a percepção da dor

...

+

+

+

 DOR

**MECANISMOS**

 RV

 EVIDÊNCIA



 CONCLUSÃO


 REFERÊNCIAS




+

+






Modula o processamento sensorial e emocional da resposta cerebral a estímulos dolorosos periféricos, tendo **potencial para melhorar a eficácia analgésica** durante procedimentos e, assim, **diminuir a necessidade de aumentar** as doses de fármacos **e de associar** mais do que um analgésico.

(Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Gold; Mahrer, 2017, APED, 2021)


+


+


+


 DOR


**MECANISMOS**

 RV

 EVIDÊNCIA

 CONCLUSÃO

 REFERÊNCIAS



# 03.



## O PROCEDIMENTO DE RV







- A Realidade Virtual (RV) é uma estratégia de distração cognitivo-comportamental que favorece a estimulação multissensorial para desviar a atenção do procedimento e dos estímulos por ele provocados(OE, 2013).
- A visão fica imersa num **ambiente virtual tridimensional (360º)** que, em tempo real, por meio da movimentação e interação, a imagem substitui o ambiente que vivemos.
- Assim, o utilizador **experiencia o estar, agir e viver em tempo real num ambiente virtual.**

(Simas, 2019)





+
 +  



 DOR  
 MECANISMO  
 RV  
 EVIDÊNCIA  
 CONCLUSÃO  
 REFERÊNCIAS  









## REALIDADE VIRTUAL COMO ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR NO ALÍVIO DA DOR EM CRIANÇAS QUEIMADAS

+

- Objetivo:** *relatar a utilização da realidade virtual e os seus efeitos sob parâmetros clínicos, dor e suas consequências no tratamento de crianças queimadas num Centro de Tratamento de Queimados do Sul do Brasil*
- Método:** (...) utilização da realidade virtual em crianças queimadas (...) Os dados foram coletados de janeiro a fevereiro de 2017, a partir das variáveis: **dor, distração, parâmetros clínicos (frequência cardíaca e saturação de oxigênio) e medicamentos analgésicos** (...) anotados, os relatos e as reações das crianças, dos responsáveis e da equipe de enfermagem

(Scapin et. al, 2017)

+
 +  

 DOR  
 MECANISMO  
 RV  
 EVIDÊNCIA  
 CONCLUSÃO  
 REFERÊNCIAS  


## REALIDADE VIRTUAL COMO ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR NO ALÍVIO DA DOR EM CRIANÇAS QUEIMADAS

+

Antes do procedimento sem a RV  
 Durante o procedimento sem a RV  
 Durante o procedimento com a RV  
 Durante o procedimento antes de tirar a RV  
 Após o procedimento sem a RV

Dia do procedimento	Antes do procedimento sem a RV	Durante o procedimento sem a RV	Durante o procedimento com a RV	Durante o procedimento antes de tirar a RV	Após o procedimento sem a RV
Dia 1	124	128	126	141	123
Dia 2	123	152	123	116	116
Dia 3	135	140	100	105	115

(Scapin et. al, 2017)



**Reduz a dor e a ansiedade.**  
(Lanicelli et al, 2019; Addab et al, 2022; Chen et al, 2020)

**Maior colaboração da criança e ganho de tempo.**  
(Paixão, 2010; Chen et al, 2020)

**Econômica e sem efeitos secundários de maior gravidade.**  
(Chen et al, 2020)


**Diversão, emoções positivas e melhoria do humor.**  
(Paixão, 2010; Scapin et al, 2017; Atzori et al, 2018; Chen et al, 2020)


DOR  
MECANISMOS  
RV  
EVIDÊNCIA  
CONCLUSÃO  
REFERÊNCIAS


**06.**


**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


DOR  
MECANISMO  
RV  
EVIDÊNCIA  
CONCLUSÃO  
REFERÊNCIAS


  
DOR


  
MECANISMO

  
RV

  
EVIDÊNCIA

  
CONCLUSÃO

  
REFERÊNCIAS



- Addab, S., Hamdy, R., Thorstad, K., le May, S., & Tsimicalis, A. (2022). Use of virtual reality in managing paediatric procedural pain and anxiety: An integrative literature review. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 31, Issues 21-22, pp. 3032-3059). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jocn.16217>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica.*
- Castillo, B. T., Torres, J. A. P., Sánchez, L. M., Castellanos, M. E., Fernández, L. E., Sánchez, M. I. G., & Fernández, R. R. (2019). Reducing the pain in invasive procedures during paediatric hospital admissions: Fiction, reality or virtual reality?. *Anales de Pediatría*, 9(2), 80-87.
- Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ...; Leong, P. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedural pain: two randomized clinical trials. *The Journal of pediatrics*, 209, 160-167.
- Chen, Y. J., Cheng, S. F., Lee, P. C., Lai, C. H., Hou, I. C., & Chen, C. W. (2020). Distraction using virtual reality for children during intravenous injections in an emergency department: A randomised trial. *Journal of clinical nursing*, 29 (3-4), 503-510.
- Coulter, P. (2020). Virtual reality reduces pain and fear during intravenous cannulation in the emergency department. *Evidence-based nursing*.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Norma n.º 09/DGCG, DGS.*
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010, DGS.*
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação n.º 022/2012. Lisboa: DGS.*
- International Association for the Study of Pain (2020). *Updating the definition of pain. PAIN*, 157, 2420-2423.
- Lannicelli, A. M., Vito, D., Dodaro, C. A., de Matteo, P., Nocerino, R., Sepe, A., & Raia, V. (2019). Does virtual reality reduce pain in pediatric patients? A systematic review. In *Italian Journal of Pediatrics* (Vol. 45, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0757-0>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, n.º6. Ordem dos Enfermeiros.*
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade virtual no controlo da dor e do distress, associados a procedimentos dolorosos, em crianças e adolescentes. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 2-18.
- Scapin, S. O., Echevarria-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Martins, J. C., Barbosa, M. V. & Pereira, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1361-1365.
- Scapin, S., Echevarria-Guanilo, M. E., Fuculo Junior, P. R. B., Tomazoni, A.,; Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. *Contexto-Enfermagem*, 29, 1-15.
- Simas, Carolina (2019). *A realidade virtual imersiva como estratégia de distração na troca de curativos de crianças queimadas: série de casos.* Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. In *Pain* (Vol. 161, Issue 9, pp. 1976-1982). DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

## **APÊNDICE II: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

**Sessão de Formação:** “Realidade virtual- Estratégia complementar para o controlo da dor no internamento de pediatria”

**Formador:**

Joana Alexandra Moreno Castilho, Aluna do 13.º CMPLEESIP

A perspetiva dos formandos e a avaliação da sessão de formação é deveras importante, uma vez que fomenta uma melhoria contínua do desenvolvimento e de futuras sessões de formação.

Deste modo solicito a vossa colaboração para colocar um (X) no local que considera mais adequado, nos tópicos seguintes.

**1** – Discordo totalmente; **2** – Discordo; **3** – Não concordo, nem discordo; **4** – Concordo; **5** – Concordo totalmente.

Relativamente aos seus conhecimentos iniciais e expectativas:

<b>Apreciação global</b>	1	2	3	4	5
As suas expectativas em relação a esta sessão foram cumpridas.					
Os temas abordados foram de encontro às suas necessidades enquanto mãe/pai/cuidador.					

Relativamente ao funcionamento da sessão de educação:

<b>Apreciação global</b>	1	2	3	4	5
Os objetivos da sessão foram cumpridos.					
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados.					
A sessão permitiu a partilha de experiências e dúvidas.					
O formador demonstrou domínio adequado dos conteúdos apresentados.					
A linguagem foi clara e objetiva.					

Sugestões \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

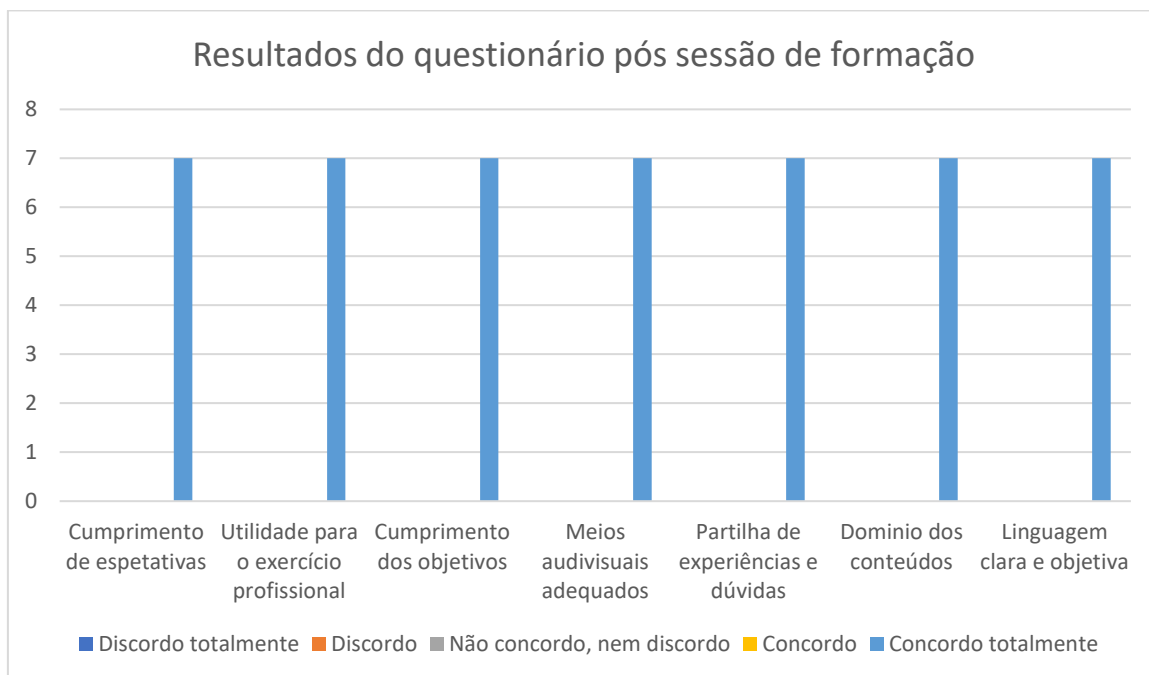
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Obrigada!

**APÊNDICE IV: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO PÓS  
SESSÃO**

A sessão de formação contou com a participação de sete enfermeiros pertencentes ao internamento de pediatria. A totalidade de enfermeiros concordou totalmente que: 1) a sessão cumpriu as suas expectativas; 2) e foi útil para o seu exercício profissional; 3) os objetivos propostos para a sessão foram cumpridos, os meios audiovisuais utilizados foram adequados e que a sessão permitiu a partilha de experiências e dúvidas; 4) o formador demonstrou um domínio adequados dos conteúdos abordados e que a linguagem utilizada foi clara e objetiva.

Apenas um enfermeiro realizou uma sugestão por escrito onde redigiu que a formação fez muito sentido no serviço e que iriam utilizar bastante esta estratégia não farmacológica no controlo da dor.



**APÊNDICE XII: WEBSITE - “DESAFIOS DA PARENTALIDADE:  
VAMOS FALAR SOBRE...”**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**SITE “DESAFIOS DA PARENTALIDADE- VAMOS  
FALAR SOBRE...”**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

**Lisboa,  
novembro,2022**

## **1. JUSTIFICAÇÃO DA CONCRETIZAÇÃO DO WEBSITE – INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

A criação do website “Desafios da Parentalidade: Vamos falar sobre...” foi implementado no serviço de internamento de pediatria, procurando a sustentação nos conteúdos produzidos no âmbito do Projeto “Adélia” e no Programa “Anos Incríveis”, ambos focalizados na promoção de competências parentais.

Os programas de parentalidade positiva, focados no desenvolvimento de competências parentais, demonstraram-se eficazes na redução dos fatores de risco de maus tratos infantis, bem como na sua incidência e recorrência (Branco et al., 2022; Chen & Chan, 2016; OMS, 2018). A segunda prioridade da Estratégia Nacional para os Direitos da Criança, a decorrer entre 2021 e 2024, tem como enfoque “Apoiar as famílias e a parentalidade” (CNPDPCJ, 2022, p.16). Esta intervenção tão necessária, que vai ao encontro do projeto de estágio, sustentou a construção deste trabalho. Este website baseou-se nas orientações do Projeto Adélia que se assume “como uma estratégia preventiva para a promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens” em Portugal (CNPDPCJ, 2022, p.28). Também o Programa “Anos Incríveis” se foca na “promoção de competências sociais e emocionais e reforço de relações positivas entre os adultos e as crianças” (Webster-Stratton, 2018, p.9).

A parentalidade é uma tarefa para a vida e apresenta dificuldades e desafios, que devem ser trabalhados nas particularidades e circunstâncias de cada família (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Ordem dos Psicólogos, s.d.). No entanto, existem desafios que se têm apresentado comuns à maioria dos pais, tais como, as expectativas e a pressão externas, o difícil equilíbrio entre a vida familiar e profissional, a exigência de felicidade e sucesso, a sobrecarga de informação e a saída dos filhos de casa, cada vez mais tardia (Ordem dos Psicólogos, s.d.). Os enfermeiros, pela sua proximidade, devem ser capazes de identificar não somente as necessidades da criança e jovem, como também as necessidades dos pais e cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Este website expositivo pretende assim abordar os diferentes desafios da parentalidade identificados na literatura, sensibilizar os pais para estratégias mais positivas na gestão de diferentes desafios da parentalidade e permitir a partilha de dúvidas e preocupações acerca da temática.

## CONCLUSÃO

A concretização do presente trabalho pretendeu a abordagem de temas gerados de stress na criança e na família, e a exposição de diferentes estratégias na gestão destes desafios e, ao mesmo tempo, a partilha de dúvidas.

Perspetivava-se inicialmente a sua apresentação via televisores individuais de cada quarto. No entanto, sendo necessária uma autorização por parte da Direção do Hospital que não iria estar disponível antes da finalização do campo de estágio, foi identificada uma estratégia alternativa à concretização desta atividade. Dessa forma, o website foi apresentado individualmente a um grupo de pais que demonstraram o seu consentimento e interesse na temática. De realçar que o grupo de pais que realizou a avaliação do questionário concordou ou concordou totalmente que os conteúdos abordados foram de encontro às suas necessidades enquanto pai, mãe/cuidador e permitiram a aquisição de novos conhecimentos. Esta avaliação, pode direcionar a atuação do enfermeiro no sentido de realização de sessões de educação, através de métodos inovadores como o aplicado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa do Sono e da Sociedade Portuguesa de Pediatria (s.d.). Higiene do Sono da Criança e do Adolescente. <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>
- Branco, M. S. S., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2022). Universal Intervention to Strengthen Parenting and Prevent Child Maltreatment: Updated Systematic Review. *Trauma, Violence, and Abuse*, Vol. 23 (5), 1658–1676. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/15248380211013131>
- Chen, M., & Chan, K. L. (2016). Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(1), 88–104. <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2020). *Adélia: projeto parentalidade positiva*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/dicas-adelia>
- Lachman, J. M. & Hutchings, J. (2019). *Parenting for Lifelong Health Programme for Young Children – Facilitator Manual*. Creative Commons.
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças: a urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Psicólogos (s.d). *Ser Mãe, Ser Pai: Os desafios da Parentalidade (Durante e após a pandemia)* [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ser\\_mae\\_pai\\_desafios\\_parentalidade.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ser_mae_pai_desafios_parentalidade.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d.) *COVID-19- Sono saudável: recomendações para adultos, trabalhadores e pais*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Disponível em: [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid\\_19\\_sono\\_saudavel.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_sono_saudavel.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2018). *INSPIRE handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. OMS.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-handbook-action-for-implementing-the-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>

- Ramos, V. (2020). *Como lidar com os problemas de comportamento das Crianças: Guia para professores, educadores e pais*. Pactor
- Silva, A. P. & Esteves J. (2012). *Parentalidade Positiva*. Centro de Estudos para a Intervenção Social Projecto Espiral.
- Torrato, I. (2019). *Importância do Brincar*. SPP. Disponível em: [http://criancaefamilia.spp.pt/media/135433/importancia\\_brincar.pdf](http://criancaefamilia.spp.pt/media/135433/importancia_brincar.pdf)
- Webster-Stratton, C. (2018). *Como promover as competências sociais e emocionais das Crianças*. Psiquílíbrios Edições.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I: CONTEÚDO DO WEBSITE**

Desafios da parentalidade

- Desafios da Parentalidade
- Regras e birras
- Elogiar
- Brincar
- Medo e ansiedade
- Hora das refeições
- Sono
- Doença e internamento
- Referências utilizadas
- Elaboração
- Links uteis

Arquivar ▾

## DESAFIOS DA PARENTALIDADE

PESQUISAR



# 02

## REGRAS E BIRRAS



# Importância das Regras

- Distinguir o aceitável e não aceitável
- Regras realistas, consistentes e claras
- Permitir a negociação e a discussão
- Transmitem segurança e autonomia
- Explicar as razões do “não” e das regras e limites
- Uniformização das regras

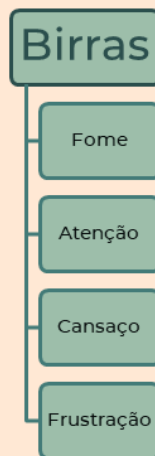
(Silva & Esteves, 2012; Lachman & Hutchings, 2019; CNPDPCJ, 2020)



# O que são as birras e o que fazer?

- “Reações ríspidas e inoportunas” exteriorizadas após uma contrariedade ou frustração
- Mais comuns entre os 2 e os 5 anos

(Ramos, 2020, p.65)



- Ignorar a birra
- Usar a distração
- Afastar-se fisicamente da criança
- Devolver a atenção quando a birra terminar

(Webster-Stratton, 2018; Ramos, 2020)

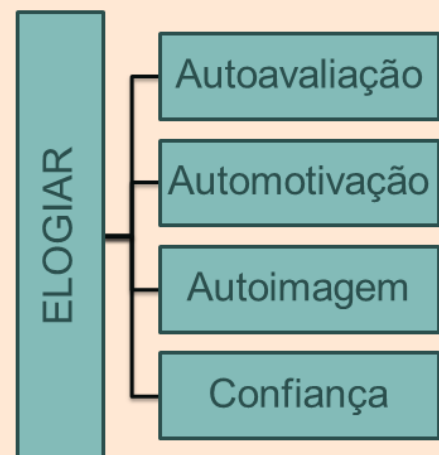
03

## ELOGIAR

### Quando elogiar, como e porquê?

- Sempre que a criança tiver um comportamento que deseja que aconteça mais vezes
- Seja específico e descritivo
- Elogie-se a si mesmo

(Silva & Esteves, 2012; Lachman & Hutchings, 2019; Webster-Stratton, 2018; CNPDPCJ, 2020)



# 04

## BRINCAR

“Brincar é estimular o sentido de humor e de justiça, a positividade do cérebro e do pensamento, a capacidade de resolver problemas e aprender a lidar com o incerto (...) é partilhar o sentido da vida em empatia com os outros”

(Neto, 2020, p.45)

## A importância do Brincar

Mitos

Realidade

Perda de tempo

Expressão de emoções

Desperdício

Socialização

Desenvolvimento



(Webster-Stratton 2018; Torrado, 2018; Neto, 2020)

05

# MEDO E ANSIEDADE

## Como lidar com o medo na criança?

O medo depende da faixa etária da criança

É normal e positivo

Ouvir e respeitar

Normalizar

Preparar

Enfrentar

(CNPDPCCJ, 2020)

06

# REFEIÇÕES

## Como tornar as refeições mais agradáveis?

- A hora das refeições pode-se tornar um momento de *stress* para os pais:
  - Recusa de alimentos
  - Demora na refeição
- Evite conflitos
- Estabeleça um limite temporal para a refeição
- Permita escolhas da criança



(CNPDPJCJ, 2020)

07

# HORA DE DEITAR E SONO

## DIAS CALMOS- NOITES CALMAS

- Implementar uma rotina antes de dormir
- Criar um ambiente de conforto, tranquilidade e segurança
- Estabelecer horários para o acesso a ecrãs
- Consistência na hora de dormir
- Cuidar do próprio sono

(Associação Portuguesa do Sono s,d;; Ordem dos Psicólogos Portugueses, s.d.; CNPDPCJ, 2020 )



08

# SITUAÇÃO DE DOENÇA E INTERNAMENTO

## O que fazer numa situação de internamento?



- Uma situação de doença implica por si só um fator de stress para a criança e para os pais.
- Com a necessidade de internamento crescem a tomada de decisões importantes e uma carga emocional e física acrescida.
- Por isso não se esqueça:
  - Coma bem e permita a si mesmo um período de pausa fora do ambiente hospitalar
  - Tente descansar quando a criança estiver a dormir
  - Tente manter o contacto com pessoas significativas
  - Faça questões à equipa hospitalar

(Ordem dos Enfermeiros, 2015; Sanders, J., 2014)

09

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa do Sono e da Sociedade Portuguesa de Pediatria (s.d.). Disponível em: <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2020). *Adélia: projeto parentalidade positiva*. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/dicas-adelia>
- Lachman, J. M. & Hutchings, J. (2019). *Parenting for Lifelong Health Programme for Young Children – Facilitator Manual*. Creative Commons.
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças: a urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto.
- Ordem dos Enfermeiros (2015).: *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Psicólogos (s.d). *Ser Mãe, Ser Pai: Os desafios da Parentalidade (Durante e após a pandemia)* [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ser\\_mae\\_pai\\_desafios\\_parentalidade.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ser_mae_pai_desafios_parentalidade.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d). Disponível em: [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid\\_19\\_sono\\_saudavel.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_sono_saudavel.pdf)
- Ramos, V. (2020). *Como lidar com os problemas de comportamento das Crianças: Guia para professores, educadores e pais*. Pactor
- Silva, A. P. & Esteves J. (2012). *Parentalidade Positiva*. Centro de Estudos para a Intervenção Social Projecto Espiral.
- Torrato, I. (2019). *Importância do Brincar*. SPP. Disponível em: [http://criancaefamilia.spp.pt/media/135433/importancia\\_brincar.pdf](http://criancaefamilia.spp.pt/media/135433/importancia_brincar.pdf)
- Webster-Stratton, C. (2018). *Como promover as competências sociais e emocionais das Crianças*. Psiquibriços Edições.

## **APÊNDICE II: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO WEBSITE**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SITE “DESAFIOS DA PARENTALIDADE: VAMOS FALAR SOBRE...”

A perspetiva dos pais e cuidadores e a avaliação do site criado é verdadeiramente importante, uma vez que fomenta uma melhoria contínua do desenvolvimento para futuros trabalhos

Deste modo solicito a sua colaboração para colocar um (X) no local que considera mais adequado, nos tópicos seguintes.

**1** – Discordo totalmente; **2** – Discordo; **3** – Não concordo, nem discordo; **4** – Concordo; **5** – Concordo totalmente.

Relativamente aos seus conhecimentos iniciais e expectativas:

Apreciação global	1	2	3	4	5
As suas expectativas em relação a este site foram cumpridas.					
Os temas abordados foram de encontro às suas necessidades enquanto mãe/pai/cuidador.					

Relativamente à estrutura e conteúdo abordados no site:

Apreciação global	1	2	3	4	5
O meio escolhido para divulgar a informação foi adequado.					
O site permitiu a aquisição de novos conhecimentos.					
O site permitiu a partilha de experiências e dúvidas.					
O formador demonstrou domínio adequado dos conteúdos apresentados.					
A linguagem utilizada é clara e objetiva.					

Sugestões

---

---

---

---

Obrigada!

## **APÊNDICE XIII: REUNIÃO DO NHACJR: ANÁLISE REFLEXIVA**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**REUNIÃO DO NHACJR: ANÁLISE REFLEXIVA**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
dezembro, 2022**

A possibilidade de estar presente numa reunião mensal do NHACJR permitiu-me compreender a dinâmica e organização da mesma.

Nessa reunião, foram analisados casos já referenciados e abordados novos casos que necessitavam de reflexão em equipa para a tomada de decisão de referência. Foi possível observar uma equipa completa na sua constituição, com um elemento e uma articulação entre o núcleo hospitalar, o núcleo da comunidade, a CPCJ e Centro de Estudos para a Intervenção Social (CESIS).

Assim, estiveram presentes na reunião em análise, um pediatra, dois enfermeiros pertencentes ao hospital, dois enfermeiros pertencentes à comunidade, um psicólogo proveniente do contexto comunitário e outro do contexto hospitalar, e por fim, um assistente social. Esta organização está em consonância com as orientações emanadas pelo Ministério da Saúde (2008), onde se pode ler que cada NHCRJ deve ser constituído por “no mínimo por um médico, um enfermeiro e outro(s) profissional(ais) de saúde, designadamente, das áreas de saúde mental e ou do serviço social” (p. 49208). No mesmo documento é ainda referido que, “o número de elementos de cada grupo profissional indicado no número anterior poderá ser aumentado ou reduzido em função das necessidades e disponibilidades”, razão pela qual, a equipa hospitalar é composta por dois enfermeiros e dois médicos, ainda que apenas um estivesse presente naquela reunião específica (Ministério da Saúde, 2008, p. 49208).

De referir que um enfermeiro pertence ao internamento e o outro elemento exerce funções na urgência pediátrica. Face ao referido, e mobilizando a minha experiência profissional, este facto, parece-me contribuir para um acompanhamento de maior proximidade, individualização e continuidade. Pelo experienciado em contexto laboral, muitas das situações de maus tratos/ risco, são identificadas em serviço de urgência, tendo por vezes necessidade de internamento, tornando-se relevante a presença de um elemento de cada valência. Interessa perceber, também, que na literatura científica, é destacado o papel do enfermeiro em contexto de urgência de pediatria, na deteção de situações de maus tratos em crianças, uma vez que, a urgência é frequentemente o primeiro contacto das vítimas com o serviço nacional de saúde (Offidani et al, 2022).

A possibilidade de participação na reunião do núcleo, permitiu não somente a reflexão, mas também a identificação de semelhanças e diferenças relativamente à composição do NHACJR do contexto onde exerço funções. Desse modo, considero que a presença de dois enfermeiros contribui para uma maior qualidade na

intervenção, pela continuidade dos cuidados para a criança e para a família. Além disso, na minha perspectiva, a participação de elementos do NACJR da comunidade de dois ACES da área de atendimento hospitalar contribuem para uma maior cooperação entre entidades e apoio às crianças e famílias.

Considero, ainda, de tamanha importância a possibilidade de percepção da articulação a nível intra-hospitalar. Desso modo, o NHACJR tenta articular consultas de forma que estas tenham uma maior prioridade na marcação. Dá-se, como exemplo, o caso de consultas de psicologia, ou em caso de doença crónica em que se identifica incumprimento terapêutico. Veja-se que foram abordados dois casos de crianças com diagnóstico de diabetes tipo 1 e as suas famílias. As crianças em questão tinham idade inferior a 12 anos e pelo menos um dos progenitores possuía um problema de saúde mental e verificou-se a não adesão ao regime terapêutico prescrito, nomeadamente no que diz respeito à administração de insulina, acrescendo a elevada taxa de absentismo nas às consultas programadas.

De acordo com a DGS (2011), o incumprimento terapêutico apresenta-se como um indicador de negligência, uma vez que a criança possui uma “doença crónica, sem cuidados adequados” (p.7). Este incumprimento foi denotado no âmbito da saúde escolar e encaminhado para o enfermeiro de família, sendo posteriormente transmitido ao NACJR. Dessa forma, foi feito um esforço para antecipar a próxima consulta, sendo realizado um contacto telefónico para assegurar a presença da criança nessa marcação, com o intuito apoiar esta criança e família o mais prontamente possível.

Por outro lado, através da natureza dos casos discutidos foi possível compreender a associação entre a realidade e os relatórios anuais publicados, em que a violência doméstica e negligência continuam a ser as tipologias de maus tratos mais expressivas (APAV, 2021; APAV, 2022; CNPDCJR, 2021; CNPDCJR, 2022). Além disso, os fatores de risco mais referidos, associados a estas situações foram situações socioeconómicas desfavorecidas e doença psiquiátrica por parte dos cuidadores.

No final da reunião foram, também, discutidas dificuldades na atuação de cada entidade e debate de possíveis soluções, emergindo, por vezes, o sentimento de impotência, em relação à resolução de algumas das situações. Acresce, também, no relatório anual de 2021, é referido que:

as CPCJ continuam a referenciar como estando em falta ou serem insuficientes para a proteção da criança ou jovem e promoção do seu bem-estar, sobretudo as respostas sociais ao nível da saúde mental (para a infância e adolescência e para os seus cuidadores), bem como da esfera da intervenção e capacitação parental e ainda, respostas mais especializadas de acolhimento e atendimento a crianças e jovens (CNPDJCR, 2022, p.92).

Tal demonstra, que apesar de muito se ter evoluído, no que diz respeito à proteção dos direitos de crianças e jovens em risco, existe ainda um longo caminho a percorrer, na prevenção, identificação e intervenção. O EEESIP, integrado numa equipa multidisciplinar e assente numa parceria colaborativa com a criança e famílias, pode ter uma intervenção preponderantemente significativa na promoção dos direitos e proteção das crianças, nomeadamente no apoio às famílias e à parentalidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2021). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2020*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2020.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2021*. Instituição de Solidariedade Social. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2021). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2020*. CNPDPCJ.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. CNPDPCJ.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, DGS. [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus\\_tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus_tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
- Offidani, C., Villani, A., Reale, A., Marchili, M. R., Aufiero, L. R., Moras, P., Lodise, M., Raucci, U., Barbieri, M. A., & Raponi, M. (2022). Early recognition of child abuse through screening indicators at the emergency department: experience of a tertiary urban pediatric hospital. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01214-9>
- Ministério da Saúde (2008). Despacho n.º 31292/2008. *Diário da República*, II Série, n.º 236 (5/12/2008). <https://files.dre.pt/2s/2008/12/236000000/4920749231.pdf>

**APÊNDICE XIV: NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA:  
ANÁLISE REFLEXIVA**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA: ANÁLISE  
REFLEXIVA**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
dezembro, 2022**

A presente reflexão pretende analisar o percurso formativo desenvolvido ao longo do mês de novembro, no contexto de internamento de pediatria. Partindo das atividades desenvolvidas e da reflexão na e sobre a ação, irão ser explanadas algumas das competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de EESIP adquiridas em contexto clínico.

Por se tratar de um contexto de internamento foi, por si só, desafiante e distinto do contexto de urgência pediátrica, onde, atualmente, exerço funções. Esse facto, aliado à assistência a crianças e jovens com um diverso leque de problemas de saúde e a existência de uma unidade de cirurgia de ambulatório, integrada no próprio serviço, possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens. Além disso, foi ainda interessante poder acompanhar as crianças e as suas famílias desde o momento do acolhimento até à alta, algo nem sempre possível no serviço de urgência.

Seguidamente são enunciadas as atividades realizadas neste contexto e o seu contributo para a aquisição de competências comuns e especializadas no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A **observação de uma reunião do NHACJR** permitiu apreender, não só, as tipologias de maus tratos mais prevalentes na área geográfica em apreço, bem como os procedimentos a seguir nas diferentes situações e a respetiva intervenção dos profissionais. Desta forma, contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência comum “A2.1-Promove a proteção dos direitos humanos”, uma vez que as crianças e jovens têm o direito de ser protegidas contra os maus tratos infantis. (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746; UNICEF, 2019).

Através da concretização de uma **sessão de formação designada “Realidade Virtual: Estratégia complementar para o controlo da dor no internamento de Pediatria”**, foram alcançados progressos significativos no desenvolvimento da competência comum “D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, uma vez que esta formação foi baseada em evidência científica atual, e alinou-se às necessidades específicas do serviço e das crianças, jovens e famílias às quais são prestados cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749). A atuação do enfermeiro reflete-se ainda na sua capacidade de ser um "dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4749), como é o caso da intervenção específica de controlo da dor através da realidade virtual, que não se encontrava tão difundida no serviço.

Por fim, esta reflexão, alinhada com as atividades de estágio inicialmente delineadas, contribuiu ainda para o desenvolvimento da competência comum “D1-

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, tendo em conta que foi possível analisar e refletir sistematicamente com a enfermeira orientadora e docente sobre todo o percurso de estágio (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

Já a respeito das competências específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, a atividade anteriormente descrita contribuiu para a aquisição da unidade de competência “E.2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193). Esta atividade contribuiu ainda para o desenvolvimento da unidade de competência “E2.4 Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem complementares, amplamente suportadas na evidência” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193). Esta formação permitiu aos profissionais, não só conhecer o procedimento de realidade virtual amplamente divulgado na literatura científica, como compreender a intervenção do enfermeiro na utilização desta técnica e as suas implicações para o controlo da dor na criança e jovem. Além disso, no final da formação foram fornecidos ao serviço os materiais necessários para a sua implementação.

Já através da participação na **reunião do NHACJR** foi possível desenvolver a unidade de competência “E.1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”. Tal foi conseguido através da análise da sua composição, organização e intervenção, tornando-me mais sensível à deteção precoce e intervenção em situações de maus tratos infantis.

A criação do **site “Desafios da parentalidade- Vamos falar sobre...”**, contribuiu para a sensibilização dos pais e da equipa de enfermagem para a temática do desenvolvimento de competências parentais, indo ao encontro dos objetivos específicos do projeto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série (nº26 de 6/02/2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. UNICEF. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)

## **APÊNDICE XV: NORMA DE PROCEDIMENTO**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**NORMA:**

**PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO PERANTE A  
DETEÇÃO DE SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS EM  
CRIANÇAS E JOVENS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE  
PEDIATRIA.**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

**Lisboa,  
dezembro, 2022**

LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<p><b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b></p>			Aprovado em:
<p><b>Elaborado</b></p> <p><b>Por: Enfª Joana Castilho</b></p> <p><b>Em: janeiro 2023</b></p>	<p><b>Revisto por:</b></p>	<p><b>Próxima Revisão:</b></p> <p>_____ / _____</p>	<p>Enfª Diretora</p>

## 1- DEFINIÇÕES

- **Criança e Jovem:** a criança e jovem são definidos pela lei como “a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos” <sup>(1)</sup>.
- **Maus tratos infantis:** “envolvem violência física, sexual, psicológica/emocional e negligência em relação a bebés, crianças e adolescentes, por pais, mães, cuidadores ou outras figuras de autoridade, mais frequentemente em casa, mas também em contextos como escolas ou orfanatos” <sup>(2)</sup>.
- **Negligência:** incapacidade de a criança ver satisfeitas as necessidades básicas para o seu crescimento e desenvolvimento (tendo os pais essa possibilidade), nomeadamente a respeito de saúde, educação, nutrição, apoio emocional e condições de segurança <sup>(3,4)</sup>.
- **Mau trato físico:** qualquer ação deliberada, isolada ou repetida, infligida pelos pais/cuidadores que cause (ou venha a causar) dano físico à criança ou jovem <sup>(4)</sup>.
- **Mau trato psicológico/emocional:** todos os atos que resultem da “privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afectivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem” <sup>(4)</sup>.
- **Abuso sexual:** contempla o “envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha” sendo baseado na maioria das vezes numa relação de poder <sup>(4)</sup>. O abuso sexual em crianças e jovens raramente recorre à força física, invés disso é mais comum o recurso à manipulação emocional <sup>(3)</sup>.
- **Síndrome de Munchausen por Procuração:** forma rara de maus tratos, que se caracteriza pela indução de sinais e sintomas de doença na criança, por

<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b> <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b> <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b> ____ / ____	Enf <sup>a</sup> Diretora

parte de um elemento da família ou cuidador, submetendo-a a variados procedimentos de diagnóstico muitos deles invasivos <sup>(4)</sup>.

- **Situação de urgência:** em relação aos maus tratos infantis uma situação de urgência ocorre sempre que exista “perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem” <sup>(8)</sup>.
- **Procedimento de urgência:** “Qualquer entidade (CS, Hospital, etc.) pode tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança e do jovem, devendo solicitar a intervenção do Tribunal ou das entidades policiais”. Para acionar o procedimento de urgência são exigidos perante a lei dois pressupostos: a existência de perigo atual/eminente para a vida ou integridade física da criança/jovem e oposição de quem detém o poder paternal/guarda da criança/jovem <sup>(8)</sup>.

## 2- OBJETIVOS

- Uniformizar os cuidados de enfermagem para que assegurem a deteção precoce, o acompanhamento e o encaminhamento das crianças e família em risco ou vítimas de maus tratos que recorrem ao SUP.

## 3- ÂMBITO

Aplica-se a todas as crianças e jovens em situação de maus tratos infantis, nomeadamente perante a deteção de fatores de risco, de agravamento ou sinais de alerta para maus tratos.

## 4- RESPONSABILIDADE

<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b>  <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b>  <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b>  _____ / _____	Enf <sup>a</sup> Diretora

A responsabilidade cabe ao enfermeiro do SUP que presta cuidados à criança, jovem e família.

## **5- PRINCÍPIOS**

A violência contra crianças é um problema de saúde global e uma violação dos direitos humanos, abrangendo centenas de milhões de crianças em todo o Mundo <sup>(4)</sup>. Após mais de um século da criação da Lei da Proteção da Infância em 1911, as estatísticas nacionais e mundiais demonstram que a problemática dos maus tratos infantis é real e emergente <sup>(5)</sup>. Apenas no ano de 2021 foram iniciados 42098 novos processos de promoção de proteção pelas CPCJ, um aumento significativo em relação aos 39366 processos iniciados em 2020<sup>(7,8)</sup>. Estes dados sustentam a necessidade de investimento na deteção e intervenção precoces, bem como novas estratégias de prevenção.

Todos os profissionais de saúde que contactam com crianças e jovens poderão ser confrontados com situações de maus tratos infantis, sendo-lhes exigida uma “resposta necessária, suficiente e adequada” <sup>(9)</sup>. Ademais, o SUP é, em numerosos episódios, a interligação destas crianças, jovens e famílias com o sistema de saúde, uma vez que estudos revelam que 2-10% das crianças e jovens assistidas são vítimas de maus tratos infantis <sup>(10)</sup>. Assim, este serviço torna-se vital na deteção de maus tratos e deverá estar munido de informações e profissionais capazes de lidar com estas situações.

O enfermeiro, pela relação privilegiada que estabelece com a criança e a família nos diferentes contextos, é frequentemente o primeiro contacto destas crianças em risco ou situação de maus tratos, num pedido de ajuda nem sempre explícito <sup>(11)</sup>. Além disso, segundo a OE (2017) o enfermeiro deve orientar “a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e *stressores* associados às suas vivências” <sup>(12)</sup>. Desse modo, importa que

<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b> <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b> <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b> ____ / ____	Enf <sup>a</sup> Diretora

os enfermeiros reconheçam sinais e sintomas de maus tratos infantis e fatores de risco, de forma a atuar direta e precocemente nos mesmos e realizar o encaminhamento necessário. Concomitantemente é esperado conheçam os fatores protetores, diminuindo assim o impacto dos fatores de risco existentes para as crianças, jovens e respetivas famílias, e, portanto, o risco de maus tratos infantis <sup>(4)</sup>. Contudo, existem algumas barreiras no que diz respeito às intervenções dos profissionais de saúde em situações de maus tratos infantis que se encontram evidenciadas na literatura. Silva, Afonso & Silva (2014) sublinham que os profissionais sentem que existe falta de formação na área e consequente insegurança na abordagem destas situações <sup>(13)</sup>. Além disso, Oliveira & Costa (2020) sugerem que estas variáveis comprometem a correta identificação e encaminhamento das crianças vítimas de violência <sup>(14)</sup>.

Assim, esta norma surge da necessidade de uniformizar os procedimentos relativos a situações de maus tratos infantis, sensibilizando os profissionais do SUP para uma deteção precoce e correto encaminhamento destas crianças, jovens e respetivas famílias. Adicionalmente ao algoritmo realizado (**ANEXO II**), segue-se ainda uma possível linha orientadora emanada pela OMS em relação à abordagem dos profissionais de saúde em situações de maus tratos infantis (**ANEXO III**).

## **6- ABREVIATURAS / SIGLAS**

CS- Centro de Saúde

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

IST- Infecção sexualmente transmissível

ITU- Infecção do trato urinário

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b> <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b> <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b>  _____ / _____	Enf <sup>a</sup> Diretora

PNV- Plano Nacional de Vacinação

PNSIJ-Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

## 7- BIBLIOGRAFIA

1. Lei n.º 23/2017 (2017). Terceira alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alargando o período de proteção até aos 25 anos. *Diário da República*, I série, n.º 99/2017, 2494-2494. <https://files.dre.pt/1s/2017/05/09900/0249402494.pdf>
2. Organização Mundial de Saúde (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
3. Organização Mundial de Saúde (2022). *Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048737>
4. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, DGS. [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus\\_tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus_tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
5. Magalhães & Batista (2021). *Acolhimento Familiar de Crianças e Jovens em Perigo: Manual para Profissionais*. PACTOR, editores.
6. Organização Mundial de Saúde (2019). *WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment*. OMS.
7. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2021). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2020*. CNPDPCJ.

<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b> <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b> <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b> ____ / ____	Enf <sup>a</sup> Diretora

8. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. CNPDPCJ.
9. Lei nº 147/99 (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República*, I-A Série, nº204/1999, 6115 – 6132. <https://files.dre.pt/2s/2008/12/236000000/4920749231.pdf>
10. Offidani, C., Villani, A., Reale, A., Marchili, M. R., Aufiero, L. R., Moras, P., Lodise, M., Raucci, U., Barbieri, M. A., & Raponi, M. (2022). Early recognition of child abuse through screening indicators at the emergency department: experience of a tertiary urban pediatric hospital. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01214-9>
11. Gonzalez D, Bethencourt Mirabal A, McCall JD & Doerr (2022). Child Abuse and Neglect (Nursing) In: *StatPearls*. StatPearls Publishing <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568689/>.
12. Ordem dos enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
13. Silva, D., Afonso, V. & Silva, E. B. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Deteção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium*, 47, 69-82.
14. Oliveira, P. C. C., & Costa, M. L. A. (2020). Percepção e responsabilidade do enfermeiro frente às situações de maus tratos contra a criança e adolescente. In Molin, R. (Org.), *Saúde em Foco* (pp. 465–481). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200901405>

## 8- ANEXOS

### ANEXO I: SINAIS E SINTOMAS DE MAUS TRATOS INFANTIS

<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b>  <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b>  <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b>  ____ / ____	Enf <sup>a</sup> Diretora

<b>Tipologia de Mau trato</b>	<b>Sinais e sintomas</b>
<b>Negligência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carência de Higiene</li> <li>• Vestuário desadequado em relação à estação do ano</li> <li>• Intoxicações acidentais repetidas</li> <li>• Doença crónica sem cuidados adequados</li> <li>• Acidentes frequentes por falta de supervisão</li> <li>• Atraso ou incumprimento do PNV ou PNSIJ</li> <li>• Sinais físicos de negligência prolongada (ex: progressão ponderal deficiente, atraso no desenvolvimento sexual)</li> <li>• Atraso no desenvolvimento (sem razão clínica)</li> </ul>
<b>Mau trato físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesões com diferentes estádios de evolução</li> <li>• Sequelas de traumatismo antigo</li> <li>• Lesões em locais pouco comuns ao traumatismo acidental</li> <li>• Lesões desenhando marcas de objetos</li> <li>• Queimaduras múltiplas e/ou simulando ato voluntário e com fácil identificação do objeto causador</li> </ul>
<b>Abuso Sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesões externas dos órgãos genitais</li> <li>• Leucorreia vaginal persistente/recorrente</li> <li>• Laceração do Hímen</li> <li>• Hemorragia vaginal/anal</li> <li>• IST</li> </ul>

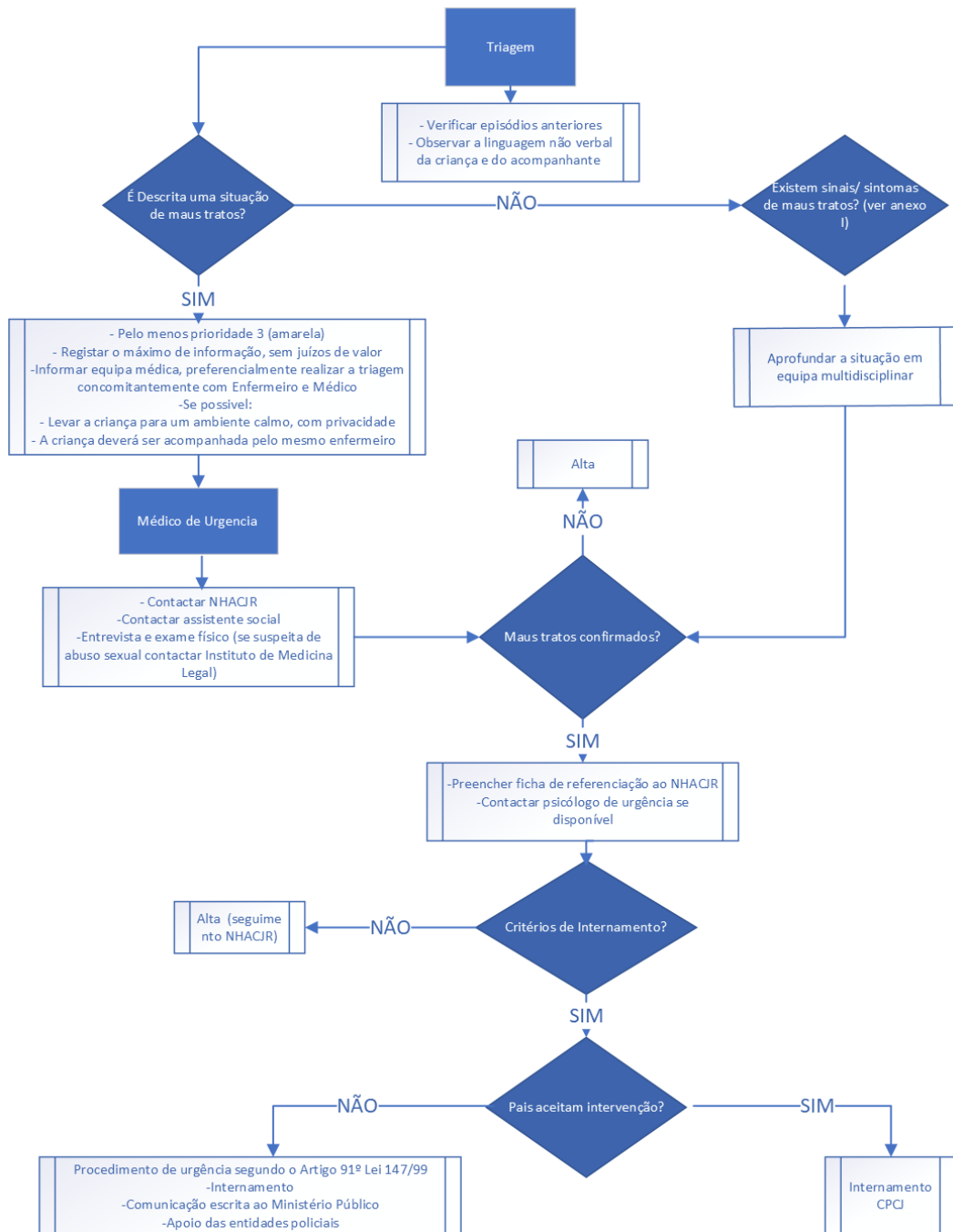
<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b>  <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b>  <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b>  ____ / ____	Enf <sup>a</sup> Diretora

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITU de repetição</li> <li>• Gravidez</li> <li>• Dor na região vaginal/anal</li> <li>• Interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais</li> <li>• Terrores noturnos</li> <li>• Anorexia; Dores abdominais recorrentes</li> </ul>
<b>Mau trato psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automutilação em jovens</li> <li>• Atraso no desenvolvimento da linguagem</li> <li>• Dificuldades na aprendizagem</li> <li>• Excessiva ansiedade; Desinteresse total pela imagem;</li> <li>• Dificuldade nas relações interpessoais</li> <li>• Fugas/ Relutância em regressar a casa; Mudanças súbitas de comportamento e humor.</li> </ul>

**Tabela 1:** Adaptada de DGS, 2011, p. 7-9<sup>(3)</sup>

**ANEXO II:** Algoritmo de atuação perante a deteção de situações de maus tratos infantis no Serviço de Urgência de Pediatria.

<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>	<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>		
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			Aprovado em:
<b>Elaborado</b>  <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b>  <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b>  ____ / ____	Enf <sup>a</sup> Diretora



<b>LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b><i>Norma nº - Procedimento de intervenção perante a deteção de situações de maus tratos em crianças e jovens no Serviço de Urgência de Pediatria.</i></b>			<b>Aprovado em:</b>
<b>Elaborado</b> <b>Por: Enf<sup>a</sup> Joana Castilho</b> <b>Em: janeiro 2023</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Próxima Revisão:</b> ____ / ____	<b>Enf<sup>a</sup> Diretora</b>

**ANEXO III: Abordagem “LIVES CC- Lives for Children, adolescents and their Caregivers”**

<b>Listen</b>	Ouvir a criança e o adolescente atentamente, com empatia e sem juízos de valor, num local calmo e com privacidade
<b>Inquire</b>	Avaliar e dar resposta às necessidades básicas, desejos e preocupações a nível emocional, físico e social.
<b>Validate</b>	Demonstrar à criança e ao adolescente que estes são compreendidos, que não são culpados pelo sucedido e que equipa acredita neles.
<b>Enhance Safety</b>	Proteger a criança ou adolescente de danos que possam advir desta situação. Aumentar a segurança da criança ou adolescente.
<b>Support</b>	Facilitar o apoio através do encaminhamento para redes de apoio formais e informais.
<b>Child and adolescent friendly environment</b>	Criar um ambiente amigável para crianças e adolescentes, através da formação dos profissionais provedores de treinamento e melhorando a prontidão do serviço para prestar cuidados centrados no sobrevivente de maus tratos.
<b>Caregiver support</b>	Fornecer apoio aos cuidadores não infratores para apoiar a criança ou adolescente

**Tabela 2:** Abordagem “LIVES CC” adaptada de OMS, 2022, p. 44 <sup>(2)</sup>

**APÊNDICE XVI: NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA: ANÁLISE  
REFLEXIVA**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA: ANÁLISE REFLEXIVA**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**



**Lisboa,  
janeiro, 2023**

O serviço de urgência é muitas vezes o primeiro local de contacto entre as crianças maltratadas e o sistema de saúde, tornando-o num serviço único para a identificação de situações de risco e maus tratos infantis (Gonzalez et al., 2022; Hunter et al., 2019).

Assumir o papel de estudante no ambiente de trabalho pode apresentar desafios. No entanto, proporciona a oportunidade de dedicar tempo e espaço para reflexão, permitindo uma nova perspetiva sobre a prestação de cuidados. Além disso, oferece a vantagem ao estudante de possuir um conhecimento intrínseco da equipa e das suas necessidades formativas, bem como uma compreensão das necessidades do serviço e do seu funcionamento de forma abrangente.

Nesse sentido, o estágio realizado no serviço de urgência revelou-se uma oportunidade valiosa para adquirir conhecimentos e competências relevantes. Esta experiência clínica permitiu uma ampla aprendizagem e aquisição de novas competências, abrangendo não apenas a prevenção dos maus tratos, mas também outras competências gerais e específicas do EESIP.

Seguidamente serão abordadas algumas das atividades realizadas neste contexto e as suas implicações na aquisição de competências de enfermagem comuns e especializadas em saúde infantil e pediatria.

Tendo, por base o projeto inicialmente delineado, e após identificação das necessidades formativas do serviço e reunião com enfermeira orientadora e a chefe de serviço, foi desenvolvida uma Norma de Procedimento. Esta norma pretendeu a uniformização dos cuidados de enfermagem na deteção precoce, no acompanhamento e no encaminhamento das crianças e família em risco ou vítimas de maus tratos que recorrem ao SUP. O desenvolvimento desta atividade permitiu desenvolver como unidades de competência comum de enfermeiro especialista “B1.1-Mobiliza conhecimentos e habilidade, garantindo a melhoria contínua da qualidade”, “B2.2-Planeia programas de melhoria contínua” e “D2.2-Suporta a prática clínica em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4747-4749). A mesma atividade contribuiu ainda para a aquisição das unidades de competência “A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos” e a unidade de competência “C1.1-Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4746-4748).

Já a respeito das competências específicas de EESIP, através desta atividade foi possível tecer esforços no sentido de desenvolver as competências “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco

que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida criança/jovem”, esta última, com enfoque, na prevenção dos maus tratos infantis (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

Ao longo do estágio e durante a prestação direta de cuidados, foram ainda desenvolvidas as competências “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem adequados” tão necessária neste contexto específico, “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” e “E2.5. Promove a adaptação da criança/família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193). Esta última competência foi desenvolvida em contexto de serviço de observação - SO -, nomeadamente aquando da prestação de cuidados à criança com diagnóstico de diabetes inaugural e sua família. Por fim, ainda em serviço de observação foi possível desenvolver a competência “E.3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, através da identificação de sinais de alerta no desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gonzalez D, Bethencourt Mirabal A, McCall JD & Doerr, C. (2022). Child Abuse and Neglect (Nursing) In: *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568689/>
- Hunter, A. A., & Bernstein, B. (2019). Identification of Child Maltreatment-Related Emergency Department Visits in Connecticut, 2011 to 2014. *Clinical Pediatrics*, 58(9), 970–976. <https://doi.org/10.1177/0009922819845895>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série (nº26 de 6/02/2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

**APÊNDICE XVII: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE  
“CONVERSA COM OS PAIS”**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Plano de Sessão de Educação para a Saúde:  
“Conversa com os pais- preocupações comuns  
com o recém-nascido: cólicas, obstipação, obstrução  
nasal e prevenção de quedas”**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
Fevereiro, 2023**

## JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

O nascimento de um filho, tal como referem Vieira & Reis (2017) “constitui um momento de grande ajuste na vida dos pais e de elevada vulnerabilidade para a mãe, pois promover com eficácia os cuidados ao recém-nascido é por si só gerador de *stress* e incerteza” (p.137). Assim, e segundo as mesmas autoras, o enfermeiro surge como “essencial respeitando e esclarecendo dúvidas e receios na deteção e resolução de problemas, no reconhecimento e valorização do seu papel enquanto mãe e na capacitação da mulher/casal/família” (p.137).

Os temas a abordar na sessão de formação para a saúde intitulada, “Conversa com os pais: preocupações comuns no recém-nascido: cólicas, obstipação, obstrução nasal e prevenção de quedas” surgiram de interações na prestação de cuidados junto dos pais/cuidadores. Além disso, constatou-se, com a equipa de enfermagem, que estes temas eram motivos frequentes de chamadas telefónicas para o serviço nos primeiros dias após a alta hospitalar.

Acrescenta-se ainda que, num estudo realizado por Caetano et al. (2018), as cólicas e a segurança foram identificadas como motivo de preocupação para as mães, bem como a dor abdominal no recém-nascido. Também, o estudo realizado por Furtak et al. (2021), identificou os hábitos gastrointestinais e a segurança, como alguns dos temas, acerca dos quais, os pais sentem mais necessidade de informação. Já Frias & Damas (2019) identificaram o tema da segurança e da prevenção de acidentes, como uma preocupação frequente.

Ademais, no contexto de urgência, tendo em consideração a minha experiência profissional, verifica-se que estes são, também, temas relevantes e que frequentemente conduzem os pais a recorrer ao serviço de urgência. Dessa forma, considerando o Modelo de Sistema de Betty Neuman, estas temáticas poderão traduzir *stressores* vivenciados pelos pais.

Assim, na convergência do exposto, foram definidos como objetivos da sessão de formação: capacitar os pais para a gestão da cólica, obstipação e obstrução nasal do recém-nascido; sensibilizar os pais para o risco de quedas do recém-nascido e a sua prevenção; esclarecer dúvidas acerca das temáticas abordadas.

# 1. ESTRUTURA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

<b>Título</b>	“Preocupações comuns no recém-nascido: cólicas, obstipação, obstrução nasal e prevenção de quedas”								
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar os pais para a gestão da cólica, obstipação e obstrução nasal do recém-nascido</li> <li>• Sensibilizar os pais para o risco de quedas do recém-nascido e a sua prevenção</li> <li>• Esclarecer dúvidas acerca das temáticas abordadas</li> </ul>								
<b>Data da Sessão</b>	07/02/2023								
<b>Plano de Conteúdos</b>	Introdução e objetivos	A cólica infantil	Obstipação	Estratégias para o tratamento/prevenção de cólicas e obstipação	Como realizar a massagem abdominal	Obstrução nasal	Prevenção de quedas	Referências bibliográficas	Esclarecimento de dúvidas e realização da avaliação da sessão
<b>Tempo de Exposição</b>	1 min	2min	2min	3min	2min	3min	3min	1min	10min
<b>Meios/métodos Utilizados</b>	Meios audiovisuais Método expositivo participativo								
<b>Avaliação</b>	Questionário interativo ao longo da sessão Questionário geral pós término da sessão								

## **2. CONTEÚDO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE**

### **2.1. A cólica infantil**

Uma revisão da literatura realizada recentemente por Moreira et al. (2019) revelou que a cólica infantil afeta 10-40% das crianças nos primeiros meses de vida, mais frequentemente entre as 6 e as 8 semanas, constituindo 10-20% dos motivos de consulta. Por ser de difícil controlo, releva-se um motivo de elevado stress e frustração nos pais, podendo levar à exaustão parental (Ramos et al., 2014; Moreira et al., 2019; Carvalho et al., 2023). Alguns estudos realizados sugerem ainda “uma associação entre a cólica infantil e depressão materna ou abuso infantil”, mais especificamente relacionado com a síndrome de *shaken baby* (Moreira et al., 2019).

Segundo o mesmo documento, a resolução é espontânea e habitualmente ocorre entre os 3 e os 4 meses.

#### **Como saber se o recém-nascido tem cólicas?**

Apesar de cada recém-nascido poder apresentar mais ou menos sintomas, a lista que se segue reúne os sintomas mais frequentemente presentes:

- Flatulência excessiva
- Inquietação
- Irritabilidade sem causa aparente
- Sinais de dor (como flexão dos joelhos ou hipertensão do tronco)
- Choro frequente

(Moreira et al., 2019)

#### **Qual a origem da cólica infantil?**

A etiologia da cólica infantil permanece desconhecida, apontando-se algumas hipóteses como prováveis, nomeadamente:

- Imaturidade intestinal
- Dismotilidade (diminuição dos movimentos intestinais)
- Composição da flora intestinal (alguns lactobacilos podem afetar o perfil dos ácidos gordos intestinais)
- Hipersensibilidade associada a alergia alimentar

- Tabagismo materno (aumento dos níveis de motilina, proteína responsável pelo aumento da motilidade intestinal)
- Causas psicossociais (tensão familiar, ansiedade parental, interação inadequada)

(Moreira et al., 2019)

### **Que estratégias podem ser utilizadas no momento de cólica?**

- Ainda que seja uma prática comum vários estudos concluíram que o simeticone não é eficaz na diminuição da cólica infantil (Moreira et al., 2019).
- Por outro lado, existem medidas não farmacológicas que podemos utilizar, com evidência científica na melhoria da cólica, sendo a massagem abdominal uma delas (Moreira et al., 2019).
- Segundo uma recente revisão sistemática realizada por Carvalho et al. (2023) a massagem abdominal no recém-nascido, para além de ajudar no relaxamento e libertação de gases pelo mesmo, e, portanto, no alívio da cólica infantil, promove ainda o toque e a vinculação pais-recém-nascido, diminuindo o stress parental, especialmente durante a hospitalização.
- Outras estratégias práticas a utilizar que têm um impacto positivo, segundo Oliveira et al. (2018) são:
  - Manter a calma
  - Falar calmamente com o recém-nascido
  - Tentar a posição de decúbito dorsal enquanto o embala
  - Utilizar a técnica Canguru
  - Recorrer a ruídos brancos ou música de contenção

Por outro lado, segundo Guilherme (2020) o impacto da alimentação da mãe na intensidade da cólica infantil é ainda controverso, uma vez que a evidência não é consistente em relação ao grupo de alimentos a evitar.

### **Que estratégias podem diminuir a intensidade da cólica:**

- Alimentação (evitar alimentar o recém-nascido/lactente em excesso)
- Certificar-se que recém-nascido/lactente arrota
- Tente que o recém-nascido/lactente esteja mais sentado durante o aleitamento. Se estiver a fazer leite por biberão, certifique-se que a tetina se encontra preenchida de leite (assim ingerirá menos ar)

## **2.2. Obstipação**

A obstipação, “caracterizada pela diminuição do número de dejeções associado a fezes duras” provoca desconforto no recém-nascido e é um dos problemas comuns no recém-nascido e no lactente sendo algumas das causas (Oliveira et al., 2018, p.148):

- Desidratação (durante a amamentação pode ser necessário que a mãe ingira mais líquidos e aumentar a frequência das mamadas; na fase de diversificação alimentar é importante oferecer água entre refeições)
- Leite de fórmula (alguns leites de fórmula podem originar obstipação, dessa forma informe-se junto do seu pediatra, e certifique-se que está a preparar o leite na proporção certa)
- Diversificação alimentar (“Após a introdução de alimentos sólidos, o sistema digestivo do recém-nascido precisa de algum tempo para se adaptar ao processamento destes alimentos. Aposte em alimentos ricos em fibra (legumes e frutas) e reduza os alimentos obstipantes (cenoura, banana, arroz...)” (Oliveira et al., 2018, p.148).

A massagem abdominal, para além de ajudar no controlo da cólica infantil tem também um impacto positivo na mobilidade intestinal.

Além disso, é uma ótima técnica para os pais realizarem no domicílio, uma vez que é simples e “oferece bem estar ao RNPT, RN a termo e lactentes, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre o bebê e a pessoa que facilita a massagem” tendo ainda um impacto positivo na gestão do stress e relaxamento (Carvalho, 2023, p.9).

### **Como realizar a massagem abdominal?**

Existem diversas formas de realizar a massagem abdominal e os pais podem optar pela que se sentirem mais confortáveis (Carvalho et al., 2023):

- Massagem no sentido dos ponteiros do relógio (Imaginar que a barriga do recém-nascido é um relógio e com 3 dedos massajar cada uma das 4 secções)
- Massagem bicicleta (elevar suavemente os joelhos do recém-nascido até ao abdómen)

- Massagem “I love u” (desenhar as letras no sentido inverso)
- Caso a massagem não funcione, pode realizar a estimulação rectal do recém-nascido, seja através de uma compressa (passar na região anal) ou através da cânula de um microclister sem conteúdo (Hospital dos Lusíadas de Lisboa, 2021), devendo o microclister ser usado em último recurso, após o recém-nascido estar 2 dias sem evacuar e nenhuma das estratégias anteriores funcionar.

### **2.3. Obstrução nasal**

A obstrução nasal no recém-nascido e lactente é muito comum, e torna-se desconfortável uma vez que até aos 6 meses a respiração é feita essencialmente pelo nariz (Audag et al., 2022). Assim, a lavagem nasal torna-se muito importante e benéfica nesta etapa, uma vez que a evidência demonstra a redução de infeções do trato respiratório superior e complicações das mesmas. Além disso é uma estratégia considerada como segura pela evidência científica (Cabailot et al., 2020).

#### **Como deve ser feita a lavagem nasal?**

Preferencialmente com o recém-nascido na posição sentado, envolvido numa toalha ou lençol, e com o tronco ligeiramente inclinado para a frente e a cabeça ligeiramente inclinada para o lado contrário da instilação. Esta posição impede que o recém-nascido se engasgue e que o soro e o muco progridam para o ouvido e dê origem a otites.

#### **Que volume utilizar?**

Um consenso que reuniu mais de 300 profissionais de diversas especialidades e pais, definiu:

- 5-20ml até aos 6 meses
- 10-20ml dos 6 até aos 24meses

Um volume inferior a 5ml foi considerado insuficiente em qualquer idade.

(Audag et al., 2022)

#### **Quando deve ser feita?**

Não existe um limite de vezes para a realizar e deve ser feita preferencialmente antes das refeições e antes de dormir, devendo sempre avaliar a obstrução nasal no momento (Oliveira et al., 2018, p.77).

#### **2.4. Prevenção de quedas**

O relatório da APSI (Associação para a Segurança Infantil, 2022) demonstra que as quedas continuam a liderar a tipologia de acidente infantil, sendo responsáveis por 70% dos internamentos entre os 0-18anos. Além disso, um estudo realizado anteriormente, demonstrou que a maioria das quedas ocorrem no domicílio (Pessoa e Costa et al., 2014). Para evitar quedas em primeiro lugar é importante manter a vigilância do recém-nascido e lactentes.

Além disso algumas regras práticas podem ajudar a evitá-las:

- Fora do carro evite colocar a cadeira de contenção (“ovo”) em alturas (ou seja, em cima de mesas, cadeiras, sofás) mesmo que seja apenas por alguns segundos
- Na muda da fralda (seja na cama ou na muda fraldas) não deixe o recém-nascido sozinho. Para isso tente reunir todos os materiais necessários antes de começar. Em caso de necessitar de abandonar a divisão, leve o recém-nascido consigo
- Não se esqueça da utilização dos cintos (mesmo que o recém-nascido ainda não se movimente ativamente, a queda pode ser provada pelo adulto, na medida em que por exemplo, pode existir um desequilíbrio que, por sua vez leve ao desequilíbrio da cadeira de contenção (“o ovo” ou carrinho, culminando numa queda). Se os cintos estiverem adequadamente adaptados poderá prevenir esse risco.

(APSI, 2014)

### **3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

A avaliação da presente sessão englobou no total três momentos distintos. Num primeiro momento, prévio à sessão de educação para a saúde, pretendia-se compreender qual o conhecimento antecipado dos pais e cuidadores acerca das

temáticas que iriam ser abordadas. No segundo momento, posterior à sessão, pretendia-se realizar as mesmas perguntas de forma a possibilitar a comparação entre as respostas iniciais e após a sessão. Deste forma, pretendia-se aferir se a realização da sessão influenciou o conhecimento dos pais e cuidadores, ou se, pelo contrário, este se manteve inalterado. Por fim, foi ainda realizado um questionário final acerca da avaliação geral da sessão, tentando compreender a satisfação dos participantes e sugestões de melhoria (**APENDICE II**).

Os questionários acerca das temáticas foram realizados com recurso à ferramenta Ahaslides® que permite realizar questões interativas ao longo da apresentação. Previamente ao início de cada tema, era colocada uma afirmação e várias opções de seleção. Dessa forma, os participantes poderiam identificar as opções que fizessem mais sentido para si, podendo ser selecionada mais do que uma opção. Uma vez que cada pai/cuidador podia responder ao seu ritmo, ao longo da apresentação, e pelo risco de as respostas anteriores poderem influenciar as próximas, foi colocada a opção de ocultar as respostas fornecidas. Posteriormente esses slides foram apurados em percentagem e encontram-se explanados no **APENDICE III e IV**.

Dos dados colhidos dos referidos questionários ressaltam:

<b>Questão</b>	<b>Pré sessão</b>	<b>Pós sessão</b>
Em relação à gestão da cólica infantil:	-45% refere não saber que estratégias utilizar para gerir a cólica infantil -36% sente que seria um fator de stress -9% sente-se confiante neste tópico.	-55% refere conhecer estratégias - 11% refere não saber que estratégias utilizar -33% sente-se confiante - A cólica enquanto fator de stress não foi selecionada.
Ainda em relação à cólica infantil:	-75% refere que a massagem abdominal diminui a sua intensidade -12,5% refere o recurso a fármacos ser a primeira opção -12,5% aponta que é rara no RN	-100% seleciona a opção que refere que a massagem abdominal diminui a sua intensidade

<p>Em relação à obstipação no recém-nascido</p>	<p>- 70% referem estar mais associada ao LA</p> <p>-20% refere que a massagem abdominal pode ajudar a resolvê-la</p> <p>-10% refere que os microclisteres como primeira abordagem</p> <p>-0 pais selecionam a opção “conheço algumas estratégias, sem recurso a fármacos, que podem ajudar a resolvê-la”</p>	<p>- 25% seleciona a opção “sei algumas estratégias, sem recurso a fármaco que podem ajudar a resolvê-la”</p> <p>-50% dos pais seleciona a opção que refere que a massagem abdominal pode ajudar a resolver</p> <p>- 0 pais selecionam os microclisteres como primeira abordagem</p>
<p>Em relação à lavagem nasal no RN:</p>	<p>- 75% assume ter alguns receios em relação à técnica</p> <p>-12,5% refere saber como realizar a técnica corretamente</p> <p>-12,5% considera a técnica segura</p>	<p>-44% considera a técnica segura</p> <p>-33% refere saber realizar a técnica corretamente</p> <p>-22% mantém receios em relação à técnica</p>
<p>Ainda em relação à lavagem nasal:</p>	<p>- 62,5% selecionam a opção “deve ser realizada sempre que necessário</p> <p>-37,5% selecionam a opção “deve realizar-se apenas com 5ml de SF</p> <p>- Nenhum pai seleciona a opção “deve ser feita com o RN deitado”</p>	<p>-100% dos pais selecionam a opção “deve ser realizada sempre que necessário”</p>
<p>Em relação à prevenção de quedas:</p>	<p>-54,5% refere que a cadeira de contenção pode ser colocada em cima de cadeiras ou mesas</p> <p>-18% seleciona a opção que refere que os cintos de contenção só são necessários após os 6 meses</p> <p>-27% considera as quedas dos RN pouco frequentes</p> <p>-0 pais seleciona a opção “nenhuma das opções”</p>	<p>- 75% dos pais seleciona a opção “nenhuma das opções”</p> <p>-25% mantém-se a considerar as quedas nos RN pouco frequentes</p>

Em relação à avaliação global 6 participantes concordaram totalmente que as suas expectativas em relação à sessão foram cumpridas e que os temas abordados foram de encontro às suas necessidades. Os restantes 2 participantes apenas concordam com as afirmações anteriores. Além disso a totalidade dos pais concordou (2) /concordou totalmente (6) que os objetivos da sessão foram cumpridos, os meios audiovisuais utilizados foram adequados. O total de participantes concordou totalmente que a sessão permitiu a partilha de experiências e dúvidas. Por outro lado, concordam (2) /concordaram totalmente (6) que o formador demonstrou domínio adequado dos conteúdos apresentados e que a linguagem foi clara e objetiva.

## **CONCLUSÃO**

Perante os resultados obtidos, podemos concluir que a sessão de educação para a saúde influenciou o desenvolvimento de conhecimentos dos pais e cuidadores que a ela assistiram.

A partir dos questionários aplicados, alguns dos resultados obtidos foram de extrema relevância, nomeadamente no âmbito do stress (por exemplo, na gestão da cólica infantil), na diminuição do receio, em relação à lavagem nasal, bem como na aquisição de conhecimento na prevenção de quedas. Veja-se, por exemplo, no início da sessão, mais de 50% dos pais, considerava seguro colocar a cadeira de contenção em cima de superfícies altas, contudo no final da sessão nenhum pai selecionou essa opção. De todo o modo, é importante ter presente a possibilidade de os pais/cuidadores já possuírem alguns conhecimentos prévios, uma vez que a opção de realizar a lavagem nasal com SF nunca foi selecionada, nem num momento pré sessão, o que poderá, também, demonstrar um investimento da equipa neste âmbito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Audag, N., Cnockaert, P., Reychler, G., & Poncin, W. (2022). Consensus on Nasal Irrigation in Infants: A Delphi Study. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*. <https://doi.org/10.1177/00034894221112514>
- APSI (2014). Quedas com crianças e adolescentes: As estratégias de prevenção. APSI. [https://www.apsi.org.pt/images/PDF/InfoQuedas\\_site-verimpresao.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/PDF/InfoQuedas_site-verimpresao.pdf)
- APSI (2022). *Relatório de Avaliação: 30 anos de Segurança Infantil em Portugal*. APSI. [https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSIRELATORIO\\_30.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSIRELATORIO_30.pdf)
- Cabailhot, A., Vorilhon, P., Roca, M., Bousageon, R., Eschaliere, B., & Pereirad, B. (2020). Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections in infants and children: A systematic review and meta-analysis. *Paediatric respiratory reviews*, 36, 151–158.
- Caetano, A., Mendes, I., & Rebelo, Z. (2018). Maternal concerns in the postpartum period: an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (17), 149–160. <https://doi.org/10.12707/riv17074>
- Carvalho, V. da S., Silva, M. P. C., Alves, L. T. da S., Rocha, N. H. G., Contim, D., & Oliveira, N. M. L. de. (2023). Benefícios da massagem infantil em recém-nascidos e lactentes: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(1), e28212139594. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39594>
- Frias, A. A. & Damas, F. B. (2019). Preocupações maternas no momento da alta hospitalar. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, v.5, n2. p. 1846 – 1860
- Furtak, S. L., Gay, C. L., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Bolick, S. C., Lothe, B., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C. K., Sun, Y., & Franck, L. S. (2021). What parents want to know about caring for their preterm infant: A longitudinal descriptive study. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2732–2739. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.011>
- Guilherme, J., Vargas, E., Martins, G. B. S., Vaz, C. H. G. J., & Flores De Oliveira, J. (2020). Conhecimento das puérperas sobre a cólica no recém-

- nascido. *Revista Científica Da Saúde*, 2(1), 15–26.  
<https://www.researchgate.net/publication/341883355>
- Hospital dos Lusíadas de Lisboa (2021). *Guia para os pais*.  
[https://www.lusiadas.pt/sites/default/files/2021-08/L\\_GuiaPais\\_2.pdf](https://www.lusiadas.pt/sites/default/files/2021-08/L_GuiaPais_2.pdf)
  - Moreira, A. C., Castro, J. C., Barreira, J. F., & Coimbra, R. (2019). Tratamento da cólica infantil – uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(5), 367–380. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i5.12128>
  - Oliveira, C. S., Mesquita, M., Almeida, S., Zenha, R., & Figueiredo, S. (2018). Cólicas e Hábitos Intestinais. In J. Beja (Ed.), *Cuidar no primeiro ano de vida* (1st ed., pp. 136–151).
  - Oliveira, C. S., Mesquita, M., Almeida, S., W., Zenha, R., & Figueiredo, S. (2018). É normal. In J. Beja (Ed.), *Cuidar no primeiro ano de vida* (1st ed., pp. 77–85).
  - Pessoa e Costa, I., Nascimento, S. & Anjos, S. (2014). Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2013) reedição, revista e adaptada. APSI. [https://www.apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013\\_Resumo.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf)
  - Vieira, M., & Reis, A. (2017). Capacitação dos pais no pós-parto para a promoção da saúde do bebé: revisão sistemática da literatura. *Revista Da UIIPS*, 5(2), 132–142. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I: DIAPOSITIVOS DA SESSÃO**

# Preocupações comuns com o recém nascido:

CÓLICAS, OBSTIPAÇÃO,  
OBSTRUÇÃO NASAL E PREVENÇÃO  
DE QUEDAS

Realizado por: Joana Alexandra Moreno Castilho



## Índice:

- 1 Objetivos
- 2 A cólica infantil
- 3 Obstipação
- 4 Obstrução nasal
- 5 Prevenção de quedas
- 6 Referências Bibliográficas
- 7 Espaço para Dúvidas



## 1 Objetivos:

- Capacitar os pais para a gestão da cólica infantil, obstipação e obstrução nasal
- Sensibilizar os pais para o risco de quedas e a sua prevenção
- Esclarecer dúvidas acerca das temáticas



## 2 A cólica infantil:

- Afeta 10-40% das crianças nos primeiros meses de vida
- Mais frequente entre as 6 e as 8 semanas
- Stress, frustração e exaustão
- Resolução espontânea cerca dos 3-4 meses

### Sintomas

- Flatulência
- Inquietação
- Irritabilidade
- Sinais de dor
- Choro frequente

### Origem

- Imaturidade intestinal
- Dismotilidade
- Composição da flora intestinal
- Hipersensibilidade
- Tabagismo materno
- Causas psicossociais



(Carvalho et al, 2023; Moreira et al, 2019)



### 3 Obstipação:

- Tal como as cólicas, é um dos problemas comuns no recém nascido

#### Sintomas

- Diminuição do nº de dejeções
- Fezes duras
- Desconforto

#### Origem

- Desidratação
- Leite de fórmula

(Oliveira et al, 2018)

## Que estratégias pode utilizar?

#### Cólica Infantil

- **Massagem Abdominal**
- Manter a calma
- Técnica Canguru
- Ruídos Brancos
- Embalar em posição dorsal

#### Obstipação

- **Massagem Abdominal**
- Estimulação retal



(Carvalho et al 2023; Moreira et al, 2019; Oliveira et al, 2018)

## Como realizar a massagem abdominal:



Existem diversas formas de realizar a massagem abdominal.

Os pais podem optar pela que se sentirem mais confortáveis, ficam dois exemplos:

- Massagem no sentido dos ponteiros do relógio
- Massagem "I Love U"



(Carvalho et al, 2023)



## 4 Obstrução nasal:

- Muito frequente nos primeiros dias de vida
- Até aos 6 meses a respiração é feita essencialmente pelo nariz



### Lavagem nasal: segura e eficaz

#### Posicionamento

- Sentado
- Tronco ligeiramente inclinado
- Cabeça ligeiramente inclinada para o lado contrário à instilação

#### Quantidade de SF

- 5-20ml até aos 6 meses
- 10-20ml dos 6 até aos 24 meses

#### Frequência

- Antes das refeições
- Antes de dormir
- Consoante avaliação da obstrução



(Audag et al, 2022; Cabailot et al, 2020; Oliveira et al, 2018)

## 5 Prevenção de quedas:

- A quedas são responsáveis por 70% dos internamentos infantis entre os 0-18 anos

(ASIP, 2022)



### Como preveni-las?

- Coloque o ovo no chão
- Não deixe o recém-nascido sozinho
- Utilize os cintos e adapte-os adequadamente

(ASIP, 2014)



## 7. Espaço para Dúvidas

## 6 Referências Bibliográficas:



- APSI (2022). Relatório de Avaliação: 30 anos de Segurança Infantil em Portugal. APSI. Disponível em: [https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSII\\_RELATORIO\\_30.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSII_RELATORIO_30.pdf)
- APSI (2014). Quedas com crianças e adolescentes: As estratégias de prevenção. APSI. Disponível em [https://www.apsi.org.pt/images/PDF/InfoQuedas\\_site-verimpresao.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/PDF/InfoQuedas_site-verimpresao.pdf)
- Audag, N., Cnockaert, P., Reychler, G., & Poncin, W. (2022). Consensus on Nasal Irrigation in Infants: A Delphi Study. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*. <https://doi.org/10.1177/00034894221112514>
- Cabaillet, A., Vorilhon, P., Roca, M., Boussageon, R., Eschalié, B., & Pereirad, B. (2020). Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections in infants and children: A systematic review and meta-analysis. *Paediatric respiratory reviews*, 36, 151–158.
- Carvalho, V. da S., Silva, M. P. C., Alves, L. T. da S., Rocha, N. H. G., Contim, D., & Oliveira, N. M. L. de. (2023). Benefícios da massagem infantil em recém-nascidos e lactentes: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(1), e28212139594. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39594>
- Guilherme, J., Vargas, E., Martins, G. B. S., Vaz, C. H. G. J., & Flores De Oliveira, J. (2020). Conhecimento das puérperas sobre a cólica no recém nascido. *Revista Científica Da Saúde*, 2(1), 15–26. <https://www.researchgate.net/publication/341883355>
- Moreira, A. C., Castro, J. C., Barreira, J. F., & Coimbra, R. (2019). Tratamento da cólica infantil – uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(5), 367–380. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i5.12128>
- Oliveira, C. S., Mesquita, M., Almeida, S., Zenha, R., & Figueiredo, S. (2018). Cólicas e Hábitos Intestinais. In J. Beja (Ed.), *Cuidar no primeiro ano de vida* (1st ed., pp. 136–151).
- Oliveira, C. S., Mesquita, M., Almeida, S., W., Zenha, R., & Figueiredo, S. (2018). É normal. In J. Beja (Ed.), *Cuidar no primeiro ano de vida* (1st ed., pp. 77–85)

## **APÊNDICE II: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO: Conversa com os pais

**Sessão de Formação:**

**Formador:**

A perspetiva dos pais e cuidadores e a avaliação da sessão de educação é verdadeiramente importante, uma vez que fomenta uma melhoria contínua do desenvolvimento para futuras sessões.

Deste modo solicitamos a sua colaboração para colocar um (X) no local que considera mais adequado, nos tópicos seguintes.

**1** – Discordo totalmente; **2** – Discordo; **3** – Não concordo, nem discordo; **4** – Concordo; **5** – Concordo totalmente.

Relativamente aos seus conhecimentos iniciais e expectativas:

<b>Apreciação global</b>	1	2	3	4	5
As suas expectativas em relação a esta sessão foram cumpridas.					
Os temas abordados foram de encontro às suas necessidades enquanto mãe/pai/cuidador.					

Relativamente ao funcionamento da sessão de educação:

<b>Apreciação global</b>	1	2	3	4	5
Os objetivos da sessão foram cumpridos.					
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados.					
A sessão permitiu a partilha de experiências e dúvidas.					
O formador demonstrou domínio adequado dos conteúdos apresentados.					
A linguagem foi clara e objetiva.					

Sugestões

---

---

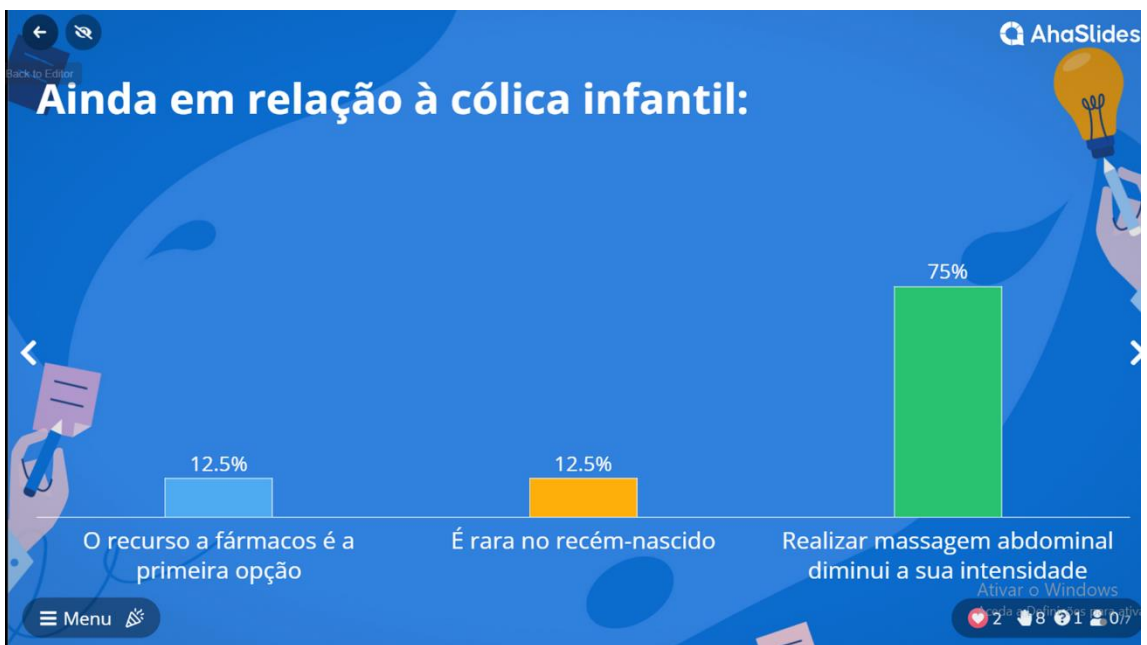
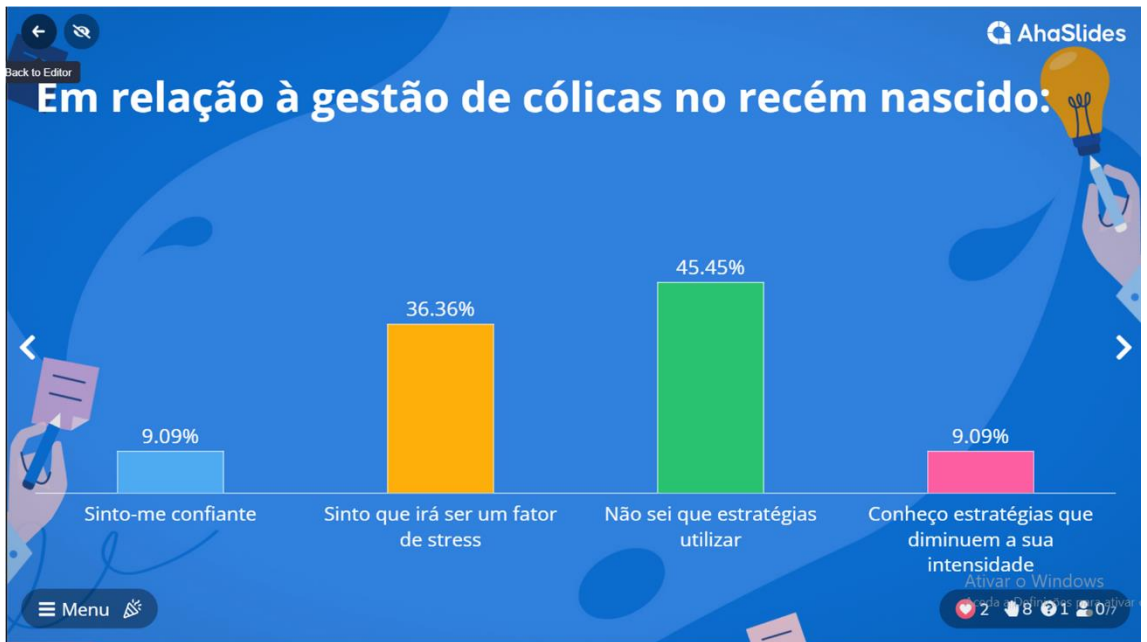
---

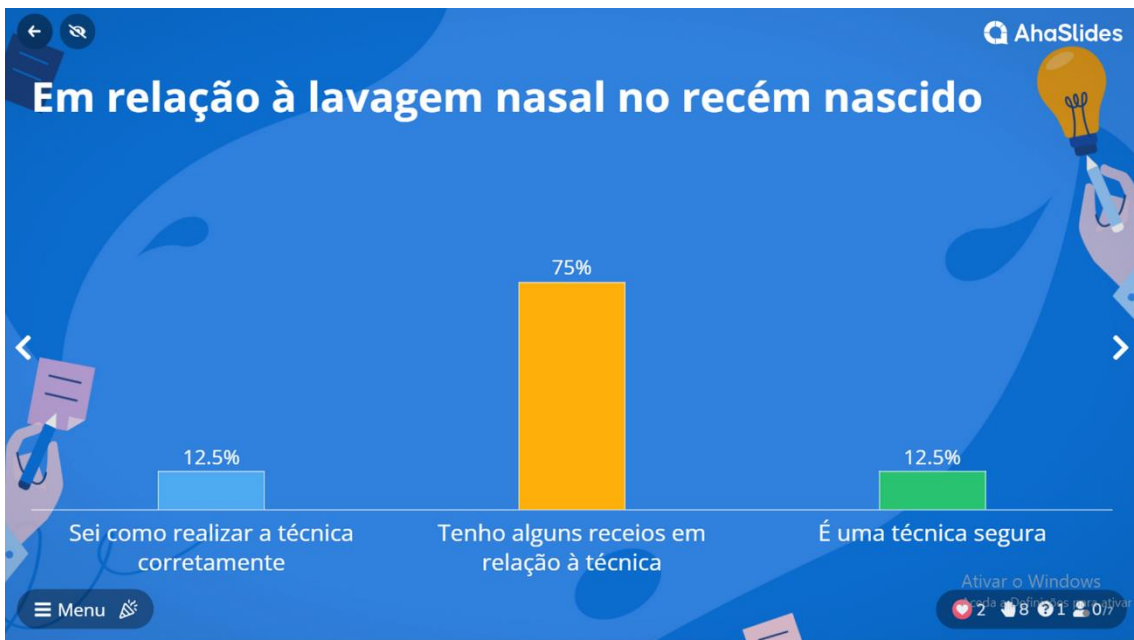
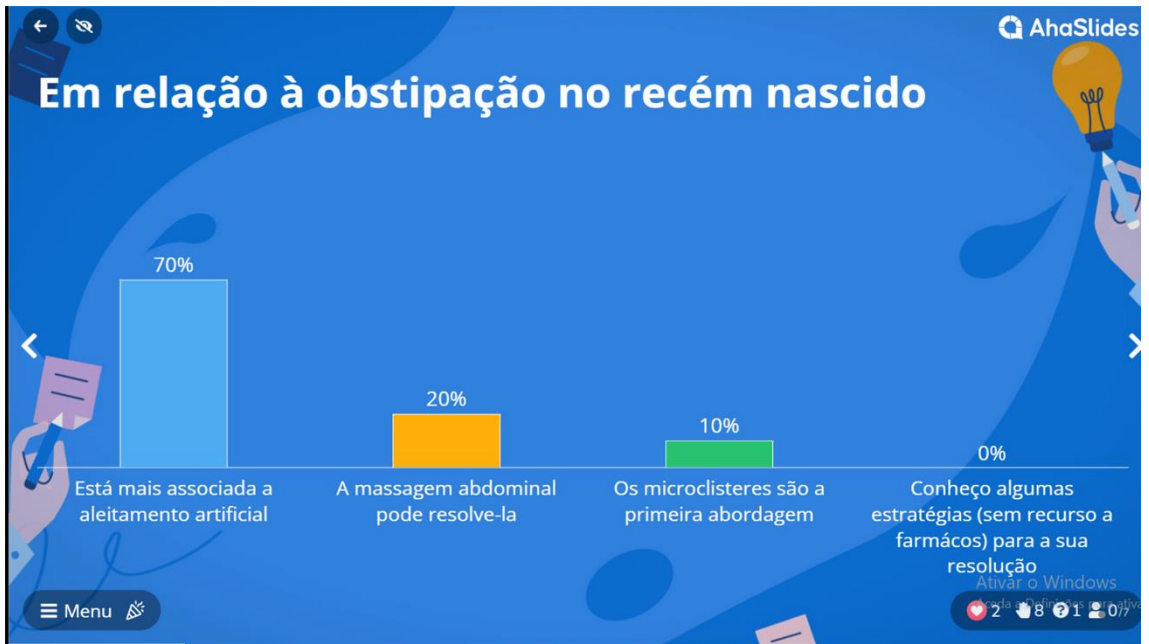
---

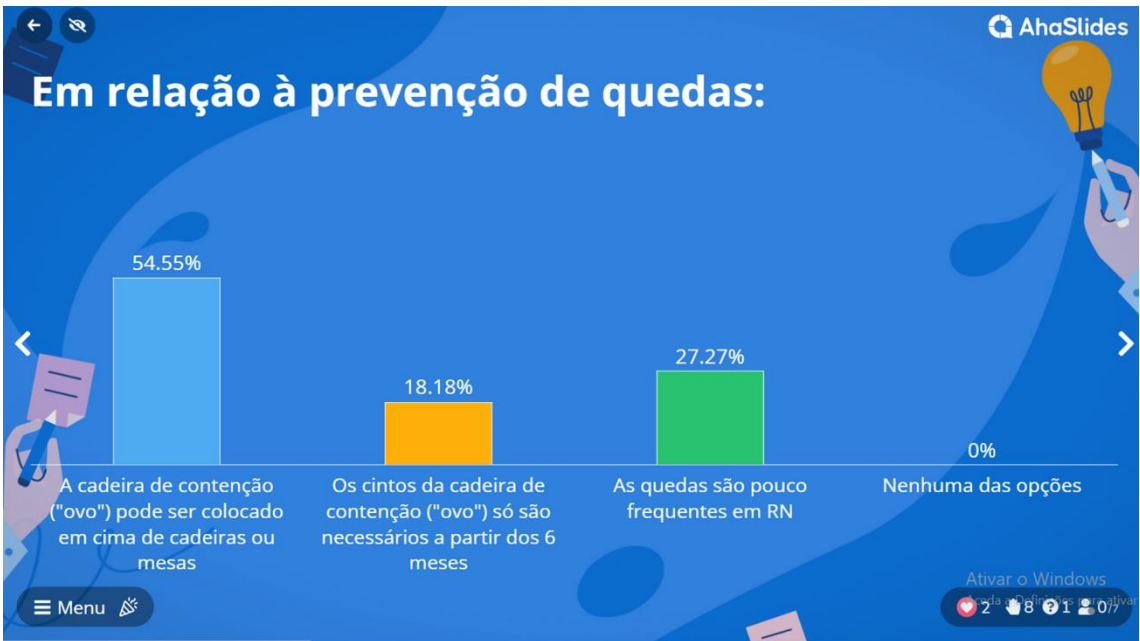
---

Obrigada!

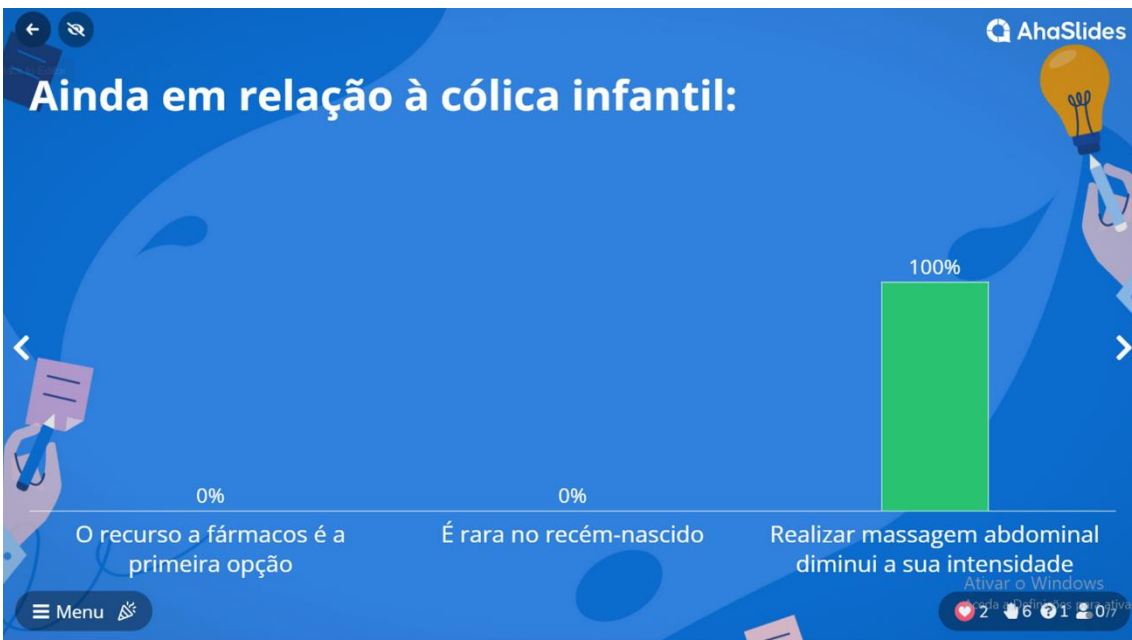
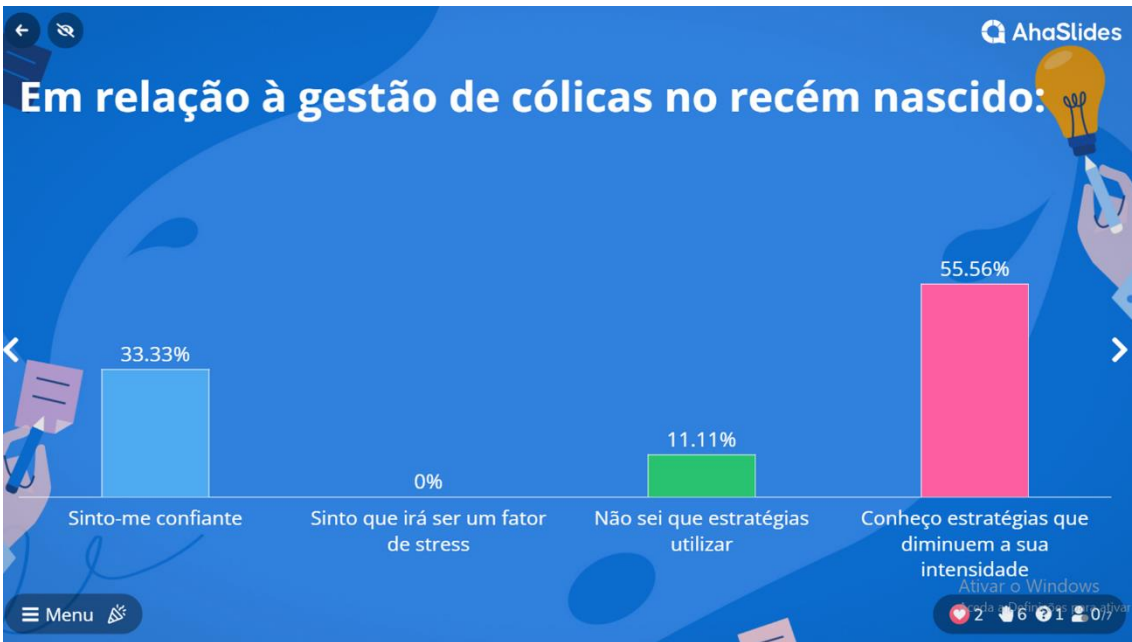
**APÊNDICE III – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO PRÉ  
SESSÃO**

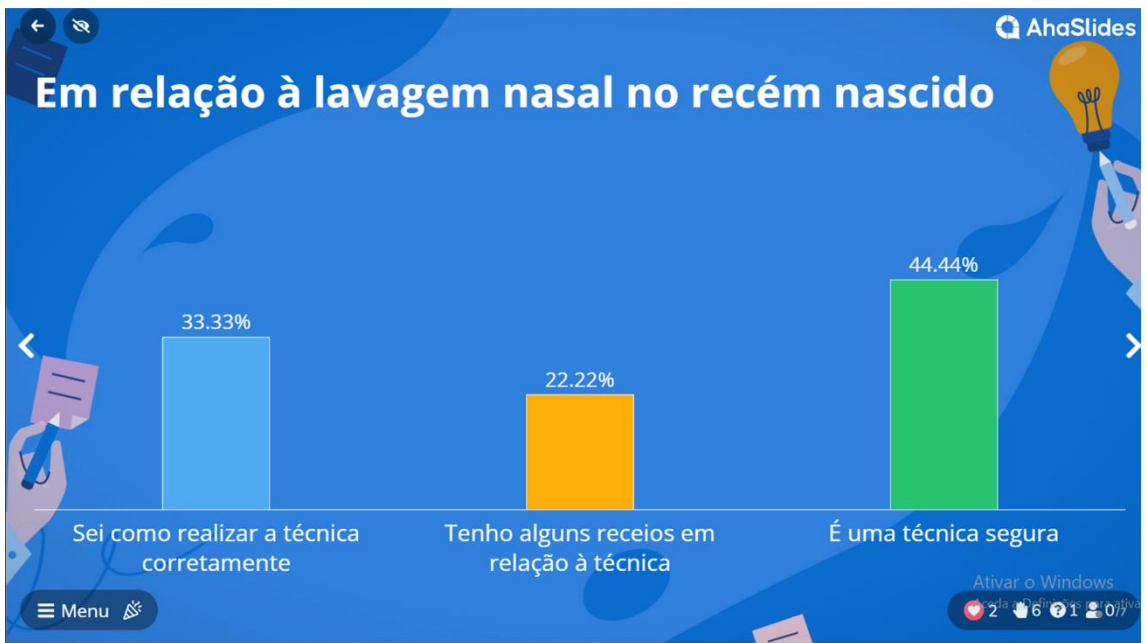
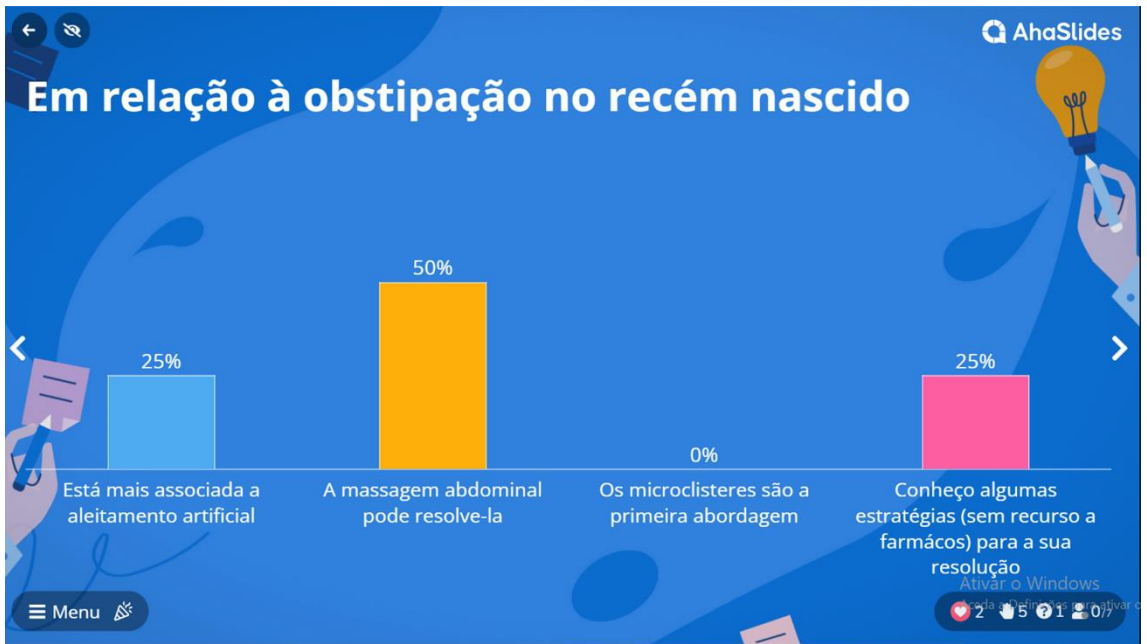


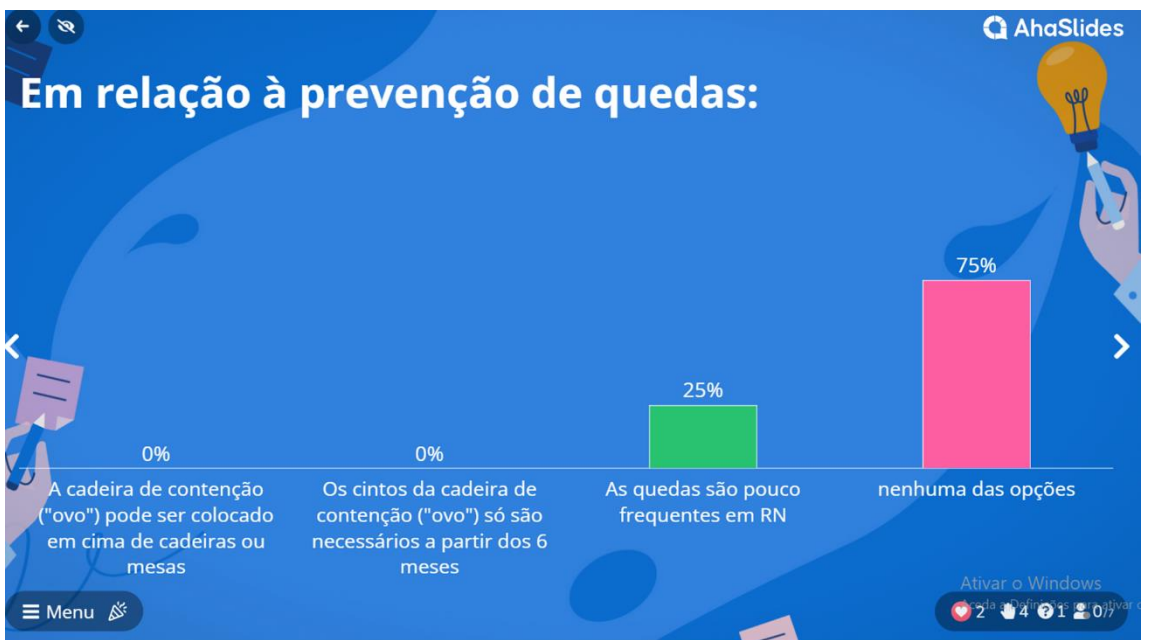
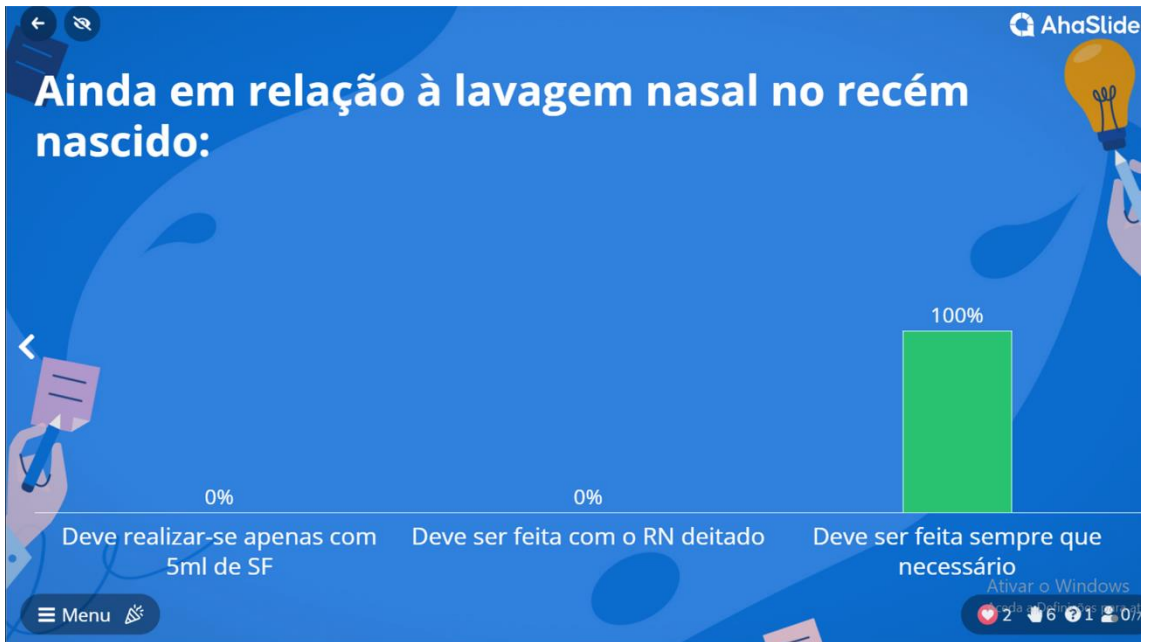




**APÊNDICE IV: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO PÓS  
SESSÃO**







**APÊNDICE V: FOLHETO OFERECIDO AOS PAIS NO FINAL DA  
SESSÃO**

I AM A SUPER MOM/ A  
SUPER DAD

I PARTICIPATED IN THE SESSION  
"CONVERSA COM OS PAIS" ON  
07/02/2023



SOU UMA SUPER  
MÃE/UM SUPER PAI

PARTICIPEI NA SESSÃO "CONVERSA  
COM OS PAIS" NO DIA 07/02/2023



**APÊNDICE XVIII: JORNAL DE APRENDIZAGEM NA UNIDADE  
DE CUIDADOS NEONATAIS**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**JORNAL DE APRENDIZAGEM NA UNIDADE DE  
CUIDADOS NEONATAIS**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**



**Lisboa,  
fevereiro, 2023**

## INTRODUÇÃO

Os maus tratos infantis podem ter na sua génese um conjunto de fatores de risco, que podem ser ou não, intrínsecos à criança ou à sua família. Alguns dos fatores de risco associados à criança são nascimento prematuro/ baixo peso, ser um filho não desejado e a existência de doença crónica ou perturbações do desenvolvimento (DGS, 2011). Já a respeito dos pais, cuidadores e família, o défice de competências parentais, bem como perturbações emocionais, mentais ou físicas e uma família disfuncional podem contribuir para o aumento da probabilidade de ocorrência de maus tratos infantis (DGS, 2011, p.14).

Posto isto, o simples facto de um recém-nascido se encontrar internado numa unidade de cuidados neonatais acarreta, por si só, alguns fatores de risco, tais como a prematuridade, a vinculação insegura pela separação pais-recém-nascido, e o risco de perturbações do desenvolvimento (Froés et al., 2020). Assim, é preponderante que o EESIP, direcione e conheça estes fatores de risco e *stressores*, com o intuito de os diminuir ou, pelo menos, atenuar o seu impacto no sistema recém-nascido-família.

O presente jornal de aprendizagem traduz a reflexão acerca de uma situação de risco familiar, vivenciada ao longo do período de estágio, na unidade de cuidados neonatais. Recorreu-se ao ciclo reflexivo de Gibbs, que contempla a descrição da situação, os pensamentos e os sentimentos, a avaliação, a análise e conclusão e, por fim, o plano de ação futuro.

### 1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE CUIDADOS

Ainda que tenham existido algumas situações que mereceram ser alvo de reflexão enquanto futura EESIP, existiu uma em particular, acerca da qual decidi realizar o presente jornal de aprendizagem.

O “S”, recém-nascido pré-termo de baixo peso, nasceu com 32 semanas de idade gestacional e um quilo e trezentas gramas de peso, APGAR 6,8,9, sem necessidade de reanimação neonatal. De referir, em relação à história obstétrica, que existiu um absentismo a nível das consultas pré-natais. O “S” foi acolhido na unidade de cuidados neonatais, praticamente no início do período de estágio, o que me permitiu acompanhar toda a evolução da sua situação.

Os pais do “S”, mãe “A” e pai “R”, de 18 e 19 anos, respetivamente, eram muito cuidadosos e afetuosos nos dias em que compareciam no internamento. Ao longos dos diferentes turnos, a equipa foi observando, com estranheza, algumas das

interações entre os pais e o recém-nascido. Estes não cumpriam muitas vezes as rotinas da unidade e as necessidades do recém-nascido, apesar de lhes terem sido explicadas várias vezes, interrompendo o sono do “S” para lhe dar colo, ou, até mesmo, não parecendo compreender a necessidade do ruído reduzido, colocando música em volume elevado junto do “S”. Além disso, a Sra. “A” e o Sr. “R” apresentavam condições de higiene débeis.

Num dos turnos, os progenitores trouxeram ao S. um presente. Tratava-se de um poema e de um cavalo de madeira feito pelos mesmos. O poema encontrava-se escrito com o auxílio de uma régua de abecedário e os desenhos eram semelhantes aos que poderíamos associar a uma criança em ensino primário, pintados com os dedos. Tendo em conta as diferentes interações, a equipa começou a ficar apreensiva quanto à perspectiva de alta para domicílio do “S” e tentou contactar a restante família, a fim de compreender quais seriam as condições para o receber em domicílio. Além disso, tentou-se, ainda, compreender se existiria competência e/ou suporte por parte de alguma das avós ou familiares, para auxiliar no cuidado ao “S”. Contudo, após serem ambos contactados, apenas compareceu na visita uma bisavó, que apesar de muito carinhosa, apresentava já uma idade avançada e “pouca saúde” (sic). Apurou-se assim, a partir de informação fornecida pela família, e através de acesso ao processo, que ambos os pais tinham o diagnóstico de oligofrenia.

Numa das interações em que pude interagir com a Sra. “A” encontrávamo-nos ambas sozinhas na sala, estando prestes a auxiliá-la na amamentação, e esta perguntou-me “é bonito não é ele?”, acenei com um sorriso e seguidamente perguntei-lhe se sempre tinha querido ter um filho, ao que esta me retornou com um sorriso e afirmou que o “R” também gostava muito e, apesar de não estarem “a tentar” (sic), ficaram ambos muito felizes. Uma vez que o pai do S. não se encontrava presente, perguntei-lhe se este viria mais tarde, a Sra. “A” afirmou que o Sr. “R” “...não sabe andar de transportes, perde-se (...) tenho de ser eu a ir ao encontro dele...” (sic), acrescentando “ele trabalha sabe? Para ganhar dinheiro para nós, monta palcos... o patrão vai buscá-lo a casa, porque ele não consegue lá ir ter (...) é um trabalho novo (...) ele teve outros, muitos (...) mas não eram bons (...) era sempre preciso ter carro, e ele não tem. Também não tem a carta” (sic). Enquanto terminava a frase pude ver que esta se encontrava com fâcias triste, pelo que perguntei se teriam ajuda, para cuidar do “S”, procurando compreender quais seriam as condições no momento da alta. A Sra. “A” disse prontamente “sim, ele vai ficar comigo e com a minha família, eu não quero sair da minha casa, gosto de ter a minha mãe, assim ela pode ajudar-me

(...) ele [o pai] fica na casa da mãe, ele também gosta de viver com a mãe (...) e depois vai lá vê-lo” (sic).

Apreensiva com esta situação, ao retornar junto da enfermeira orientada transmiti-lhe as informações recolhidas, sendo realizado um plano de cuidados de enfermagem ajustado às necessidades e especificidades identificadas. Os enfermeiros explicavam os cuidados mais vezes, e de uma forma adaptada ao nível de compreensão da família. Além disso, tentavam que o enfermeiro responsável pelo “S” nesse turno, dispusesse de mais tempo, para a realização de educação para a saúde e acompanhamento nos cuidados ao “S”, sendo responsável por um número inferior de RN.

Foi ainda realizada a referenciação para o gabinete de apoio social, para tentar compreender quais seriam as condições sociais e habitacionais desta família. Mais tarde, foi percebido que esta já se encontrava referenciada e que as condições habitacionais eram poucas e os habitantes demasiados. Foi ainda referido que existiriam mais crianças com idade inferior a um ano, descendentes dos diferentes irmãos da Sra. “A”, e que estas crianças não teriam um seguimento nas consultas de vigilância preconizadas. Identificou-se ainda que os irmãos menores da “A” e do “R” apresentavam absentismo escolar.

Apesar dos esforços de toda a equipa, a prestação de cuidados dos pais, ao “S”, continuava insegura, requerendo, sempre, supervisão contínua, sob pena de ser colocado em risco o bem-estar e integridade do “S”.

Tendo em conta a avaliação, foi decidido que o “S” não poderia ter alta para domicílio, mas sim para uma instituição.

## **2. PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

Esta situação tornou-se particularmente especial no meu percurso formativo, na medida em que, por um lado, se refere ao tema central do projeto construído, e por outro lado, a pude acompanhar desde o início, até ao final do estágio. Participei ativamente na educação para a saúde à Sra. “A” e ao Sr. “R” e observei como eram carinhosos com o “S”, bem como entre eles. Percebi também o quanto se esforçavam para prestar cuidados da forma que lhes explicavam que seria a correta, apesar de nem sempre o conseguirem fazer. Acima de tudo senti tristeza e sentimento de impotência. Pensei que se a Sra. “A” e o Sr. “R” tivessem nascido noutra condição, ou tivessem sido apoiados previamente talvez o “S” não tivesse de iniciar a sua vida numa

instituição. Senti-me, também, algo frustrada com a impossibilidade de ajudar esta família de outro modo, que já se encontrava sinalizada, mas que continuava a viver numa habitação sobrelotada, com poucas condições.

Parte de mim sentiu-se ainda dividida, entre a proteção do “S” e necessidade de ser institucionalizado e o posterior sofrimento da Sra. “A” e do Sr. “R”, também, recentemente, e também a necessitar de suporte.

De referir que a exploração de pensamentos e sentimentos em situações como esta torna-se de grande importância, uma vez que o cuidar em enfermagem “não pode ficar indiferente às emoções humanas pois a relação enfermeiro cliente implica a compreensão da experiência humana das emoções, e a sua partilha e gestão adaptativa” (Diogo et al., 2020, p. 44). No entanto, é fundamental que o enfermeiro regule as suas próprias emoções, contribuindo esta análise de sentimentos para a sua gestão (Diogo et al., 2020).

### **3. AVALIAÇÃO**

Em primeiro lugar, esta situação fez-me pensar na importância do projeto que iniciei e de como me sinto atraída por esta temática, bem como no meu desejo pessoal de intervir no apoio às famílias e à parentalidade. Além disso, o facto de se tratar de uma situação identificada numa unidade de cuidados neonatais, reforça a importância de uma intervenção precoce, podendo esta ser desenvolvida desde o nascimento, ou até antes e sempre que se identifiquem fatores de risco, tal como ocorreu.

Seguidamente, considero que, apesar da situação não ter tido o desfecho que idealizava, atendeu, ao que foi considerado o melhor interesse da criança, pelo menos tendo em conta as circunstâncias do momento na qual ocorreu. Lopez e Lara (2021) dizem-nos que as orientações a seguir em situação de vulnerabilidade priorizam o acolhimento pela própria família e somente quando este não é possível, se deve recorrer ao acolhimento residencial (p.49). De facto, a equipa conseguiu trabalhar de modo multidisciplinar e realizar uma avaliação familiar, bem como, junto de outras entidades detetar uma referenciação já existente. Procurou-se ainda, junto da família alargada, encontrar uma solução que não a institucionalização do “S”. No entanto, apesar de tal não ter sido possível, o superior interesse do “S” foi tido em consideração.

De referir que um dos pontos positivos foi o facto de na unidade existir por hábito a realização de uma nota de alta de enfermagem distinta da usual. Nessa nota,

o recém-nascido fala na primeira pessoa, e refere o que gosta e o que não gosta, e também as suas competências, o que já é capaz de fazer e o que ainda precisa de estimulação. Além disso, são abordados os seus hábitos alimentares e intestinais para dar a conhecer o recém-nascido à instituição. Na minha perspetiva, esta nota de alta, aproxima o recém-nascido dos cuidadores na instituição, dando a conhecer as singularidades do mesmo que o tornam mais único.

#### **4. ANÁLISE E CONCLUSÃO**

Ainda que o “S” não vivenciasse uma situação de mau trato, esta situação apresentava diversos fatores de risco para que tal acontecesse, tal como a prematuridade e baixo peso, bem como a possibilidade de apresentar uma doença crónica ou perturbação do desenvolvimento. Ademais, os pais do “S” são ambos portadores de um problema de saúde, que não lhes permite ser autónomos e cuidar de um ser, sem suporte e/ou supervisão, acrescendo que a sua situação habitacional e económica não aparenta ser adequada e/ou estável. Apenas o Sr. “R” se encontra empregado e este emprego nem sempre é estável, uma vez que já teve diversos e, pela sua condição, segundo a Sra. “A” acaba por ser despedido. Além disso o “S” iria habitar na casa da Sra. “A” com a restante família numerosa, com poucas condições e onde as restantes crianças não possuem um acompanhamento de saúde linear, bem como, frequência escolar de acordo com o preconizado.

Por outro lado, nas diferentes interações, era frequente os pais deixarem o “S” sem supervisão em cima da bancada muda fraldas e não cumprirem os cuidados neuro protetores importantes com a promoção do sono e do desenvolvimento, o que coloca questões quanto à segurança, bem-estar e integridade do recém-nascido.

A institucionalização de uma criança ocorre sempre que existam “condições de perigo suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento” e é o último recurso de salvaguarda da criança (Carvalho, 2013, p.4). Este acolhimento residencial realiza-se numa “entidade que disponha de instalações, equipamento de acolhimento e recursos humanos permanentes, devidamente dimensionados e habilitados, que lhes garantam os cuidados adequados” (Lei nº 147/99). Cabe referir que este “acolhimento institucional é necessariamente uma condição transitória, que deve centrar-se na ideia do futuro e na definição do projeto de vida da criança ou jovem, tendo em vista a sua futura autonomia e (re)integração social e familiar” (Carvalho, 2013, p.4).

Dessa forma, tendo em conta as circunstâncias, existiu como foco o interesse superior do “S”, protegendo-o de uma possível situação de risco, através de uma intervenção precoce, tendo sido seguidos os princípios orientadores da intervenção espelhados pela Lei nº147/99.

## **5. PLANEAR A AÇÃO**

Pereira-Mendes (2016) refere que “o exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro” uma vez que, ao refletirmos sobre acontecimentos e vivências podemos preparar-nos melhor para situações semelhantes que venham a ocorrer (p.3). Assim, retiro desta situação a necessidade de acompanhar antes do parto, ou melhor, o mais precocemente possível, e da preparação prévia dos pais para uma necessidade de institucionalização do filho, para que, também, eles possam obter o apoio necessário e adequado. Ademais, realço ainda a importância da articulação entre profissionais, tão cedo quanto possível, para colmatar todas as necessidades e que, concomitantemente, seja favorável ao apoio às famílias e à parentalidade.

A prática reflexiva “tem como intencionalidade consubstanciar a pessoa estudante, na sua construção pessoal, mas necessariamente no desenvolvimento de competências, num registo profissional”, pelo que importa abordar as competências adquiridas ao longo da interação e análise da mesma (Pereira-Mendes, 2016, p.5). Esta situação, fez com que, também, trabalhasse várias competências de EESIP, nomeadamente a nível da articulação com outros profissionais, deteção precoce de situações de risco, bem como a adequação da linguagem e educação para a saúde que vão ao encontro das unidades de competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco quem possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e “E3.3. Comunica com a criança/família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193-19194). Além disso esta análise contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências comuns de especialista tal como a competência “D1- Desenvolvimento o autoconhecimento e a assertividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, M. J. L. (2013). *Sistema Nacional de Acolhimento de Crianças e Jovens*. Fundação Calouste Gulbenkian. [https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/52Est\\_Sistema\\_Nac\\_Acolhimento\\_Crianças\\_Jovens.pdf](https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/52Est_Sistema_Nac_Acolhimento_Crianças_Jovens.pdf)
- Diogo, P., Costa, A. I., & Almeida, T. (2020). Trabalho emocional em enfermagem: uma revisão scoping sobre os contextos de cuidados pediátricos. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 43–64.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, DGS. [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus\\_tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus_tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
- Fróes, G. F., Mendes, E. N. W., Pedroza, G. de A., & Cunha, M. L. C. (2020). Stress experienced by mothers of preterm newborns in a neonatal intensive care unit. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190145>
- Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. Assembleia da República. Diário da República, I série (N.º 175, 8 de setembro de 2015), 7198-7232. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 147/99 (1999). Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Assembleia da República. Diário da República, I série A (N.º 204, 1 de setembro de 1999), 6115-6132. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>
- López, M. L & Lara, N.M. (2021). Fatores que influenciam a tomada de decisão dos profissionais em situações de desproteção na infância. In Magalhães, E. & Baptista, J (Coords). *Acolhimento familiar de crianças e jovens em perigo- Manual para profissionais* (pp. 49-58). Pactor
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série (nº26 de 6/02/2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pereira-Mendes, A. (2016). Reflective Practice in the Clinical Learning: Earnings for the Building of the Nursing Thinking. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

**APÊNDICE XIX: NA UNIDADE DE CUIDADOS NEONATAIS:  
ANÁLISE REFLEXIVA**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**NA UNIDADE DE CUIDADOS NEONATAIS: ANÁLISE  
REFLEXIVA**

**Joana Alexandra Moreno Castilho, nº 6217**

---

**Lisboa,  
fevereiro, 2023**

## ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

Ao longo deste quinto e último contexto, manteve-se a trajetória para a aquisição de competências do EESIP, integrando os conhecimentos previamente adquiridos e aplicando-os na prática. Por se tratar de um contexto singular e desconhecido para mim em termos de estágio ou exercício profissional, esta experiência revelou-se profundamente enriquecedora em termos de conhecimento e aprendizagens. Nesse sentido, foram desenvolvidas competências específicas relacionadas à atuação do EESIP no cuidado ao recém-nascido, alinhando-se com o projeto previamente estabelecido.

Tendo em conta os objetivos de estágio estabelecidos: 1) apreciação com enfoque nas preocupações, medos, ansiedade e *stressores* presentes na família em contexto de internamento em neonatologia, 2) participação colaborativa nas intervenções de enfermagem promotoras do *empowerment* da família em situações de especial complexidade, estimulando o envolvimento dos pais na participação dos cuidados ao RN e 3) promoção da parentalidade e da vinculação pais-RN, procurou-se numa fase inicial do contexto, e após a integração nas rotinas do serviço, compreender os *stressores* que poderiam ter impacto na família.

Com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, ao identificar os *stressores* presentes para as famílias, o enfermeiro pode atuar de forma a minimizar o seu impacto ou diminuir a sua recorrência (Neuman & Fawcett, 2011). Desta forma procurou-se, não só compreender quais os *stressores* existentes, como a origem desses *stressores*, com vista a direcionar as intervenções de enfermagem às reais necessidades do cliente pediátrico.

Após uma análise inicial, verificou-se que se tratava de um ambiente que suscitava elevado nível de stress nos pais. Diariamente, constatavam-se mães emocionalmente fragilizadas junto às incubadoras, e alguns pais evitavam mesmo comparecer na unidade. Ao questionar as enfermeiras, estas mencionaram que tais situações eram frequentes e que, à medida que o tempo de internamento se prolongava, a presença dos pais tendia a diminuir. Esta realidade suscitou reflexões sobre os fatores geradores de stress para os pais e possíveis determinantes para a aparente reduzida frequência de sua presença na unidade. Paralelamente, foram procuradas estratégias para mitigar esses fatores.

Para Froés et al. (2020) o nascimento de um filho prematuro é por si só gerador de *stress* parental. Os mesmos autores acrescentam que a necessidade de permanência no internamento altera a dinâmica familiar e “requer adaptação ao novo

papel (...) outras responsabilidades, competências e saberes específicos” (p. 8). Ademais, a literatura disponível refere que, o *stress* parental aumenta, principalmente quando o recém-nascido se encontra numa unidade de cuidados intensivos, associado ao temor dos pais em interferir nos cuidados do filho ou criar vínculo com um recém-nascido que poderá não sobreviver (Furtak et al., 2021).

Esta insegurança na prestação de cuidados durante o internamento pode mesmo comprometer o exercício da parentalidade aquando da alta (Furtak et al., 2021). Além disso, a vinculação precoce pode ficar comprometida pela separação física precoce entre os pais e o recém-nascido e as barreiras físicas associadas à unidade, como a incubadora, a monitorização e os procedimentos invasivos (Månsson et al., 2019; Furtak et al., 2021; Veenendaal et al., 2022). Månsson et al. (2019) sublinham que para a criação da vinculação é necessária proximidade entre o binómio, dessa forma cabe repensar que fatores podem contribuir para que tal se estabeleça.

Um estudo internacional levado a cabo por Veenendaal et al. (2022), procurou reunir fatores facilitadores e barreiras à proximidade pais-bebé em quarenta e cinco unidades de cuidados intensivos neonatais. As barreiras encontradas foram de diferentes âmbitos, destacando-se aqui dois deles, a infraestrutura e os recursos humanos.

A respeito da infraestrutura, a grande maioria das unidades de cuidados neonatais não se encontravam próximas do internamento das puérperas, existindo mesmo uma separação por edifício em alguns casos. É igualmente referido que a unidade de internamento é, muitas vezes, um espaço pequeno, com pouco conforto para os pais permanecerem junto do recém-nascido. Esta barreira também está presente, na unidade onde o estágio decorre, visto que apenas se encontrava disponível um cadeirão por incubadora. Ademais, o internamento de puerpério encontrava-se noutra piso, sendo necessário muitas vezes a ajuda de terceiros para que a mãe possa comparecer na unidade nos primeiros dias. Por outro lado, no estudo em apreço foi referida a escassez de recursos humanos, bem como o facto de alguns profissionais não se encontrarem tão recetivos aos cuidados centrados na família e à parceria de cuidados com os pais (Veenendaal et al., 2022).

A respeito das estratégias facilitadoras, foram destacadas intervenções como a promoção do contacto pele a pele – fortemente implementada na unidade onde o estágio decorre -, e o envolvimento parental durante a prestação de cuidados (Veenendaal et al., 2022).

Para além de se apresentar como uma estratégia promotora da presença dos pais na unidade, o contacto pele a pele, também designado como método canguru, demonstrou ter igualmente um efeito positivo para o recém-nascido e para os pais (Cho et al., 2016; Raiskla et al., 2017). No recém-nascido é descrito um aumento de peso, melhoria do crescimento e desenvolvimento, redução da hipotermia e alta precoce. Já nos benefícios associados aos pais é referido uma diminuição do *stress* e melhoria da interação pais-filho (Cho et al., 2016; Gupta et al., 2021; Raiskla et al., 2017).

Já o envolvimento parental nos cuidados durante o internamento do recém-nascido tem sido, cada vez mais, promovido nas diferentes unidades de cuidados neonatais. Este envolvimento encontra-se ancorado na filosofia do cuidado centrado na família e na parceria de cuidados, referenciais dos cuidados de enfermagem pediátricos (Veenendaal et al., 2022). De referir, ainda, que estudos recentes comprovam o seu impacto positivo na diminuição do stress parental, na potenciação da vinculação e da alta precoce, bem como no *empowerment* dos pais e sentimento de utilidade sentido pelos mesmos (Furtak et al., 2021; Pineda et al., 2018).

O neuro desenvolvimento do recém-nascido pode ser comprometido pelas experiências na unidade de cuidados intensivos neonatais. Estes cuidados são definidos por Altimier e Philips (2016) como as intervenções utilizadas para auxiliar o cérebro em desenvolvimento ou para facilitar o cérebro após uma lesão neuronal prevenindo a morte celular e promovendo a sua reconstituição através de novas conexões. O Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal desenvolvido pelas autoras, foca sete medidas neuro protetoras alvo de atenção e intervenção pelos enfermeiros, são elas: ambiente terapêutico, parceria com as famílias, posicionamento e toque, salvaguardar o sono, minimizar o stress e a dor, proteger a pele e, por fim otimizar a nutrição (Altimier & Philips, 2016). Nesta linha de pensamento, importa refletir que no presente Estágio, foi possível aplicar, de certo modo, as sete medidas neuro protetoras.

Estas intervenções concorrem, também, para o objetivo geral do projeto, que diz respeito à prevenção dos maus tratos, uma vez que uma vinculação insegura, é considerada um fator de risco para a sua ocorrência. Assim, neste contexto a promoção da vinculação torna-se ainda mais relevante, uma vez que como já descrito anteriormente, esta pode encontrar-se prejudicada pelo ambiente que rodeia o sistema criança-família. Ademais, o nascimento de um recém-nascido prematuro com

baixo peso, emerge, igualmente, como um fator de risco, associando-se à possibilidade elevada ocorrência de doenças crônicas (CNPDCJR, 2011, p.33).

Além do referido e assente no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, foi realizada uma sessão de educação para a saúde para os pais, com enfoque na prevenção primária e nos cuidados antecipatórios, em que foram abordados temas referidos por estes como fatores de stress e nos quais sentiam dúvidas e insegurança. Desta forma, de certo modo, foi possível, contribuir para o aumento do *empowerment* familiar.

Em suma, ao longo do percurso de estágio, além de outros objetivos, procurou-se “a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização e/ou vivências de situações de risco/doença crónica” um dos elementos que distingue o EESIP, do Enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.6).

A respeito das competências comuns de enfermeiro especialista, a competência A2 foi desenvolvida através da proteção dos direitos humanos, pela identificação de situações de risco e respetivo encaminhamento, tal como abordado no jornal de aprendizagem realizado neste contexto.

Além disso, ao participar no encaminhamento dos pais para o gabinete de psicologia, pude desenvolver a competência comum de enfermeiro especialista C1 relativa à gestão de cuidados, otimizando a resposta e a articulação na equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748). Por outro lado, foram igualmente reunidas bases para aquisição da competência D2, “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” através da realização de um questionário de avaliação pós sessão de educação para a saúde “Conversas com os pais”, inexistente no serviço. Contribuindo, assim, igualmente para a melhoria contínua da qualidade, num projeto já existente no serviço e indo de encontro das necessidades expressas pela equipa de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por fim, a construção desta reflexão, contribui para o desenvolvimento do autoconhecimento, referido na competência D1, uma vez que me permitiu analisar a aquisição de competências a atingimento de objetivos propostos inicialmente.

Já a respeito das competências específicas do EESIP, destacam-se a unidade de competência E3.1. através da promoção de cuidados neuro protetores, cuja finalidade visa a maximização do desenvolvimento harmonioso do recém-nascido e prevenção de complicações. Ademais, cabe reforçar ainda o desenvolvimento da unidade de competência E3.2 relacionada com a promoção da “vinculação de forma

sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194). Esta aquisição foi conseguida através da promoção do método de canguru, amamentação e envolvimento parental nos cuidados, que, tal como referido acima, são intervenções promotoras da vinculação pais-recém-nascido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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>
- Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. (2011). *Guia de orientações para os profissionais da acção social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Guia+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+Profissionais+de+A%C3%A7%C3%A3o+Social/5c6dc372-e12b-4b84-a462-38eccc5a6e85>
- Cho, E. S., Kim, S. J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M., & Lee, S. (2016). The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and Maternal Stress. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 430–438. <https://doi.org/10.1016/J.PEDN.2016.02.007>
- Fróes, G. F., Mendes, E. N. W., Pedroza, G. de A., & Cunha, M. L. C. (2020). Stress experienced by mothers of preterm newborns in a neonatal intensive care unit. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190145>
- Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 110, Issue 8, pp. 2310–2315). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/apa.15913>
- Månsson, C., Sivberg, B., Selander, B., & Lundqvist, P. (2019). The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 677–687. <https://doi.org/10.1111/scs.12663>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série (n.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série (n.º 26 de 6/02/2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Pineda, R., Bender, J., Hall, B., Shabosky, L., Annecca, A., & Smith, J. (2018). Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. *Early Human Development*, 117, 32–38. <https://doi.org/10.1016/J.EARLHUMDEV.2017.12.008~>
- Veenendaal, N. R., Labrie, N. H. M., Mader, S., van Kempen, A. A. M. W., van der Schoor, S. R. D., van Goudoever, J. B., Bertino, E., Bhojnagarwala, B., Bodrogi, E., Bohlin, K., Bracht, M., Bühner, C., Domellöf, M., Embleton, N., Endl, C., Ertl, T., Funke, S., Gangi, S., Garg, S., ... Zabakas, K. (2022). An international study on implementation and facilitators and barriers for parent-infant closeness in neonatal units. *Pediatric Investigation*, 6(3), 179–188. <https://doi.org/10.1002/PED4.12339>
- Raiskila, S., Axelin, A., Toome, L., Caballero, S., Tandberg, B. S., Montirosso, R., Normann, E., Hallberg, B., Westrup, B., Ewald, U., & Lehtonen, L. (2017). Parents' presence and parent–infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 106(6), 878–888. <https://doi.org/10.1111/apa.13798>

**ANEXOS**

**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA  
1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO CIDNUR, NURSING  
TRENDS: RESEARCH FOR A BETTER HEALTH**

# Certificado

A Comissão Organizadora da **1ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022**, certifica que a comunicação livre Programas formativos de prevenção e controlo da violência contra crianças: protocolo de scoping review da autoria de Joana Guarda-Rodrigues; Odete Lemos e Sousa; Joana Castilho; Maria Pires; Eva Menino foi apresentada e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 07 de outubro de 2022.

Lisboa, 12 de outubro de 2022





A Coordenadora do CIDNUR  
Andreia Jorge Silva da Costa



**ANEXO II: RESUMO DA COMUNICAÇÃO “PROGRAMAS  
FORMATIVOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA VIOLÊNCIA  
CONTRA CRIANÇAS: PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*”,  
*PUBLICADA NA REVISTA PENSAR ENFERMAGEM***

## Programas formativos de prevenção e controlo da violência contra crianças: protocolo de *scoping review*

Juana Guardo-Rodríguez<sup>1</sup>  
 [orcid.org/0000-0002-9373-9410](https://orcid.org/0000-0002-9373-9410)

Odete Lemos e Sousa<sup>2</sup>  
 [orcid.org/0000-0002-3722-7466](https://orcid.org/0000-0002-3722-7466)

Juana Carrilho<sup>3</sup>  
 [orcid.org/0000-0003-0991-088X](https://orcid.org/0000-0003-0991-088X)

Maria Pires<sup>4</sup>  
 [orcid.org/0000-0003-2840-7331](https://orcid.org/0000-0003-2840-7331)

Eva Merino<sup>5</sup>  
 [orcid.org/0000-0002-6761-9364](https://orcid.org/0000-0002-6761-9364)

<sup>1</sup>Professor adjunto, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

<sup>2</sup>Professor adjunto, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

<sup>3</sup>Enfermeira generalista, Urgência Pediátrica, Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria.

<sup>4</sup>Professor adjunto, Escola Superior de Saúde Atlântica

<sup>5</sup>Professor adjunto, UCP de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária.

**Autor de correspondência:**  
 Juana Guardo-Rodríguez  
 E-mail: [juana.guardo@ceod.es](mailto:juana.guardo@ceod.es)

### Resumo

#### Introdução

A violência contra crianças é um problema de saúde global de alta prevalência e as suas consequências, muitas vezes duradouras e intergeracionais, têm um impacto devastador, conduzindo a uma extensa gama de problemas de saúde e sociais. Aos profissionais de saúde é requerida qualificação e intervenção no domínio da promoção dos direitos e proteção das crianças, quer através da identificação e combate à violência e aos maus tratos a crianças, como no apoio às famílias e à parentalidade.

#### Objetivo

Mapear os programas formativos com recurso a tecnologia, para profissionais de saúde, com enfoque na prevenção e no combate à violência contra crianças.

#### Método

*Scoping review* proposta pelo Joanna Briggs Institute. Assim, serão definidos os critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto (PCC). Relativamente à estratégia de pesquisa e identificação dos estudos, serão utilizadas as seguintes bases de dados eletrónicas: *MEDLINE Complete* (via PubMed), *CINAHL Complete* (via EBSCO), *Psychology and Behavioral Sciences Collection* (via EBSCO), *ERIC* (via EBSCO), *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (via EBSCO), *MedicLatina* (via EBSCO), *SCOPUS*, *Web of Science*. Para a pesquisa de estudos não publicados e literatura cinzenta, a pesquisa será realizada nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, *OpenGrey* e *National Grey Literature Collection*. A pesquisa realizar-se-á em três etapas.

Os resultados da pesquisa nas bases de dados serão exportados para o gestor de referências *Mendeley Desktop*, através do qual serão identificados e removidos os registos duplicados. Para facilitar o arquivamento, a organização e a seleção dos artigos, recorrer-se-á à plataforma *Rayyan QCRI*. A elegibilidade dos documentos será realizada pela análise do título e/ou resumo. Este processo será desenvolvido por pelo menos dois revisores independentes, recorrendo-se a um outro revisor para clarificar divergências. Os documentos que cumpram os critérios de elegibilidade delineados passam para a fase seguinte, a leitura integral. Os resultados obtidos após a triagem serão apresentados de acordo com as recomendações do PRISMA-ScR. A extração e síntese dos dados será realizada com recurso a instrumentos desenvolvidos pelos revisores.

#### Resultados e Discussão

Pretende-se que a *scoping review* resultante deste protocolo responda ao objetivo formulado, através do mapeamento e caracterização dos programas formativos com recurso a tecnologia, para profissionais de saúde, com enfoque na promoção e proteção dos direitos da criança e combate aos maus-tratos e violência contra crianças.

#### Conclusões e Implicações

Almeja-se que a *scoping review* constitua um ponto de partida para análise e sistematização das principais evidências existentes sobre programas formativos com recurso a tecnologia.



gia, dirigido a profissionais de saúde, com enfoque na prevenção e controlo da violência contra crianças, bem como se afigure como um contributo de suporte à análise das práticas clínicas e para o desenho de um programa formativo de aperfeiçoamento da qualificação e intervenção dos profissionais na promoção dos direitos da criança.

### Palavras-Chave

Maus-Tratos Infantis; Violência Infantil; Profissionais de Saúde; Enfermagem Pediátrica; Tecnologia Educacional; Revisão.

### Referências

1. Durmaz YC, Coban PT, Soylemez TE, Aktas H. Effectiveness of the training provided to healthcare professionals in Turkey to recognise the symptoms and risks of child abuse and neglect. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2022 Sep;30(5):e1898-906. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34725883/>
2. End Violence Against Children. INSPIRE [Internet]. 2022. Available from: <https://www.end-violence.org/inspire>
3. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
4. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros, Resolução do Conselho de Ministros nº112/2020. *Diário da República*: 1.a série, nº245. [Internet] 2020 [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/112/2020/12/18/p/dre/pt/html>
5. Walsh K, Eggins E, Hine L, Mathews B, Kenny MC, Howard S, et al. Child protection training for professionals to improve reporting of child abuse and neglect. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2022 Jul;7(7):CD011775. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35788913/>

**ANEXO III: PÓSTER “PARENTALIDADE E EDUCAÇÃO NÃO  
VIOLENTA: ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA UMA  
INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
INFANTIL E PEDIÁTRICA” APRESENTADO NO X ENCONTRO DE  
BENCHMARKING DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

