



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: Referenciação da Criança e Jovem em Situação de Risco

MARISA MOREIRA FURTADO PASTOR

Relatório de estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orientada pela Professora Doutora Goreti Marques e pela Professora Mestre Sofia Silva e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Dezembro de 2022
Porto

"Você nunca sabe a força que tem.
Até que a sua única alternativa é ser forte"
(Johnny Depp)

DEDICATÓRIA

Quero dedicar este presente relatório ao meu Pai, mesmo já não estando presente, é uma força de inspiração, obrigada pelo ensino e dedicado durante toda a tua existência.

Ao Fábio, meu companheiro de todas as aventuras, por estares ao meu lado em todos os momentos difíceis em especial durante todo este percurso.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras Goreti Marques e Sofia Silva por toda a disponibilidade, incentivo e ajuda na concretização deste relatório.

Às Enfermeiras Orientadoras que me acolheram nos locais estágio e me transmitiram o seu conhecimento e experiências profissionais.

Aos meus colegas de turma, Diana, Carlos, Catarina e Inês que me acompanharam neste percurso, tornando este processo repleto de boas partilhas.

À minha colega e amiga Salomé pela amizade e companheirismo em todo este percurso.

Aos meus colegas do Serviço de Urgência, Luís, Dorine e Eunice pela ajuda imprescindível durante toda a realização deste relatório.

À Mónica, à Cátia e à Sofia Amaral, pela ajuda nesta etapa.

A todos, muito Obrigada!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APAV	Associação Apoio à Vítima
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EDIN	Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
FLACC-R	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised
IP	Intervenção Precoce
NACJR	Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NHACJR	Núcleo Hospital Apoio a Crianças e Jovens em Risco
LPCJP	Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
N-PASS	Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SAVP	Suporte Avançado de Vida Pediátrico
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

RESUMO

Introdução: Os maus tratos a crianças/jovens constituem um problema de saúde pública com repercussões físicas e psicológicas a curto e a longo prazo, pelo que é fundamental sensibilizar e capacitar os enfermeiros para atuarem como entidades de primeira linha na deteção precoce, sinalização e prevenção dos maus tratos.

Objetivo: Elaborar uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso formativo e de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos diversos contextos da prática clínica e posteriormente realizar uma Revisão Integrativa da Literatura e a devida proposta de intervenção para dar resposta às necessidades encontradas.

Metodologia: Foi realizada uma análise crítico-reflexiva e posteriormente uma Revisão Integrativa da Literatura com recurso a bases de dados, cumprindo critérios de inclusão e exclusão definidos previamente.

Resultados: Foram desenvolvidas capacidades de acordo com a prática baseada na evidencia, adquirindo assim competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Através da realização da Revisão Integrativa da Literatura foi possível identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na referenciação da criança e jovem em situação de risco. Esta engloba a formação de grupos de trabalho nos diversos contextos da prática clínica, ministrada aos pares, bem como a outros profissionais que contactam com crianças, abordando as tipologias, os respetivos sinais e sintomas, o conhecimento das Leis, protocolos e diretrizes hospitalares e a correta referenciação.

Conclusão: Com a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica conclui-se que estas são fundamentais para a prestação de cuidados a crianças/jovens dentro dos seus contextos familiares. O conhecimento sobre esta temática leva-nos à correta referenciação, sendo fundamental a formação aos profissionais que lidam com crianças/jovens para que estes possam ser referenciados da melhor forma.

Palavras Chaves: Maus-tratos Infantis; Abuso; Criança em Risco; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Introduction: Mistreatment of children/young people is a public health problem with physical and psychological repercussions in the short and long term, which is why it is essential to raise awareness and train nurses to act as first-line entities in early detection, signaling and prevention of mistreatment.

Objective: To elaborate a critical-reflexive analysis on the training course and acquisition of competences of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health in the different contexts of clinical practice and subsequently carry out an Integrative Literature Review and the appropriate intervention proposal to respond to the needs found.

Methodology: A critical-reflexive analysis was carried out and subsequently an Integrative Literature Review was carried out using databases, fulfilling previously defined inclusion and exclusion criteria.

Results: Skills were developed according to evidence-based practice, thus acquiring skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing. By carrying out the Integrative Literature Review, it was possible to identify the interventions of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing in the referral of children and young people at risk. This includes the formation of working groups in the different contexts of clinical practice, given to peers, as well as to other professionals who have contact with children, addressing the typologies, the respective signs and symptoms, knowledge of the Laws, protocols and hospital guidelines and the correct referencing.

Conclusion: With the acquisition of skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, it is concluded that these are fundamental for the provision of care to children/young people within their family contexts. Knowledge on this topic leads us to the correct referencing, being essential to train professionals who deal with children/young people so that they can be referenced in the best way.

Keywords: Child Abuse; Abuse; Child at Risk; Nurse Specialist in Child and Pediatric Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	11
1.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	14
1.1.1 Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	14
1.1.2 Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	20
1.1.3 A assistência a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde....	23
2. REVISÃO INTEGRATIVA.....	28
2.1 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	28
2.1.2 Criança/jovem em risco/perigo	29
2.1.3 Maus-tratos infantis.....	31
2. METODOLOGIA	33
3.1 RESULTADOS	34
3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	37
3.3 DISCUSSÃO	38
3.3.1 Conhecimento dos profissionais sobre tipologia dos maus tratos crianças/jovens.	38
3.3.2 Conhecimento sobre o encaminhamento e legislação dos maus tratos crianças/jovens.....	39
3.3.3 Barreiras para não prosseguir com a denúncia dos maus tratos crianças/jovens	40
3.3.4 Necessidade de formação a profissionais sobre a temática maus tratos crianças/jovens.....	41
4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
APÊNDICES.....	56
APÊNDICE I – FORMAÇÃO: MAUS TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS	57
APÊNDICE II- PROCEDIMENT IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS/JOVENS COM SUSPEITA DE MAUS TRATOS	97
APÊNDICE III- FOLHETO INFORMATIVO SOBRE OS MAUS TRATOS	114

INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção para o desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil Pediátrica (EESIP), intitulado por “Referenciação da Criança e Jovem em situação de Risco”, surge no âmbito da Unidade Curricular do Modulo IV: Relatório - inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sendo apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. O mesmo tem como objetivo geral conhecer qual a intervenção do EESIP na referenciação de crianças/jovens em situação de risco. No que concerne aos objetivos específicos pretende: i) descrever de forma crítica, as atividades desenvolvidas no contexto clínico segundo as competências do EESIP; ii) analisar da prática com base na evidência científica, utilizando como metodologia de pesquisa a Revisão Integrativa da Literatura.

A escolha da temática referenciação de crianças/jovens em situação de risco emerge da realização dos estágios clínicos, onde foi possível constatar a escassez de informação sobre esta temática.

O significado de criança/jovem em risco, demonstra que existe um estado de vulnerabilidade que se não for superado, pode vir a determinar um perigo futuro para o/a mesmo(a). Segundo a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2011), situações de risco implicam um potencial perigo para a concretização dos direitos da criança. Deste modo, o Decreto de nº147/99 de 1 de setembro, sobre a Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, quando aplicado à criança tem por objetivo garantir o bem-estar e desenvolvimento integral da mesma.

Os maus tratos infligidos a crianças/jovens é uma problemática de grande relevância em todas as sociedades, sendo, por esse motivo, pertinente a realização de investigação que vise uma melhor compreensão desta temática e consequente intervenção ajustada a esta realidade.

Qualquer forma de provocar maus tratos coloca a criança/jovem em perigo e o EESIP deverá intervir para promoção dos direitos e proteção da(o) mesma(o). As intervenções do EESIP vão de encontro ao superior interesse da criança/jovem, devendo intervir na sua segurança promovendo a privacidade. A prestação de cuidados de enfermagem à criança e família em risco/perigo, enquadra-se numa das competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) pois a este compete a

identificação de situações de risco para a criança/jovem e assistência da criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este projeto constitui-se inicialmente por uma análise crítico-reflexiva das intervenções desenvolvidas nos contextos dos ensinos clínicos, que conduziram à aquisição das competências que caracterizam o título profissional de EESIP, fundamentada com evidência científica. Segue-se a Revisão Integrativa da Literatura, onde consta a justificação da temática, o enquadramento teórico bem como todos os passos inerentes à mesma: (metodologia, resultados, discussão e conclusão) Por último, será apresentada proposta de intervenção, considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas neste relatório.

1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX e os cuidados de enfermagem prestados a criança e família exigem técnica baseada na evidência científica. O Enfermeiro Especialista é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que designa que é da sua competência o reconhecimento científico, técnico e humano para a prestação de cuidados de enfermagem especializados (OE, 2019). Estes possuem competências comuns e transversais em todas as áreas de atuação, ligadas ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo do processo formativo no contexto dos ensinamentos clínicos na neonatologia, internamento de pediatria médica e cirúrgica, serviço de urgência pediatria (SUP), cuidados de saúde primários (CSP) e centro de desenvolvimento infantil, todas as competências gerais do enfermeiro especialista foram adquiridas.

Relativamente ao domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal, a nossa intervenção** foi sempre de acordo com as características específicas da criança, família e comunidade, respeitando os seus direitos, humanos. Tendo assim por base, o Código Deontológico do Enfermeiro, a Convenção Mundial sobre os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada, alguns documentos pelos quais os EESIP se regem durante a sua prestação de cuidados. Para além destes documentos, todos os locais de estágio encontravam-se dotados de normas e procedimentos específicos dos quais durante a prática clínica foram respeitados, garantindo assim a melhor resposta às necessidades emergentes a cada criança e família. Os cuidados individualizados foram respeitados, bem como os aspetos culturais e sociais. É quando das admissões nos internamentos de Pediatria que se inicia a aquisição desta competência, onde é questionado aos pais e às crianças, através de um questionário pré-definido, sobre as suas crenças, hábitos entre outros. Nesta fase é dado a conhecer quais os serviços e valências que o Hospital possui para dar resposta às necessidades das crianças e dos pais. Relativamente à alimentação, esta é ajustada de acordo com o gosto da criança e as suas crenças culturais, exceto quando existem restrições.

A privacidade de cada criança deve ser respeitada, e estas devem ser tratadas com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias (European Association for Children in Hospital, 1988). Todas as crianças têm direito à sua privacidade, por isso durante a

prestação de cuidados em todos os estágios clínicos o mesmo foi tido em conta. Para tal, foram utilizadas estratégias como o uso de cortinas e, quando possível, a porta era mantida fechada durante as consultas de saúde infantil e na realização de procedimentos invasivos.

Nos cuidados de saúde primários foi dada a possibilidade de o adolescente entrar sem acompanhamento familiar numa fase inicial, para que este pudesse falar de algum assunto que não queira abordar junto dos pais.

No domínio da qualidade dos cuidados, o EESIP deverá garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e promover práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (OE, 2019). Neste sentido, o Enfermeiro Especialista durante a sua prática deverá realizar o levantamento das necessidades de modo a planear e implementar programas de melhoria contínua. Durante os estágios, o planeamento de formação dos serviços foi ajustado às necessidades dos mesmos. Após o levantamento das necessidades, foi proposta a realização de uma sessão de formação sobre a temática dos maus tratos nos CSP, no estágio realizado no SUP foi proposta a elaboração de um procedimento de identificação e encaminhamento de crianças/jovens em perigo. Os projetos foram implementados nos respetivos serviços, o que nos leva a concluir a aquisição de competências neste domínio.

O domínio da gestão de cuidados engloba duas competências, a própria gestão dos cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa, a articulação na equipa de saúde, a adaptação da liderança, e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Mororó et al. (2017) salienta que para os cuidados de enfermagem possam ser de qualidade, a gestão deverá ser realizada e para a sua concretização é necessário planear, organizar de forma segura e abrangente.

A gestão de equipas é sem dúvida de extrema importância para que os cuidados sejam prestados de forma segura. O papel do Enfermeiro Gestor ou mesmo do Enfermeiro Responsável de Turno é fundamental para a concretização dos cuidados. Durante a prática clínica houve oportunidades de aprendizagem junto das chefias, não sendo possível aplicar uma vez que requer responsabilidades acrescidas. No SUP a gestão do stock dos fármacos é realizada pelo EESIP, pelo que foi possível colaborar com o mesmo, garantindo o fornecimento correto da medicação. A gestão do carro de emergência também é uma função do EESIP e foi efetuada revisão de validades e reposição.

A organização do turno é efetuada após a passagem de turno em ambos internamentos e no SUP, onde é realizada a divisão das crianças por Enfermeiro. A prestação de prioridades é realizada e discutida com os Enfermeiros tutores. No internamento de Pediatria os cuidados são priorizados inicialmente às crianças que vão ser intervencionadas cirurgicamente e de seguida as que vão realizar exames complementares de diagnóstico. Já no SUP a priorização é realizada através da *Triagem de Manchester*.

Na Neonatologia, a priorização é realizada conforme definido com os pais no dia anterior, pois devido à pandemia, estes não podiam estar presentes durante a noite. Desta forma, é articulado com os pais a disponibilidade de virem dar o banho, permitindo prestar outros cuidados atendendo sempre aos pedidos dos pais e às necessidades da criança. No contexto dos CSP, a gestão é realizada através do sistema informático onde o EESIP tem competências para agendar as consultas de vigilância de saúde infantil. Assim, no dia anterior é possível organizar e planear o dia seguinte, uma vez que antes do turno terminar é realizado levantamento do próximo dia.

Uma correta gestão e liderança é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. A aquisição de competências na gestão dos cuidados constitui uma mais valia, sendo fundamental para uma intervenção de qualidade e eficiência. Todas as atividades realizadas nos diferentes contextos assistenciais têm por base a gestão de cuidados, pelo que esta competência foi adquirida com êxito.

Por fim no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deverá desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. No final de cada estágio clínico foi realizada uma síntese crítico-reflexiva de todas as atividades realizadas. Estas reflexões ajudaram no crescimento quer pessoal quer profissional. A prática clínica é baseada na evidência científica, e, sendo a Pediatria é uma área vasta e o conhecimento está em constante atualização, há a necessidade de acompanhar a sua evolução.

Ao longos dos diferentes contextos de estágio foram desenvolvidas várias atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do EESIP, e que passaremos a descrever em seguida.

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

O perfil das competências de EESIP é descrito pela OE (2018), e diz respeito: i) ao cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; ii) prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem e iii) assistir à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. Para cada competência é descrito também as unidades de competência e critérios de avaliação. Durante os estágios estas competências foram adquiridas de forma positiva consolidando assim todas as aptidões enquanto EESIP. Em seguida, passaremos a abordar as competências do EESIP adquiridas nos campos de estágio, bem como a sua fundamentação científica.

1.1.1 Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade é uma competência do EESIP (OE, 2018), desempenhando, assim, um papel fundamental no cuidado às crianças em risco de vida, toda as suas intervenções interferem diretamente com a condição e qualidade de vida destas crianças (Nascimento et al., 2017).

A abordagem à criança em situação crítica é considerada um desafio ímpar, pois para cada caso é necessário uma avaliação minuciosa. Esta avaliação e o devido tratamento da criança é baseado nas características fisiológicas e anatómicas, razão pela qual é importante o EESIP identificar e reconhecer estas especificidades, de forma a intervir adequadamente (Marques, 2019).

Numa situação de perigo de vida para a criança, o EESIP deve incluir a família neste processo uma vez que é benéfico para as mesmas, pois a família é a principal fonte de força e apoio (American Academy of Pediatrics, 2012).

Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e de risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados, é uma unidade de competência. Durante o estágio no SUP, frequentemente o EESIP enfrenta situações de grande complexidade. A atuação deverá ser rápida e adequada a cada situação. Neste contexto de prática clínica, foi presenciada uma emergência pediátrica num lactente de um mês, com história de engasgamento no domicílio, que terá entrado em paragem respiratória seguido de paragem cardíaca. A atuação da equipa foi de imediato, seguindo o algoritmo de Suporte

Avançado de Vida Pediátrico (SAVP). Após cerca de dez minutos de reanimação a criança recuperou pulso e foi encaminhada posteriormente para o internamento de intensivos neonatais. Esta situação não é comum neste serviço, mas poderá ocorrer, provocando sempre momentos de stress e ansiedade à equipa de enfermagem, sendo fundamental o EESIP possuir conhecimentos e habilidades em SAVP, saber como atuar e quando atuar.

A presença da família durante o processo de reanimação é muitas vezes tema de discordância entre as equipas de reanimação devido a complexidade da situação. No entanto, a sua presença durante a reanimação pode trazer benefícios, uma vez a família ajuda a compreender o que aconteceu, facultando dados importantes na assistência e intervenções prestadas durante todo o processo, e a sua presença pode ainda facilitar o processo de luto (Barreto et al., 2020). Por outro lado, as equipas também acreditam que não incluir a família, está relacionada com sua a proteção, uma vez que é uma situação desconfortável, perturbadora e traumatizante, e este sentimento impede que a família lide de forma adequada com a situação, podendo assim afetar o processo de reanimação (Kocaaslan et al., 2020). Perante esta dualidade de opiniões, na unidade onde realizamos estágio inicialmente, numa situação de grande complexidade não era permitida a entrada da família na sala de reanimação, porém, após estabilização da criança autoriza-se a sua entrada. A comunicação com a família foi sempre uma importante estratégia utilizada durante a reanimação. Nesta primeira fase era questionado o que aconteceu, quais os procedimentos a realizar e expectativas dos tratamentos, promovida sempre a escuta ativa. Após reanimação permitia-se a entrada da família, onde se dava espaço e tempo para esta se adaptar à situação de doença.

A presença do EESIP durante todo este processo é fundamental pelo que é destacado um elemento da equipa de reanimação para prestar apoio à família.

Após o processo de reanimação, o EESIP deverá possuir conhecimentos e capacidades de “dignificação da morte” e dos processos de luto. A comunicação de más notícias deverá ser facilitadora, uma vez que faz parte das suas competências abordar com a família após uma situação de grande complexidade. Esta comunicação é uma tarefa difícil para os EESIP por razões éticas e mesmo pela gravidade da situação. Por outro lado, temos os pais/família que vão receber esta notícia, e que estarão emocionalmente alterados. A mesma irá ter um impacto negativo na vida desta família, levando a uma mudança drástica na vida e nas perspetivas futuras da família (Santos, 2017).

A comunicação deve ser clara e detalhada o suficiente para uma fácil compreensão, fazendo-se acompanhar de termos que a família reconheça. O nível de instrução, cognição, cultura e idade da família são fatores que influenciam a recepção da mensagem (Zanon et al., 2020). Para além da comunicação o EESIP deverá intervir junto da família, baseando-se em três níveis: apoio, aconselhamento e terapêutica. É importante ter conhecimento dos apoios da instituição e da comunidade para dar continuidade ao apoio a estas famílias (Barbosa & Neto, 2010). Quando confrontadas com estas situações ao longo dos estágios, prestamos apoio aos pais promovendo sempre que possível um ambiente tranquilo, com poucas pessoas e normalmente longe dos filhos, para que os pais pudessem expressar e falar sobre os seus sentimentos. A oferta de ajuda psicológica foi sempre abordada, cabendo aos pais a decisão final de solicitar ou não ajuda disponibilizada. A comunicação de más notícias poderá estar relacionada com uma simples alteração da condição de saúde da criança, como poderá ser devido à sua morte. A morte é vista como um enigma. A evolução deste tema tem vindo a ser modificado com o passar do tempo, deixando de ser um fenómeno natural e passando a ser um acontecimento indesejado. Segundo Teixeira (2018), a morte em pediatria é um incidente crítico, inesperado e provoca um impacto emocional aos profissionais. Por sua vez, a morte de um filho causa um desequilíbrio na família (Reis et al., 2021).

No SUP, lidar com a morte é mais provável acontecer do que nos restantes campos de estágio. Desta forma o EESIP de estar preparado para lidar estas situações e desenvolver estratégias aquando da mesma. Ao longo deste estágio, felizmente não fomos confrontados com nenhuma situação destas, mas ficamos conscientes para a importância de desenvolver esta competência e algumas estratégias para lidar com a família e equipa.

A adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, é uma unidade de competência adquirida durante este percurso. Segundo Mokkink et al. (2008), a doença crónica é qualquer condição física ou mental que influencia as atividades de vida da criança/jovem por um intervalo igual ou superior a três meses, podendo levar a frequentes hospitalizações, bem como necessidade de apoio domiciliário. Devido às necessidades constantes destas crianças, que determinam o recorrer frequente aos serviços de saúde, acabam por ser conhecidas pelas equipas de Enfermagem do SUP.

Esta adaptação é um processo multidimensional que é determinado pela aceitação da doença, pelo processo de confronto (coping) e pela gestão da doença (Teixeira, 2021). A adaptação da família a estas doenças requer um reconhecimento próprio das suas vulnerabilidades (Meiers et al., 2020).

O tratamento da doença crónica por sua vez é complexo e exige cuidados de saúde constantes às crianças/jovens, impondo assim a necessidade de competências específicas do EESIP no seu conhecimento bem como, nas suas características (Torgal, 2017).

O EESIP deverá focar-se na gestão dos sintomas e na prevenção de complicações a vários níveis, mas terá que incluir a família nesta gestão da doença, de modo a que sejam assegurados os cuidados (Teixeira, 2021). No estágio do internamento médico-cirúrgico, houve a possibilidade de presenciar e realizar ensinamentos a crianças/jovens/pais com diagnóstico inaugural de Diabetes *Melittus* tipo 1. Esta doença requer uma adaptação a uma nova condição de vida, para que o aparecimento de complicações seja o mais tardio possível. Foram realizados ensinamentos aos pais sobre a contagem de hidratos de carbono, praticando com os mesmos diariamente com as refeições, avaliação da glicémia capilar e administração da insulina, pois a alta destas crianças depende da aptidão e dos conhecimentos dos pais. Devido à necessidade de adaptação a uma nova condição de vida foi prestado suporte a nível emocional à família.

Assim, as famílias das crianças com doença crónica iniciam uma reorganização estrutural para satisfazer as necessidades das mesmas. Sendo a adaptação à doença um processo contínuo e dinâmico, o EESIP, sendo dotado de conhecimentos e estratégias específicas, deverá acompanhar as crianças/ família e a própria comunidade em que a criança está inserida (Florêncio, 2020).

O conhecimento da comunidade e das redes de apoio existentes para estas crianças/ famílias é também uma intervenção do EESIP. Estas redes de apoio ajudam a reduzir as exigências do exercício do papel do cuidador (Teixeira, 2021).

As crianças/jovens com doenças crónicas, oncológicas ou com deficiência/incapacidade, para além das características próprias das suas doenças, muitas vezes são acompanhadas por dor, podendo ser crónica ou aguda. Segundo a OE (2013), a dor é uma experiência subjetiva, sendo uma vivência única e intransmissível.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar, é uma competência do EESIP. A dor é considerada um fenómeno multidimensional com variadas componentes tais como sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural (Fernandes, 2020).

A experiência da dor é diversificada por vários fatores, e cabe ao EESIP conhecer todos os métodos de alívio da dor bem como a sua prevenção, em todas as faixas etárias. É ainda importante conhecer as anteriores experiências da dor da criança/jovem.

Existem escalas adequadas a todas as idades, tendo sido verificada a sua utilização em todos os campos de estágio. As escalas mais usadas são: N-PASS (neonatal Pain,

Agitation & Sedation Scale), EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né), FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised), escala de faces e a escala numérica.

A escala da N-PASS é utilizada quer na neonatologia quer no SUP, pois é uma escala para avaliar a dor no recém-nascido de termo e pré-termo sob ventilação mecânica até aos 100 dias de vida (Direção Geral de Saúde (DGS), 2012). Esta escala tem como particularidade, não ter aplicabilidade na avaliação da dor aguda associada a procedimentos dolorosos, pelo que nestas situações é utilizada a escala EDIN, esta avalia a dor no recém-nascido de termo e pré-termo, a partir da 25ª semana de idade gestacional (DGS, 2012). A escala EDIN avalia cinco parâmetros comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação, reconforto) (DGS, 2012).

A escala da N-PASS, avalia os indicadores comportamentais (choro / irritabilidade, estado comportamental, expressão facial e tónus / extremidades) e fisiológicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e/ou saturação de oxigénio) (Hummel et al., 2008).

No internamento de pediatria médico-cirúrgica, no SUP e nos CSP são utilizadas com frequências as seguintes escalas: FLACC esta é aplicada para crianças com idade inferior a quatro anos e que não saibam verbalizar a dor, sendo baseada apenas em aspetos comportamentais e avalia expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade (Pédiadol, 2012). A FLACC-R, aplicadas em crianças com multideficiência e deficit cognitivo. A escala de faces, é aplicada em crianças entre quatro a seis anos, a escala apresenta desenhos de caras com um gradiente crescente de dor, contendo seis níveis de resposta (Nascimento, 2017). E por fim a escala numérica é aplicada a partir dos seis anos, é uma escala composta por 11 níveis de resposta, dados por números inteiros de zero a dez, sendo zero equivalente a uma ausência de dor e dez representativo da dor pior que se pode imaginar (Sousa, 2017).

Nos recém-nascidos, o aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial, a polipneia, a hiperglicemia e as pupilas dilatadas são fatores fisiológicos que nos permite identificar que poderá estar com dor ou desconforto. O choro, gemido e a expressão facial, são fatores comportamentais que se devem valorizar pois também podem indicar que o recém-nascido tem dor (Correia, 2019). As medidas não farmacológicas são adjuvantes na redução da dor e estão classificadas em comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais (OE, 2013).

No estágio no serviço de neonatologia, foram utilizadas estratégias não farmacológicas ambientais tais, como: o controle da luz e do ruído, a manipulação mínima do recém-nascido aquando de procedimentos dolorosos, a realização de intervenções respeitando os ciclos de sono-vigília, intervalo entre os diversos procedimentos, e procedimentos realizados sempre por dois EESIP, em que um efetua a contenção física. A dor foi sempre avaliada antes, durante e após os procedimentos, para ajustar as intervenções. Para além das medidas ambientais, foi utilizada a sacarose a 24%, pois o mecanismo de sucção da mesma, ativa as áreas corticais relacionadas ao prazer que por sua vez liberta opióides endógenos, produzindo assim o efeito calmante (Mariano, 2015). O recurso a medidas farmacológicas como os opióides, também foi ponderada quando todas as restantes medidas não eram eficazes.

Durante o estágio no internamento médico-cirúrgico da pediatria, foram utilizados todos os tipos de medidas não farmacológicas, conforme a faixa etária da criança. Existe uma sala própria para realizar os procedimentos invasivos, que esta é dotada de desenhos e brinquedos onde podem ser promovidas técnicas de distração como medidas não farmacológicas. A musicoterapia também foi outra estratégia não farmacológica utilizada, que atua na regulação da frequência respiratória do recém-nascido e na redução da ansiedade materna promovendo conforto ao recém-nascido (Palazzi, 2020).

No internamento foi possível ainda utilizar como medida farmacológica o anestésico local como o EMLA[®]. No período pré-operatório, muitas vezes é facultados ensinios aos pais de como colocar o creme, explicando a importância do mesmo.

No SUP, todas as medidas não farmacológicas anteriormente descritas são aplicadas, no entanto, é um local onde a ansiedade, quer dos pais quer das crianças, normalmente está mais aumentada pelo que o suporte emocional é utilizado com mais frequência. Sempre que possível é utilizado a musicoterapia e a distração. O recurso á sacarose é utilizado, e bem tolerado pelos recém-nascidos. O EMLA[®], é utilizado em crianças que irão fazer punção lombar, onde é colocado no local, enquanto a criança realiza outros procedimentos (Castro, 2019).

O reforço positivo é uma medida não farmacológica utilizada, pois é uma intervenção comportamental, que promove o elogio da criança ou é oferecido uma recompensa. Esta técnica transforma o significado da dor a partir de um episódio doloroso (OE, 2013). O CSP, dispõem de desenhos, autocolantes e pensos coloridos que são oferecidos às crianças quando passam por uma experiência de dor.

Esta competência foi adquirida em todos os campos de estágio, tendo sido uma mais valia para a prática como futura EESIP.

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

Uma das competências do EESIP refere-se à prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Esta pretende promover a maximização do potencial de desenvolvimento, desde a vinculação até à juventude.

Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil foi uma unidade de competência adquirida neste percurso. O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconiza as idades-chave para a vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Segundo o PNSIJ (2013), o desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, no entanto, pode variar de uma criança para a outra, permitindo identificar precocemente perturbações psicomotoras de modo a que a intervenção de enfermagem seja o mais adequado (DGS, 2013).

Os cuidados antecipatórios são uma ferramenta essencial para promover a saúde e prevenir a doença da criança/jovem. A consulta de enfermagem incide na promoção do desenvolvimento físico, mental, social e espiritual da criança, mas também tem em atenção o papel parental. Todas as temáticas abordadas durante as consultas, reforçam as competências parentais, com o objetivo de aumentar a capacidade dos pais no decorrer do desenvolvimento da criança (Neves, 2021).

No estágio da CSP são realizadas consultas de desenvolvimento infantil de acordo com o PNSIJ, publicado em 2013. Foram realizadas consultas onde foi possível avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças/jovens de diversas idades, realizar ensinamentos sobre os cuidados antecipatórios de acordo com o que o PNSIJ preconiza para cada idade-chave, e esclarecer as dúvidas apresentadas pelos pais. São ainda transmitidas orientações antecipadas, nos momentos da consulta de enfermagem e da vacinação, capacitando os pais para cuidar da criança, tendo sempre presente a fase de desenvolvimento desta, com o objetivo de estimular e de promover o seu crescimento e desenvolvimento adequados. Nas consultas dirigidas aos adolescentes, foram transmitidas orientações que promovam a sua autoestima, hábitos saudáveis e evicção de comportamentos de risco.

As consultas são programadas no dia anterior, sendo assim possível fazer o planeamento da consulta conforme idade.

A amamentação também é um tema abordado com os pais, de carácter antecipatório durante as consultas nos CSP. O EESIP detém competências para o acompanhamento dos pais e da criança nesta fase da amamentação, sendo que esta temática assenta na unidade de competência referente à promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

A World Health Organization (WHO), (2009), defende que o aleitamento materno é a melhor fonte de nutrição para a criança, devendo ser exclusiva até aos seis meses de idade, pois fornece os nutrientes e a energia necessários para o crescimento e desenvolvimento físico e neurológico). A amamentação fortalece o vínculo afetivo entre a mãe e filho. O EESIP tem a competência para incentivar, apoiar e promover a amamentação e é detetor de conhecimentos e habilidades para aconselhar e resolver as dificuldades que irão surgindo (WHO, 2009).

Durante a consulta foi abordado temas como a importância da amamentação, a pega, os horários, complicações e resoluções dos mesmos. É sempre incentivado às mães a amamentar, dependendo a situação clínica.

Neste estágio foi realizado ensinamentos sobre o contacto pele a pele (método canguru), técnica esta utilizada com frequência na neonatologia, devido à sua grande importância como promoção da interação entre os pais e os recém-nascidos. Foi sempre dado um espaço para dúvidas demonstrando total disponibilidade para ajudar quando necessário.

O “Hospital Amigo dos Bebés”, é uma iniciativa da WHO / UNICEF (Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância), que anuncia dez passos para o sucesso da amamentação. As intervenções do EESIP encontram-se descritas em alguns destes passos como o incentivo ao aleitamento materno, os ensinamentos relativos aos horários da amamentação, entre outros (WHO, 2018).

A gestão do processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce (IP), é uma avaliação de competência que se insere na promoção da vinculação. A equipa de IP, é composta por EESIP, Assistente Social, Médico, Psicólogo e Educador de Ensino Especial e destina-se a crianças entre os zeros e os seis, que apresentam alterações no seu desenvolvimento psicomotor ou que se encontram em situação de risco de atraso de desenvolvimento. As equipas de IP desenvolvem um trabalho transdisciplinar que procura corresponder às necessidades das famílias. Segundo Vaz et al. (2022), a IP

requer uma parceria de cuidados entre família e profissionais, de modo a potenciar o máximo desenvolvimento na criança. Para a inclusão das crianças na IP é efetuada uma análise e aplicados critérios de elegibilidade, delineados pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Estes critérios alterações nas funções ou estruturas do corpo e risco grave de atraso de desenvolvimento são avaliados pela equipa multidisciplinar e é aplicado a Schedule of Growing Skills II- Escala de Avaliação de Desenvolvimento. Esta escala pode ser utilizada em crianças dos zero aos cinco anos, e avalia postura passiva (zero aos seis meses), postura ativa (zero aos 12 meses), locomoção, manipulação, visão, audição, fala e linguagem, interação social e autonomia. É composta por uma folha de registo, em que é possível avaliar a criança em fases distintas, permitindo perceber a evolução da mesma. É ainda constituída por uma outra folha de perfil onde é possível verificar o nível de desenvolvimento em cada uma das áreas acima descritas (Bellman et al.1996).

No estágio do centro de desenvolvimento infantil, mais propriamente na IP, houve a oportunidade de presenciar uma consulta de desenvolvimento de uma criança de 18 meses, realizada por uma Assistente Social, Psicólogo e EESIP, onde foi aplicado a Schedule of Growing Skills II- Escala de Avaliação de Desenvolvimento. A equipa de IP detém uma mala onde possuiu todo o material para a correta realização da avaliação. No final da sessão, foi efetuado uma reunião em que foram discutidos os parâmetros avaliados nesta criança. O nível de desenvolvimento era inferior ao esperado de acordo com a idade, pelo que era elegível para integrar o programa. Posteriormente foram realizados os contatos com os pais, e sugerido a integração na equipa, após realizados os esclarecimentos necessários. No início do processo foi realizada uma consulta, explicando todo o procedimento a realizar e a complexidade desta integração, mas salientando a importância da mesma. Muitas crianças não estão inscritas em creches, pelo que é incentivado inicialmente os pais fazê-lo, uma vez que promove a interação e a socialização da criança. A IP tem prioridade nestas inscrições pelo que, após a escolha mais adequada da creche, é realizado uma comunicação com a mesma, bem como uma futura reunião com os professores para iniciar a preparação das intervenções com estas crianças.

O acompanhamento da criança desde o nascimento até à idade adulta, é realizada pelo EESIP, e favorece a deteção precoce de situações que possam vir a prejudicar a saúde da criança.

1.1.3 A assistência a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

A assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, tem como um dos critérios de avaliação a inclusão da família na gestão dos cuidados, no planeamento do plano de saúde e inclui a promoção da parentalidade como critério.

Esta competência foi desenvolvida em todos os locais de estágio, pela relação estabelecida com as crianças, jovens e famílias, durante a prestação de cuidados.

No SUP e nos CSP a intervenção com a família é basilar, pois a família está envolvida no processo saúde/doenças dos seus membros. No âmbito do SUP, a família intervém num processo de saúde/doença, sendo algo inesperado na maioria das vezes, enquanto que no âmbito dos cuidados de saúde na comunidade a família intervém na promoção da saúde e na prevenção da doença (Sousa, 2013). É possível verificar que a família está presente em ambos contextos e deste modo, é necessário o EESIP consolidar competências específicas de como comunicar com a família, de forma a que a mesma possa ser incluída em todo o processo. O conceito de família tem vindo a ser alterado com o passar do tempo e é compreendido como um sistema complexo. Esta mudança advém da necessidade de maior atenção para a promoção do desenvolvimento saudável de forma a melhorar a qualidade de vida das crianças (Correa et al., 2018).

O cuidado centrado na família, surge para dar ênfase à importância da presença da família no cuidado aos seus membros. O EESIP deve estabelecer uma relação empática com as famílias, de modo a contribuir para a satisfação dos cuidados, bem como o envolvimento nos mesmos (Hetlanda et al., 2018). Segundo Lemos (2019), implicar a família no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados beneficia quer a criança quer a família.

Na neonatologia o cuidado aos recém-nascidos é articulado com os pais, quer seja o banho, a alimentação, entre outros desde que a condição de saúde permita e os pais desejem. Provendo assim uma parceria de cuidados entre os enfermeiros e os pais e uma interação dos pais com o recém-nascido.

No internamento médico-cirúrgico de Pediatria, nomeadamente nos pós-operatórios, é fundamental o apoio da família. Nos cuidados aos pensos cirúrgicos, onde é explicado a importância de não molhar, da vigilância de hemorragia e sinais inflamatórios, vigilância da temperatura, bem como a importância da realização da continuidade de cuidados nos CSP. Já no caso da criança submetida a uma amigdalectomia, os pais são informados sobre a diversidade da alimentação, explicando

que deve iniciar a alimentação com líquidos frios como iogurtes e gelatina, posteriormente líquidos quentes como sopa, e só após iniciar dieta diversificada. As hemorragias pós cirúrgicas são uma possível consequência, pelo que é fundamental que os pais estejam atentos à alimentação.

No campo do internamento da área médica e no SUP, as doenças respiratórias como as bronquiolites agudas são frequentes, pelo que é explicado aos pais o funcionamento das câmaras expansoras, limpeza e armazenamento das mesmas. A lavagem nasal é efetuada às crianças e são realizados ensinamentos aos pais para a sua utilização no domicílio após alta, explicando a importância desta na promoção da saúde e na prevenção de doenças como otites e bronquiolites. Assim a família é incluída no processo de saúde-doença bem como na prevenção do agravamento da doença. É sempre avaliada a capacidade de conhecimento e aprendizagem dos pais para que a intervenção do EESIP seja a mais adequada a cada família, respeitando sempre a cultura e tradições de cada família, não colocando em risco a criança/jovem.

Nos centros de desenvolvimento é notória a necessidade de incluir a família nos cuidados. No plano de atividades de crianças com atraso de desenvolvimento é explicado aos pais a importância de brincar com os filhos, pelo menos uma hora por dia, são esclarecidas as necessidades e variedades dos brinquedos ajustados às diferentes faixas etárias e patologias.

A intervenção dos enfermeiros aumenta os conhecimentos das famílias, levando ao desenvolvimento da criança, salientam ainda que os EESIP são os principais elos de ligação entre a criança e a família (Bento et al., 2020).

Por sua vez, a família também deve ser o principal promotor do desenvolvimento das crianças, sendo assim o EESIP responsável por promover a parentalidade (Tralhão et al., 2020). A parentalidade está relacionada com conjunto de atividades realizadas com o intuito de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, promovendo a autonomia da mesma (Pluciennik et al., 2015).

Existem vários fatores que influenciam a adaptação à parentalidade, como as características parentais, das próprias crianças ou mesmo os contextos sociais em que ambos estão inseridos (Carvalho, 2020)

Todas as intervenções do EESIP incluem as crianças/pais/cuidadores em simultâneo pois, a adaptação à parentalidade é um processo de mudança constante que apresenta riscos associados. Assim, o EESIP tem a competência para compreender se a

interação entre os pais e os filhos não é afetada colocando em causa a saúde da criança (OE, 2015).

Segundo Meleis (2010), a transição para a parentalidade resulta de uma mudança de comportamentos e por sua vez uma mudança em todo o contexto social.

A transição obriga a família a uma nova integração e adaptação de funções, que podem interferir com o modo habitual das famílias. O EESIP deve promover a parentalidade de forma a que a família passe por uma transição saudável (Trindade, 2018). Assim, devemos proporcionar aos pais tempo para assimilarem as novas funções, permitindo que estes possam expressar as suas preocupações e sentimentos (Meleis, 2010). Tendo por base este pressuposto, durante o estágio de neonatologia, os pais foram apoiados no seu processo de transição para a parentalidade, realizando ensinamentos aos pais para que estes adquirissem competências necessárias para cuidar do recém-nascido, foi realizada negociação com os pais nas tomadas de decisão para a prestação de cuidados incentivada a comunicação e a interação, com o objetivo de consolidar a vinculação. Sempre que os pais estavam presentes foram incentivados à prestação de cuidados ao seu recém-nascido.

No internamento de pediatria, SUP e nos CSP, foram realizados ensinamentos aos pais sobre várias temáticas como a febre, doenças mais prevalentes da infância, sinais de dificuldade respiratória, higiene nasal, alimentação, prevenção de acidentes, entre outros. Muitas vezes as novas condições de saúde, alteram a dinâmica família, pelo que foi incentivada a união da família, nos cuidados à criança doente. A condição socio-financeira também poderá estar incluída e foi explicado aos pais os apoios da comunidade como o caso do apoio das assistentes sociais, se necessário.

Para que o EESIP possa intervir na promoção da saúde na criança, deverá ser detentor de conhecimentos sobre as doenças comuns e as situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem. Esta é também uma competência do EESIP. Para esta, o critério de avaliação é de identificar situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). Os maus-tratos infantis são todos os danos físicos, sexuais e/ou emocionais abuso e/ou negligência de menores de 18 anos (WHO, 2018). Os maus tratos podem ser por negligência, psicológicos, físicos, abuso sexual, Síndrome de Münchausen por procuração (Fortson et al., 2016).

Os maus tratos a crianças/jovens constituem um fenómeno global, complexo e endémico, pelo que a atuação deverá ser imediata para impedir as consequências no futuro

(Ferreira et al., 2019). Estas consequências começaram a ser estudadas na década de 70 a nível mundial. Em Portugal, em 1986, em conformidade com as Regras lei e Convenções Internacionais sobre os direitos das crianças, foi criado um Decreto de nº 147/99 sobre a Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Abreu, 2020).

As consequências dos maus tratos estão associadas a problemas económicos, sociais, físicos, emocionais e psicológicos (Leep et al., 2011).

Fortson et al. (2016), nomeia estratégias para a prevenção dos maus tratos, como o reforço económico às famílias, alteração de normas sociais de modo a promover uma parentalidade positiva, fornecer cuidados de educação de qualidade, melhorar as habilidades dos pais, com o intuito de promover o desenvolvimento saudável da criança e intervir para diminuir os danos e prevenir os riscos no futuro.

Para que a prevenção seja realizada, é da competência do EESIP possuir conhecimentos sobre esta temática e reconhecer a ausência destes em todos os serviços que prestam cuidados a crianças/jovens, de modo a que o mesmo seja comum e o mais adequado possível para poder proteger a criança.

Não foi presenciada nenhuma situação de suspeita de maus tratos durante os estágios, no entanto, foi um tema discutido e abordado entre as equipas de enfermagem pela sua dificuldade na identificação e referenciação de crianças em situação de risco.

No internamento, foi proposta a realização de um projeto que fosse benéfico para o serviço enquanto EESIP. Em concordância com a tutora e com a equipa de enfermagem foi realizado um levantamento de necessidades, tendo sido identificada a ausência de um procedimento que abordasse a temática dos maus tratos, nomeadamente ao nível da referenciação.

Uma vez que o estágio no SUP decorreu na mesma instituição, a falta de um procedimento foi novamente assunto discutido entre a equipa e com a EESIP tutora, e foi identificada não só a falta de referenciação, mas também a dificuldade na identificação. Nos CSP, a equipa de enfermagem manifestou necessidade de formação na área, uma vez que é uma temática pouco abordada.

Nestes campos de estágios anteriormente referidos, os Enfermeiros referiram déficit no reconhecimento dos maus tratos e falta de um procedimento de encaminhamento. Por sua vez, a articulação entre o SUP e a CSP é também escassa sendo que, os enfermeiros do SUP notificam, mas depois não têm feedback sobre estas notificações. Uma limitação sentida no levantamento desta necessidade foi o facto do Núcleo de Apoio Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), no momento do

estágio encontrava-se em alteração de equipa, o que dificultou a ligação entre o NHACJR e o SUP.

Apesar de algumas limitações foi possível contactar-se a equipa de Medicina Legal do Hospital onde foi reconhecida a necessidade de abordagem desta temática pois, a identificação de crianças/jovens em risco apresentava algumas lacunas. Em determinadas situações, as crianças/jovens que passavam neste serviço para recolha de provas forenses, já tinham recorrido ao SUP, não tendo tido aqui o encaminhamento adequado

Após levantamento das necessidades foi sugerido quer no internamento, que no SUP e CSP, a realização de uma sessão formativa a toda a equipa de enfermagem sobre a temática, bem como a realização de um procedimento sobre a referenciação de crianças/jovens em risco. Contudo, só foi possível realizar a sessão nos CSP (Apêndice I) e realizado o procedimento para o SUP (Apêndice II). Foi entregue um folheto informativo para os Enfermeiros onde estão descritas as tipologias, sinais e sintomas e o devido encaminhamento para as entidades responsáveis dependente do tipo de maus-tratos (Apêndice III). Nos CSP foram ainda detetados problemas ligados aos cuidados de higiene, alimentação, problemas emocionais, saúde, e situações traumáticas relacionadas com abuso sexual. O EESIP deve estar atento a qualquer alteração pois quanto mais precocemente for detetada, mais rápida é a sua intervenção para proteger a criança/jovem em situação de risco. Segundo a WHO (2018), a proteção das crianças /jovem deve estar em primeiro lugar pois as consequências são drásticas para os mesmos.

A presença de fatores de risco por si só não nos remete para a efetividade de ocorrerem maus tratos, mas é importante reconhecer os mesmos de modo a evitar a sua ocorrência (DGS, 2011). O conhecimento dos contextos sociais em que as crianças/jovens vivem leva a intervir da melhor forma, sempre com o objetivo de assegurar a proteção da criança.

A partir da análise crítica-reflexiva, conclui-se que todas as situações que foram surgindo durante os ensinamentos clínicos mostraram-se essenciais para o desenvolvimento de competências. Esta reflexão também permitiu um crescimento quer a nível profissional quer a nível pessoal.

1. REVISÃO INTEGRATIVA

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) possibilita o acesso e a análise da investigação produzida e publicada num determinado período. É um método de pesquisa utilizada na Prática Baseada na Evidência, incorporado assim a evidência na prática clínica (Souza et al., 2010). O EESIP assume cada vez o papel na Investigação de Enfermagem, sendo fundamental a constante atualização de conhecimentos para melhor responder às necessidades que emergem.

2.1 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Através da detecção das necessidades de atuação perante crianças, jovens e famílias em risco/perigo, assenta-se a justificação desta temática. Foi durante a realização do percurso académico para a obtenção do título de EESIP, nos diversos contextos de práticas clínicas, que surgiram estes reconhecimentos. A identificação, abordagem e o encaminhamento de situações de crianças em risco/perigo foi uma das necessidades sentidas pelos EESIP nos diferentes locais de estágio.

Os maus tratos contra crianças/jovens são complexos, pois podem-se expressar em diferentes tipologias, como negligência (inclui abandono e mendicidade), qualquer forma de agressão física, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional, *Síndrome de Münchausen por Procuração*, ser perpetuada de forma individual ou em grupo e acontecer em diversos contextos (UNICEF, 2014).

A nível mundial, Scotti (2020), refere que quase três em cada quatro crianças ou 300 milhões de crianças com idades entre dois e quatro anos sofrem regularmente punição física e/ou violência psicológica nas mãos de pais e cuidadores.

A UNICEF (2014), refere que cerca de 17% das crianças são submetidas a formas de castigo físicos severos como bater na cabeça, nas orelhas, na cara ou até mesmo espancar a criança repetidamente. O mesmo estudo refere que cerca de 120 milhões de raparigas com idade inferior a 20 anos em todo o mundo (cerca de um em cada dez) foram sujeitas a relações sexuais forçadas ou outro tipo de atos sexuais forçados.

A nível europeu os maus-tratos afetam mais de 55 milhões de crianças/jovens. O relatório europeu de 2013 sobre a prevenção de maus tratos infantis declarou que 9,6% das crianças/jovens sofreram de abuso sexual, 16,3% de negligência física, 18,4% de

negligência emocional e 22,9% de abuso físico e 29,6% de abuso emocional (Sethi et al., 2018).

A nível nacional a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), no relatório anual de 2021, indica que foram referenciadas 1959 crianças/jovens das quais 1416 corresponde a crianças/jovens vítimas de crimes sexuais (APAV, 2021).

Por sua vez, a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens no relatório de 2021, refere 45.132 situações de perigo comunicadas, sendo, no entanto, contabilizadas 15.055 situações diagnosticadas, das quais 4.669 (31,01%) são relacionadas com negligência, 361 (2,39%) com maus tratos psicológicos, 317 (2,10%) relativos a maus tratos físicos e 152 (1%) referentes a abuso sexual.

A Polícia Judiciária (2020), no seu relatório anual, disponível na plataforma online, anuncia um total de 1.538 processos que deram entrada por suspeita de abuso sexual em menores, dos quais 298 foram julgados em tribunal.

A nível da Região Autónoma dos Açores, onde decorreram os nossos estágios, encontra-se no topo dos cinco distritos de crimes, perfazendo um total de 59 processos.

É possível constatar através da pesquisa estatística, os elevados números de crianças em risco/perigo a todos os níveis, quer seja mundial, nacional e regional, reforçando a necessidade de abordar esta temática.

Perante estes dados, sendo elevado número de crianças em risco e vítimas de maus tratos, o EESIP tem uma intervenção importante no reconhecimento, referenciação, notificação e sensibilização da comunidade, resultando assim a pertinência de explorar esta temática.

2.1.2 Criança/jovem em risco/perigo

A criança é um ser vulnerável que não possui capacidades para satisfazer as suas necessidades básicas. Todas as crianças devem receber proteção e assistência de modo a que as estas necessidades sejam satisfeitas (UNICEF, 2019).

Quando as necessidades básicas das crianças/jovens não são satisfeitas estas podem estar em risco ou perigo. Os conceitos de risco e perigo apesar das definições serem distintas, são por vezes difíceis de distanciar pois são usadas muitas vezes como sinónimos (Costa, 2020). O risco diz respeito ao possível perigo potencial que pode por em causa os direitos da criança, tais como: a formação, a educação e o desenvolvimento, juntamente com as características vulneráveis que a própria criança já possui (Costa,

2020). A DGS (2011), refere que o conceito de criança em risco é mais lato que o perigo, e diz respeito à vulnerabilidade da criança a vir sofrer de maus tratos.

As crianças/jovens em risco, dadas as circunstâncias às quais estão expostas, podem apresentar dificuldades a vários níveis, pondo em causa o seu bem-estar e desenvolvimento intelectual e físico (Machadeiro, 2018).

A intervenção precoce nas crianças/família/comunidade em risco, prende-se com o impedimento para a evolução para perigo (Costa, 2020).

A agudização dos fatores de risco pode levar a efetividade de situações que põe a criança em perigo, na ausência de fatores de proteção ou fatores compensatórios (CNPCJR, 2011).

Em 1999 foi elaborado a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) - Lei n.º 147/1999, de 1 de setembro, alterada pela Lei n.º 26/2018, de 05 de julho, onde promove os direitos e a proteção das crianças/ jovens em perigo. É considerado que a criança/jovem está em perigo quando encontra-se numa destas situações tipificadas no artigo 3.º da LPCJP: i) está abandonada ou vive entregue a si própria; ii) sofre de maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; iii) não recebe os cuidados ou a afeição adequada à sua idade e situação pessoal; iv) é obrigada a atividades ou trabalhos considerados excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; v) está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; vi) assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

A proteção da criança/jovem a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/1999, de 1 de setembro), prevê uma atuação multidisciplinar, de forma a garantir o bem-estar e desenvolvimento infantil. Esta atuação segue três níveis de intervenção que se articulam e complementam.

O primeiro nível de atuação diz respeito às entidades em matéria da infância e juventude, como saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros, tendo em vista a promoção dos direitos e a proteção das crianças/jovens. O segundo nível atua quando não é possível às entidades acima mencionadas intervir de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma então neste nível a ação da CNPCJR. Por fim, o terceiro nível, é referente à intervenção judicial, que cabe assegurar

a proteção de crianças e jovens em perigo quando as anteriores não são capazes de proteger a/o mesma(o) (DGS, 2011).

Todas as entidades públicas, privadas e organizações não governamentais, devem proporcionar apoios para reduzir eficazmente os fatores de risco de modo a prevenir os maus tratos (Machadeiro, 2018).

Quando uma criança é sinalizada numa situação de perigo, significa que poderá estar a ser vítima de maus tratos. No subcapítulo seguinte iremos abordar a definição de maus tratos, bem como as tipologias. Com este conhecimento é possível identificar se a criança/jovem encontra-se em perigo, para proceder posteriormente à proteção da mesma.

2.1.3 Maus-tratos infantis

Existem várias definições de maus tratos, no entanto, ambas coincidem, no que concerne à privação do bem-estar da criança/jovens e às necessidades não satisfeitas das mesmas, existem várias formas de provocar maus tratos.

A DGS (2011), refere que maus tratos são qualquer ação ou omissão não accidental que ameace a segurança, dignidade, desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima e pode ser provocado pelos pais, cuidadores ou outros.

Sethi et al. (2018), define que os maus tratos são quaisquer danos físicos, sexuais e/ou emocionais, abuso e/ou negligência provocado a menores de 18 anos.

Os maus-tratos podem ser por: negligência (inclui abandono e mendicidade), qualquer forma de agressão física, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional, *Síndrome de Münchausen por Procuração*, exploração comercial ou outra resultante em danos reais ou potenciais à saúde. (DGS, 2011; Sethi et al., 2018).

A negligência é uma forma de maus-tratos infantil e é definida como a falta de satisfação das necessidades básicas, por parte de um pai ou tutor legal. A negligência está categorizada em negligência física (alimentação ou cuidados de higiene), médica (não fornecer cuidados médicos), educativa (restringir a educação) e emocional (falta de interesse nas emoções da criança/ jovem) (Child Welfare Information Gateway, 2019).

Os maus tratos físicos são entendidos por qualquer agressão física provocadas à criança/jovem. Queimaduras, asfixias ou afogamentos, esbofetear, pontapear, morder e os trabalhos forçados inadequados à idade são alguns dos castigos corporais mais comuns (Gomes, 2018).

A violência psicológica/emocional em crianças/jovem é contextualizando como atos verbais ou simbólicos, não acidentais, que podem converter-se em danos psicológicos para a criança, sendo estes perpetuados pelos pais ou outros cuidadores. Incluem situações como a rejeição afetiva, a humilhação, a depreciação entre outros (Pereira, 2017).

A *Síndrome de Muchaunsen por Procuração* é a atribuição à criança/jovem de sinais e sintomas variados, com o intuito de convencer que existe uma doença, fazendo assim que a criança/jovem seja submetida a procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. Este tipo de maus tratos normalmente é provocado por parte de um elemento da família ou cuidador (DGS, 2011).

O abuso sexual é definido como qualquer ato sexual que envolve uma criança/jovem na satisfação sexual do adulto (DGS, 2011). Nestas situações as crianças/jovens, dependendo do estágio de desenvolvimento em que se encontram, sentem-se incapazes de perceber que estão a ser vítimas de abuso sexual (Pereira, 2017). Pode ocorrer na relação intra e extrafamiliar, sendo, no entanto, mais comum ser um adulto que a criança já conheça (Gomes, 2018).

O EESIP deverá possuir conhecimentos sobre os tipos, sinais e sintomas e consequências futuras, para poder intervir na proteção das crianças/jovens, de modo a que estas não sejam vítimas de maus tratos independentemente da forma como estes são praticados.

O EESIP tem a responsabilidade e a competência para atuar na maximização da saúde, fazendo parte das suas competências, a identificação de situações de risco para a criança/jovem, sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, conhecer as consequências e a prevenção bem como assistir a criança/jovem em situações de maus-tratos (OE, 2018).

Assim, foi proposto a elaboração de uma RIL com o objetivo de fundamentar a intervenção do EESIP na identificação da criança/jovens em risco, nos diferentes contextos da prática clínica. Esta RIL tem como a finalidade propor um modelo de referenciação do EESIP para as crianças e jovens em risco.

3. METODOLOGIA

Para fundamentar a pertinência da temática escolhida, realizou-se uma RIL.

A RIL permite combinação de investigação primária e secundária e é constituída por seis fases: i) identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; ii) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; iii) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; iv) categorização dos estudos selecionados v) análise e interpretação dos resultados e vi) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011)

Na primeira etapa define-se e identifica-se a temática em estudo e a respetiva questão de investigação. Com o objetivo de identificar a evidência científica atual acerca de qual a intervenção do EESIP na referência da criança/jovem em risco, foi construída a questão de Investigação: “Qual a intervenção do EESIP na identificação da criança e jovens em risco, nos diferentes contextos da prática clínica?”. De forma a responder à questão de investigação colocada, foi utilizada uma metodologia com base a matriz PICO, cujo acrónimo representa: Population (População) - Crianças e adolescentes em situação de risco (zero-17+364 dias), Intervention (intervenção) - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Comparison (comparação) - Não se aplica, e Outcome (resultados) - Identificação da criança e jovens em situação de risco, nos diferentes contextos da prática clínica.

A segunda etapa corresponde ao desenvolvimento de conceitos relevantes para a temática em estudo e quais as palavras-chave da pesquisa bem como os critérios de inclusão e exclusão. Para a RIL foram utilizados os descritores MESH (Medical Subject Headings): abuse, child sexual; child neglect; child maltreatment; child mistreatment; physical abuse; risk-taking; risk behavior; sexual child molestation; nurs*; health knowledge; attitudes; practice. Aos descritores foram adicionados os operadores booleanos, representados pelos termos AND (combinação restritiva) e OR (combinação aditiva), dando origem à seguinte frase booleana: abuse, child sexual OR child neglect OR child maltreatment OR child mistreatment OR physical abuse OR risk-taking OR risk behavior OR sexual child molestation AND Nurs* AND health knowledge, attitudes, practice.

A pesquisa foi efetuada entre o dia 18 julho de 2022 a 25 de julho de 2022, através do motor de busca EBSCO, nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane

Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers.

Com o objetivo de identificar e perceber quais intervenções do EESIP na identificação da criança e jovens em risco, nos diferentes contextos da prática clínica, foram definidos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa realizada. Incluíram-se nesta RIL, crianças/jovens dos zero-17 anos e 364 dias, todos os artigos publicados nos últimos 10 anos, redigidos em português, espanhol e inglês, artigos que abordassem a temática dos maus tratos a crianças/jovens e estudos primários. Como critérios de exclusão, definiram-se: artigos que digam respeito a pessoas com idade superior a 18 anos, à Educação Sexual a crianças e adolescentes, a crianças e adolescentes com risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, e artigos que contemplam risco de crianças e adolescentes com comportamentos aditivos.

A terceira etapa diz respeito à identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados. Foi realizado a análise e revisão dos artigos selecionados, por títulos, resumos e texto integral, obtendo-se a amostra final incluída no estudo. Os detalhes relativos ao processo de seleção estão incluídos no diagrama de PRISMA apresentado na Figura 1. Todo o processo foi validado pelas três investigadoras.

Após a obtenção da amostra final, procedeu-se à sua categorização, dando resposta à quarta etapa da RIL. Nesta RIL foi elaborado uma tabela de recolha de dados que inclui as características dos artigos, os resultados e as principais conclusões (Apêndice IV).

De seguida, a quinta etapa diz respeito à análise e interpretação dos resultados, nesta fase conseguiu-se perceber a necessidade de intervir nesta temática.

Por último, é sintetizado o conhecimento, com a apresentação dos resultados, bem como, é realizado uma proposta de intervenção.

3.1 RESULTADOS

Os resultados desta RIL após aplicar os termos de pesquisa definidos, os critérios de inclusão e exclusão referidos e as bases de dados definidas, foram encontrados um total de 243 artigos, sendo 241 no MEDLINE Complete e dois Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Os 243 artigos foram analisados segundo o diagrama de PRISMA (2020), onde se encontram documentados todos os passos realizados até chegar aos estudos que serão incluídos na amostra. Foram de imediato excluídos 12 artigos por se encontrar duplicados. De seguida foram excluídos 109 artigos que contemplam adultos com idade superior a 18 anos; 24 artigos que dizem respeito a crianças e adolescentes em risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis; 23 artigos que diz respeito à Educação Sexual a crianças e adolescentes; quatro artigos que contemplam risco de crianças e adolescentes com comportamentos aditivos; 32 artigos publicados que não abordam abordar a temática dos maus tratos e quatro artigos Secundários. Com esta análise foram analisados por resumo 35 artigos, das quais 22 artigos foram excluídos por não abordar a temática dos maus tratos. A análise por texto integral foi realizada em 13 artigos, que por responder aos critérios de inclusão previamente estabelecidos foram todos incluídos para a revisão integrativa.

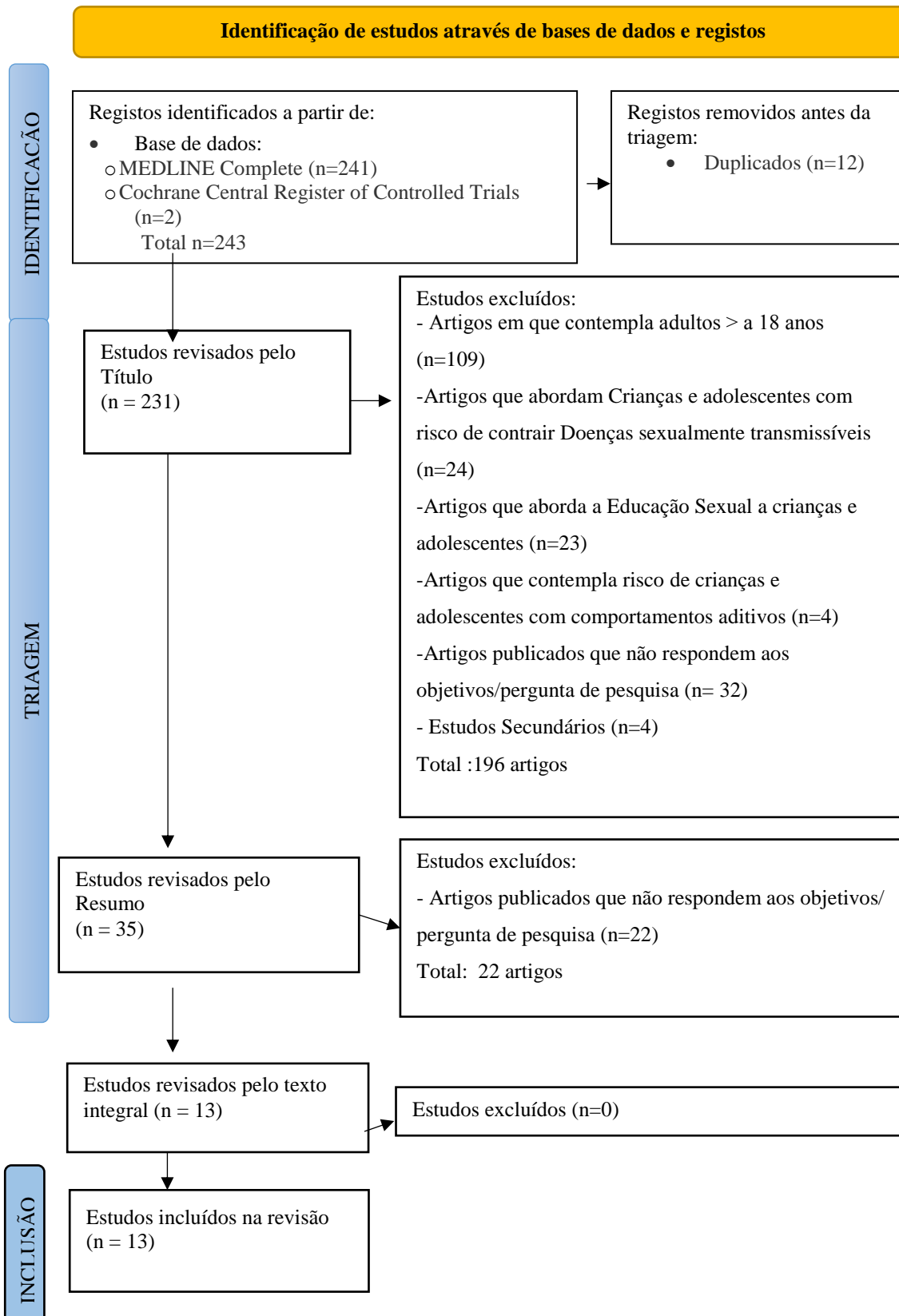


Figura 1- Análise dos estudos, segundo o fluxograma PRISMA (Page et al. 2021).

3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após o processo de seleção, verificou-se que 13 artigos científicos preenchiam os critérios de inclusão para a presente RIL. A maioria dos artigos são do ano 2018 (cinco artigos), seguido 2017 e 2019 (dois artigos) e 2012, 2014, 2016 e 2019 (um artigo por cada ano). Concebeu-se uma síntese descritiva contendo os aspetos relevantes referentes a cada um dos estudos incluídos na revisão no que respeita à metodologia utilizada, objetivos, resultados e conclusões.

Para melhor contextualizar a análise de resultados, foi efetuado o processo de categorização da informação, tendo sido organizado em quatro categorias, a tabela seguinte corresponde às categorias criadas bem como o número de artigos que cada categoria possui (Tabela 1).

Categorias	Nº artigos
1- Conhecimento dos profissionais sobre tipologia dos maus tratos a crianças/jovens	4
2- Conhecimento sobre o encaminhamento e legislação dos maus tratos crianças/jovens	6
3- Barreiras para não prosseguir com a denúncia dos maus tratos a crianças/jovens às entidades responsáveis	8
4- Necessidade de formação a profissionais sobre a temática maus tratos a crianças/jovens	13

Tabela 1- Categorias

O conhecimento dos profissionais sobre tipologias dos maus tratos a crianças/jovens é fundamental para a correta referência, pelo que a falta de conhecimento é uma barreira para não referenciar corretamente, colocando em risco a vida das crianças/jovens. Nesta categoria é importante identificar se os profissionais conhecem as tipologias e os respetivos sinais e sintomas dos maus tratos.

Para além do conhecimento das tipologias é fundamental identificar como se deve proceder ao encaminhamento, bem como a legislação em vigor sobre esta temática. O EESIP deverá possuir conhecimentos, para poder encaminhar corretamente.

Contudo, existem barreiras para não prosseguir com a denúncia dos maus tratos das crianças/jovens às entidades responsáveis. Nesta categoria importa saber quais as razões que levam os profissionais a não denunciar, pois só assim EESIP poderá desenvolver uma intervenção ajustadas e adaptada.

A aquisição de conhecimento dos Enfermeiros sobre toda esta temática é obtida através da formação contínua e atualizada, pelo que foi elaborado uma categoria: necessidade de formação dos profissionais sobre a temática maus tratos crianças/jovens.

3.3 DISCUSSÃO

Neste capítulo será discutido os principais resultados obtidos, por cada categorização, fundamentando com evidência científica.

3.3.1 Conhecimento dos profissionais sobre tipologia dos maus tratos crianças/jovens.

O conhecimento dos profissionais sobre tipologias de maus tratos nas crianças/jovens é fundamental, pois só assim é possível uma deteção dos sinais e sintomas, um encaminhamento e uma proteção mais efetiva das crianças/jovens em situação de risco (Oliveira & Simões, 2014).

Elarousy e Abed (2019), Sathiadas et al. (2018), Adams et al. (2012), salientam nos seus estudos que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, possuem conhecimentos sobre diferentes tipos de maus tratos a crianças/jovens, no entanto, apresentam algumas dificuldades na identificação dos sinais e sintomas associados a cada um deles.

Pinto et al. (2018), reforçam ainda, que os sinais e sintomas físicos são aqueles que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, reconhecem e identificam melhor, pelo que ainda existe uma lacuna nos restantes. Sathiadas et al. (2018) e Adams et al. (2012), corroboram a ideia de que existe falta de conhecimento na identificação dos sinais e sintomas e que as maiores dúvidas surgem associados aos maus tratos por abuso sexual, Sathiadas et al. (2018) salientam ainda, que a identificação deste tipo de mau trato poderá suscitar algumas dúvidas na identificação, nomeadamente na rotura do freio oral que é considerado uma forma de abuso sexual. Os mesmos autores, referem ainda que este sinal isoladamente poderá não estar a ser considerado abuso sexual. Esta diversidade leva a que os profissionais possam ficar confusos e ter alguma dificuldade na identificação. Para que a rotura do freio oral seja identificada como forma de maus tratos (abuso sexual) o EESIP deve possuir conhecimentos no que refere ao desenvolvimento físico da criança nas suas diversas faixas etárias, uma vez que a rotura do freio poderá não estar associada

quando a criança se encontra a aprender a andar, mas fora desta faixa etária é altamente sugestivo de abuso sexual (Vaz, 2022).

Elarousy e Abed (2019), Sathiadas et al. (2018), Pinto et al. (2018) e Adams et al. (2012), mencionam que os níveis de conhecimento dos enfermeiros na identificação e reconhecimento dos sinais sintomas de maus tratos devem-se à falta de: formação na área, de programas de educação sobre a temática, de programas para profissionais e de estudos adicionais sobre esta temática, devendo assim o EESIP intervir na formação e na realização de programas contínuos sobre esta temática. Desta forma a importância dos conhecimentos sobre os sinais e sintomas associados aos diferentes tipos de maus tratos é fundamental pelos profissionais de saúde para a deteção precoce dos mesmos (Sathiadas, et al., 2018; Adams, et al., 2012; Gonçalves, 2014). Sendo da responsabilidade do EESIP reconhecer as características, sinais e sintomas dos diferentes tipos de maus tratos uma vez que na sua grande maioria são os primeiros a contactar com crianças/famílias e pelas suas competências acrescidas (Silva et al., 2014)

3.3.2 Conhecimento sobre o encaminhamento e legislação dos maus tratos crianças/jovens

Identificar os conhecimentos que os profissionais têm sobre o encaminhamento e legislação dos maus tratos crianças/jovens é fundamental para poder intervir corretamente. No Sistema Nacional de Saúde Português existem fragilidades, por falta de respostas e recursos institucionais diferenciadas, pelo que o EESIP tem de ter conhecimento de como proceder ao correto encaminhamento e referência das crianças/jovens em situação de risco (Abreu, 2020).

A falta de Leis, Normas e Protocolos Hospitalares para a referência e encaminhamento, podem ser prejudiciais para a proteção destas crianças e famílias (Maula, et al., 2019; Pinto, et al., 2018). De acordo com os mesmos autores, a falta de conhecimento pelos profissionais de saúde sobre as normas ou protocolos existentes, leva a que as crianças/jovens, vítimas ou com suspeita de maus tratos, não sejam orientadas e protegidas de forma adequada, pela sua falta de sinalização. (Sathiadas, et al., (2018); Moreira, et al., (2012), Elarousy & Abed,(2019), salientam que os profissionais por vezes conhecem os documentos necessários para notificar, no entanto, não detêm conhecimento suficiente de como realizar todo o processo de referência e encaminhamento. Desta forma torna-se importante que o EESIP, atue na elaboração de Procedimentos e

Protocolos Hospitalares para a notificação, referenciação e encaminhamento das crianças/jovens em situação de risco, mas que também atue no conhecimento dos profissionais para os capacitar nos sistemas de notificação (Elarousy & Abed, 2019; Sathiadas, et al., 2018).

Torna-se também importante envolver as entidades superiores na criação e revisão de Leis, Normas e Protocolos Hospitalares com o intuito de melhorar e aumentar as políticas de notificação nas instituições. O EESIP deverá conhecer todos os meios de que dispõe para proteger a criança/jovem, quais as leis em vigor que protegem a criança/jovem e a família, e para onde encaminhar após denuncia de maus tratos.

3.3.3 Barreiras para não prosseguir com a denúncia dos maus tratos crianças/jovens

Existem barreiras para não prosseguir com uma denúncia de maus tratos a crianças/jovens às entidades responsáveis, sendo necessário intervir corretamente de modo a que estas barreiras sejam ultrapassadas. Torna-se imperativo compreender as razões pelas quais não são denunciados os casos suspeitos de maus tratos, para que se possa adequar a intervenção do EESIP.

Nesta categoria pretende-se analisar quais são as barreiras que dificultam a denuncia de situação de maus tratos por parte dos profissionais de saúde. Elarousy e Abed (2019), Sathiadas et al. (2018), Al-Saif et al. (2017), Flemington e Fraser (2017), Maula et al. (2019) e Francis et al. (2014), referem nos seus estudos, que a experiência negativa dos enfermeiros e outros profissionais de saúde com a criança/família após uma denuncia foi a barreira mais apontada. Os conflitos com famílias ocorreram porque em algumas culturas o abuso físico é considerado disciplina, como ocorre na cultura Árabe, podendo esta questão ser uma das barreiras à denuncia (Elarousy & Abed, 2019).

Moreira et al. (2012), salientam que os profissionais de saúde só denunciam quando existe prova é evidente de maus tratos. Este facto poderá estar associado à sua falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas dos diferentes tipos de maus tratos (Elarousy & Abed, 2019; Sathiadas, et al., 2018; Francis, et al., 2014). A falta de formação dos profissionais de saúde pode ser outra das barreiras à notificação (Elarousy & Abed, 2019).

Como referido na categoria anterior a ausência de diretrizes nos serviços e procedimentos hospitalares constitui também uma barreira para a denuncia (Elarousy & Abed, 2019; Sathiadas, et al., 2018; Flemington & Fraser, 2017).

As barreiras para não denunciar podem também estar associadas às características do próprio profissional, tais como: medo da repercussão na carreira, medo de um processo judicial (Sathiadas, et al., 2018). A falta de tempo ou a sobrecarga de trabalho é outra barreira colocados pelos profissionais (Maula, et al., 2019; Hackett, 2013).

A denúncia dos maus tratos deverá ser realizada o quanto antes, de modo a prevenir futuras complicações para a criança/jovem. Uma criança que sofre de maus tratos terá consequências futuras na sua saúde e complicações no seu desenvolvimento social (Pereira, 2017; Gomes, 2018). A denúncia é um dever obrigatório, para poder proteger a criança. Esta obrigatoriedade está descrita no art. 66 n°2 do LPCJP, pelo que é um dever cívico (CNPDPJCJ, 2011), o EESIP tem de sensibilizar a todos os profissionais para que a denuncia seja realizada em tempo útil, pois só assim é possível proteger as crianças/jovens em risco/perigo.

3.3.4 Necessidade de formação a profissionais sobre a temática maus tratos crianças/jovens

A necessidade de formação a profissionais sobre a temática maus tratos crianças/jovens é uma competência do EESIP (OE, 2018).

A falta de formação profissional é uma lacuna para o reconhecimento dos maus tratos a crianças/jovens (Elarousy & Abed, 2019; Al-Saif, et al., 2017; Flemington & Fraser, 2017). A participação em sessões formativas aumenta os conhecimentos sobre esta temática, dando assim ênfase à formação e à necessidade da mesma (Taylor & Harris, 2017; Flemington & Fraser, 2017; Gadner, et al., 2018). A formação deve ser implementada pelas entidades e Políticas de Saúde Pública (Moreira et al., 2013).

Apesar de haver concordância sobre a importância da formação, Moreira et al. (2013), referem que, a presença dos profissionais em sessões de formação não foi pertinente para obter conhecimento sobre esta temática, mas sim o tempo de serviço e as especializações em áreas específicas poderá estar associado aos níveis de conhecimento.

O tempo de serviço na área é importante e ajuda a reconhecer mais facilmente crianças/jovens vítimas de maus tratos (Francis, et al., 2014; Adams, et al., 2012). Sathiadas et al. (2018), não corroboram da mesma opinião, salientando que o tempo de serviço que não tem qualquer impacto significativo, sobre o reconhecimento dos profissionais de saúde nos diferentes tipos maus tratos.

A experiência profissional é uma fonte de conhecimento quando devidamente refletida, uma vez que a prática é promotora do desenvolvimento de competências através da observação e da avaliação, aumentando assim a sensibilidade para dos profissionais para estes casos e conseqüentemente a sua notificação (Silva et al. 2014).

No entanto, o método para obter conhecimentos é fundamental, a formação por si só é considerada o primeiro passo para a prevenção da mortalidade ligada a esta temática e esta deve ser contínua e regular (Sathiadas, et al., 2018; Francis, et al., 2014; Flemington & Fraser, 2017; Hackett, 2013). Os protocolos são também essenciais para orientação dos EESIP na notificação e encaminhamento (Maul et al., 2018).

A avaliação do conhecimento dos EESIP, após as formações, é fundamental, pelo que, devem aplicados instrumentos de fácil utilização para avaliação dos conhecimentos sobre esta temática, após cada formação de forma avaliar se houve melhoria nos conhecimentos (Oliveira et al., 2016).

O EESIP avalia tanto os seus conhecimentos como o de outros profissionais ligados a crianças /jovens. Estes deverão possuir conhecimentos sobre esta temática, e cabe ao EESIP intervir junto dos mesmos para que possam detetar precocemente algum sinal ou sintoma de que a criança/jovem possa estar a ser vítima de maus tratos (Pinto et al., 2018).

Após análise desta categoria conclui-se que a formação é uma intervenção importante do EESIP, em todos os contextos da prática clínica e deverá envolver todos os profissionais da equipa cujo interesse e objetivo final é a promoção da saúde da criança protegendo-a de qualquer forma de maus tratos.

Neste sentido, a formação é de extrema importância para a obtenção de conhecimentos sobre esta temática, para a prevenção dos maus tratos, no entanto, a denúncia dos mesmos é o primeiro passo na proteção da criança e faz parte das competências do EESIP.

Terminamos a discussão, enaltecendo com a evidência científica, que para o EESIP poder identificar crianças/jovens em risco nos diferentes contextos da prática clínica, deverá: ser detentor de conhecimento sobre as definições, tipologias, sinais e sintomas; e conseguir identificar as barreiras que possam interferir na denuncia; encontrar estratégias para as ultrapassar; promover formação sobre esta temática e conhecer os protocolos e Leis.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os maus tratos a crianças/jovens é um tema de extrema importância, pelo que o conhecimento sobre esta temática é imprescindível para a correta intervenção na sua prevenção. O EESIP deverá possuir conhecimentos para poder intervir corretamente quer na sua prevenção, diagnóstico, sinalização, bem como na proteção das crianças/jovens.

A presente proposta de intervenção resulta da RIL realizada por nós anteriormente e resultados que emergiram na discussão estudos.

Os estudos da nossa RIL apontam para algumas lacunas no conhecimento por parte dos Enfermeiros acerca desta temática, bem como na identificação dos sinais e sintomas associados aos diferentes tipos de maus tratos, daí surge a necessidade de propor algumas intervenções para a melhoria contínua dos cuidados à criança e família.

Criar grupos de trabalho, constituídos por pelo menos um EESIP nas diversas instituições de saúde e serviços, quer sejam cuidados primários ou diferenciados. Os grupos de trabalhos devem identificar os conhecimentos que as equipas têm sobre maus tratos, sinais e sintomas associados aos diferentes tipos de maus tratos, como efetuar o encaminhamento, a legislação vigente dos maus tratos crianças/jovens. Após realizarem esta identificação devem desenvolver às equipas diferente formações.

As formações devem ter como principal objetivo capacitar os enfermeiros e restantes elementos das equipas para a notificação e identificação da criança em situação de risco. Devem para isso ser sensibilizados para a sua importância na identificação e notificação da criança em situação de risco.

Assim, as formações para além de abordarem conteúdos como: tipologias dos maus tratos, sinais e sintomas dos mesmos, Leis, protocolos e Diretrizes existentes, como se processa a denúncia e o devido encaminhamento, devem também abordar o desenvolvimento físico da criança nas suas diversas faixas etárias. Será desta forma possível relacionar e identificar mais facilmente alguns sinais de abuso sexual, nomeadamente a rotura do freio oral.

A realização de folhetos informativos que serão facultados no final de cada sessão e terão como objetivo a rapidez e facilidade pesquisa, no caso de surgirem dúvidas nos diferentes contextos de atuação. Nos folhetos deverão estar descritas as tipologias, sinais e sintomas associados a cada uma, bem como o processo de sinalização e o devido encaminhamento.

Os EESIP devem informar as equipas dos diferentes contextos de prática clínica sobre os diferentes serviços de apoio criança/jovem existente em cada região, como o caso da CNPCJR, NHACJR, NACJR e Polícia Judiciária, apenas no caso do abuso sexual, esta informação deverá ser alargada à comunidade em geral.

Também deve ser definido um protocolo de encaminhamento entre os diferentes serviços e contextos que deve ser confidencial, e onde deverá constar: quem é o abusado, as razões que levam a esta denúncia, tipologia de mau trato, os sinais e sintomas que a criança/jovem apresenta, possível agressor e o contacto de quem denuncia em caso de necessidade de mais algum esclarecimento. No caso de necessidade de cuidados imediatos de saúde, deverá ser contactado os SUP, a informar da situação e deverá ser realizado o encaminhamento destas crianças/jovens. Os SUP devem garantir que a criança/jovem dá entrada no serviço e posteriormente deverá ser comunicada à pessoa que faz denuncia.

Para além da formação nos contextos da prática clínica é importante o EESIP levar esta temática à comunidade, pois as crianças/jovens estão inseridas numa comunidade, pelo que é necessário sensibilizar toda a população. Nomeadamente a comunidade escolar que lida diariamente com crianças/jovens. Estas sessões deverão possuir informações claras e simples, aquando a comunicação de modo à sua compreensão. Deverá estar presente as tipologias, sinais e sintomas, bem como a forma como à denúncia. Estas formações deverão ser frequentes e deverão constar nas atividades de saúde escolar programadas anualmente, abrangendo o maior número de pais, professores, auxiliares de ação educativa, entre outros.

É importante salientar nas diferentes formações, que a denúncia pode ser realizada de forma anónima, incentivando assim quer aos profissionais nos diferentes contextos a proceder à denuncia, não havendo assim possibilidades de represálias das famílias.

Em suma, as intervenções do EESIP na referenciação da criança /jovem em risco deverão ser construtivas, tendo como princípios fundamentais a proteção e a prevenção. Para que estas possam ser realizadas o EESIP deverá incidir a sua atuação na criação de grupos de trabalho, formações contínuas a todas as classes profissionais que lidam diariamente com crianças, adaptando a linguagem e comunicação, com o mesmo objetivo de transmitir informação sobre a temática dos maus tratos. Só com o conhecimento é possível intervir protegendo as crianças/jovens e famílias de qualquer forma de maus tratos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o percurso desenvolvido desde a componente teórico-prática ao desenvolvimento deste relatório final no âmbito do Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, constitui uma mais valia no desenvolvimento profissional como EESIP.

A realização da análise crítico-reflexível deste relatório permitiu consolidação de conhecimentos, abordar as atividades desenvolvidas, bem como as competências do EESIP. Após esta análise foi possível aprimorar as competências potenciando assim os cuidados de enfermagem prestado à criança inserida na família e comunidade.

Os maus tratos a crianças/jovens é uma temática que infelizmente com o passar do tempo não tendem a aumentar, pelo que o EESIP deve promover conhecimentos sobre esta problemática de modo a intervir junto das crianças/jovens em risco, para que proceder à sua adequada referenciação.

Com a realização deste estudo, verificou-se a pertinência desta temática, uma vez que os profissionais de saúde se mostraram conscientes da sua importância, no entanto, foram verificadas algumas lacunas nos seus conhecimentos, razão pela qual não procedem corretamente à referenciação. A proposta de intervenção vai de encontro às lacunas verificadas na evidência, sendo proposto a criação de grupos de trabalho formados por EESIP. A formação dos profissionais de saúde em contexto hospitalar, promovido pelos grupos de trabalho criados, bem como a criação de um plano de atividades da no âmbito da saúde escolar. Foi também proposta uma revisão dos procedimentos dos diferentes contextos clínicos, estas intervenções são fundamentais a identificação referenciação de crianças/jovens em risco.

Os estudos demonstram a necessidade de investir nesta temática, com a realização de estudos futuros de modo a verificar a eficiência das formações realizadas. Com a análise dos resultados foi também possível verificar que os EESIP com mais formação obtiveram melhores resultados na identificação de uma criança/jovem em risco, assim sendo é fundamental investir nesta área.

Durante a realização deste relatório, houve algumas dificuldades em contactar com as entidades de proteção da criança/jovens como o caso da Comissão Nacional de Proteção de Crianças Jovens de Ponta Delgada, devido à confidencialidade dos dados, bem como o NHACJR, devido às alterações da equipa.

Em suma, com a realização deste relatório, foi notório o crescimento pessoal e profissional bem como desenvolvimento e a consolidação quer das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas do EESIP.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, D. F.M. (2020). *Crianças e Jovens em Risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos Maus Tratos*. [Master's thesis- Instituto Politécnico de Portalegre] - Repositório do Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/33224>
- Adams, J.A., Starling, S.P., Frasier, L.D., Palusci, V.J., Shapiro, R.A., Finkel, M.A. & Botash, A.S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect* 36, 383–392. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.004>
- Al-Saif, D.M., Al-Eissa, M., Saleheen, H., Al-Mutlaq, H., Everson, M.D. & Almuneefb, A. (2017). Professionals' Attitude Toward Reporting Child Sexual Abuse in Saudi Arabia. *Journal of Child Sexual Abuse*. DOI: 10.1080/10538712.2017.1360429
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Estatísticas APAV, Relatório Anual*. https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient and Family. Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics* 129 (2), 394-404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Processo de Luto. Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª edição). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Barreto, M.S., Peruzzo, H.E., Garcia-Vivar, C. & Marcon, S.S. (2019). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Revista Escola de Enfermagem USP* 53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018001303435>
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil. Manual Técnico*. Eegoc Editora
- Bento, M.S.D., Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2020). A criança-família. da centralidade dos cuidados à relação de parceria. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém* 8 (1). DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19898>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A. & Macedo, M. (2011). O Método da revisão integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e sociedade belo horizonte* 5 (11) p. 121-136.
- Castro, A.I.R. (2019). *Cuidar Sem Dor – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6 Anos*. [Master's thesis- Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/29257>

- Carvalho, J.M.N. (2020). *Adaptação à Maternidade: Influência de uma Intervenção de Educação Parental em Mães Primíparas*. [doctoral thesis-Universidade do Porto]. Repositório Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/132242>
- Child Welfare Information Gateway. (2019). *What Is Child Abuse and Neglect? Recognizing the Signs and Symptoms*. <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/whatiscan.pdf>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2011). *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2021). *Relatórios Anuais de Avaliação da Atividades da CPCJ*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relatório+Anual+da+Atividade+das+CPCJ+do+ano+2021/aba29f21-787d-41fc-8ee8-76d5efa82855>
- Correa, W., Minetto, M.F. & Crepaldi, M.A. (2018). Family as a Promoter of the Development of Children with Delays. *Pensando Famílias*, 22(1), 44-58. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Correia, S.L.B. (2019). *Qualidade na Gestão da Dor em Pediatria: Revisão Sistemática da Literatura*. [Master's thesis- Instituto Politécnico de Viseu] - Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. RCAAP: <http://hdl.handle.net/10400.19/5467>.
- Costa, F.C.B. (2020). *Perspetiva sobre os Maus-Tratos a Crianças e Jovens – Um Estudo de Psicologia Forense*. [Master's thesis- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias] - Repositório Científico da Lusófona. URL: <http://hdl.handle.net/10437/10248>
- Decreto-Lei no 147/99 – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República I Série A (05 de Julho de 2018). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1999-34542475>
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens- Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*

- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
<http://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Elarousy, W. & Abed, S. (2019). Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 25(6), 413-421, <https://doi.org/10.26719/emhj.18.055>
- European Association for Children in Hospital [EACH] (1988). Carta da Criança Hospitalizada: Instituto de Apoio à criança
- Fernandes, F.A.P. (2020). *Estratégias não farmacológicas utilizadas no alívio da dor durante a vacinação em crianças: intervenção do enfermeiro de família*. [Master's thesis- Universidade de Aveiro]. Repositório da Universidade de Aveiro. RCAAP: <http://hdl.handle.net/10773/32216>.
- Ferreira, C.L.S., Côrtes, M.C.J.W. & Gontijo, E.D. (2019). Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Ciência saúde coletiva* 24 (11). <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04352018>
- Flemington, T. & Fraser, J. (2017). Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. *Enfermagem de Emergência Internacional*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.004>
- Florêncio, A.M.C. (2020). *Crescer com doença crónica: implicações na família da criança no domicílio*. [Master's thesis- Instituto Politécnico de Viana do Castelo]- Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. RCAAP: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2441>
- Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. *United Nations Children's Fund, New York*. https://www.unicef.org/publications/index_74865.html.
- Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a_o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Fortson, B.L., Klevens, J., Merrick, M.T., Gilbert, L.K., & Alexander, S.P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and

Control, Centers for Disease Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/can-prevention-technical-package.pdf>.

- Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J., Grant, J. (2014). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse* 41 (1), 58-69. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.58>
- Gadner, L.S., Derouin, A., Brown, R.; & Jonhsonm A.D. (2018). At the Front Lines: Effectively Training Community Stakeholders to Recognize and Report Child Abuse and Neglect. *O jornal de Enfermagem escolar* 36 (3), 181-186. DOI: 10.1177/1059840518812622
- Gomes, A.C.F. (2018). *Maus tratos: A negligência parental e a Proteção Social dos Menores. Uma visão sobre as concepções dos profissionais*. [Master's thesis- Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/6630>
- Hackett, A.J. (2013). The role of the school nurse in child protection. *Praticante da Comunidade Dezembro* 86 (12).
- Hetland, B. McAndrewb, N., Perazzoc, J. & Hickmand, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 44 P. 67-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008>
- Hummel P., Puchalski, M., Creech, S.& Weiss, M. (2008). Clinical reliability and validity of the N-PASS: neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. *Journal Perinatol* 28 (1), 55-60.
- Kocaaslan, E.N., Kostak, M.A., Semerci, R. & Çetintay, Y. (2020). Presença de Familiares Durante Reanimação Cardiopulmonar Pediátrica: Enfermagem Opiniões dos alunos. *Journal Emergency Intensive Care Medicine* 7, 122-7. DOI: 10.4274/cayd.galenos.2020.94695
- Leeb, R. T., Lewis, T., Zolotor, A. J. (2011). A review of the physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454-468.
- Lemos, S. R.M. (2019). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico*. [Master's thesis- escola superior

- de enfermagem do porto]. Repositório - escola superior de enfermagem do porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/30662>
- Machadeiro, I.A.C. (2018). *Prevenir e Intervir nas Escolas*. [Master's thesis-Instituto Superior de Ciências Educativas Departamento de Ciências Sociais e Humanas]. Repositório Instituto Superior de Ciências Educativas Departamento de Ciências Sociais e Humanas. <http://hdl.handle.net/10400.26/30774>
- Mariano, J.I.S. (2015). *Barreiras à utilização de sacarose no alívio da dor em pediatria*. [Master's thesis- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Marques, S.R.C. (2019). *As Intervenções Especializadas de Enfermagem à Criança e Família em Situação de Emergência*. [Master's thesis- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/32096>
- Maula, K.M., Naeem, R., Khan, U.R., Mian, A.I., Yousafzai, A.K. & Brown, N. (2019). Child abuse in Pakistan: A qualitative study of knowledge, attitudes and practice amongst health professionals. *Abuso e Negligência Infantil* 88, 51–57, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.008>
- Meiers, S. J., Eggenberger, S. K., Krumwiede, N. K., & Deppa, B. (2020). Measuring Family Members' Experiences of Integrating Chronic Illness Into Family Life: Preliminary Validity and Reliability of the Family Integration Experience Scale: Chronic Illness (FIES:CI). *Journal of Family Nursing*, 26(2), 111–125. <https://doi.org/10.1177/1074840720902129>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mokkink, L.B., Van Der Lee, J. H., Grootenhuis, M.A., Offringa, M. & Heymans, H. S.A. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): National consensus in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*, 167(12), 1441–1447. <https://doi.org/10.1007/s00431-008-0697-y>
- Moreira, G.A.R., Vasconcelos, A.A., Marques, L.A. & Vieira, L.J.E.S. (2013). Instrumentação e conhecimentos dos profissionais de equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 31 (2), 223-30.

- Mororó, D.D.S, Enders, B. C., Lira, A.L.B.C., Silva, C. M.B. & Menezes, R.M.P. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (3), 323-332. doi: 10.1590/1982- 0194201700043
- Nascimento, W.S.M., Silva, L.C.C., Dias, M.S.A., Brito, M. C.C. & Neto, J.G.O. (2017). Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: revisão integrativa. *SANARE, Revista de Políticas Públicas* 16 (01), 90-99. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1099>
- Nascimento, J. C.C. (2017). Avaliação da dor em paciente com câncer em cuidados paliativos a luz da literatura. *Saúde e Ciência em Ação* 3 (1).
- Neves, F.A.A. (2021). *Promover o desenvolvimento infantil na primeira infância: intervenção do enfermeiro especialista*. [Master's thesis- Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36824>
- Oliveira, P. & Simões, A (2014). Maus-tratos à infância: as referências dos técnicos das comissões de proteção de crianças e jovens [cpcj]. *Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (1), 82-89.
- Oliveira, L.B., Soares, F.A., Silveira, M.F., Pinho, L., Caldeira, A.P & Leite, M.T.S. (2016). Violência doméstica contra crianças: elaboração e validação de instrumento de avaliação do conhecimento dos profissionais. *Revista Latino-Americana* 24. DOI: DOI: 10.1590/1518-8345.0805.2772
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização – Guia Orientador de Boa Prática*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidaderpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019. *Diário Da República*, 26(6), 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário Da República*, 133(2), 19192–19194

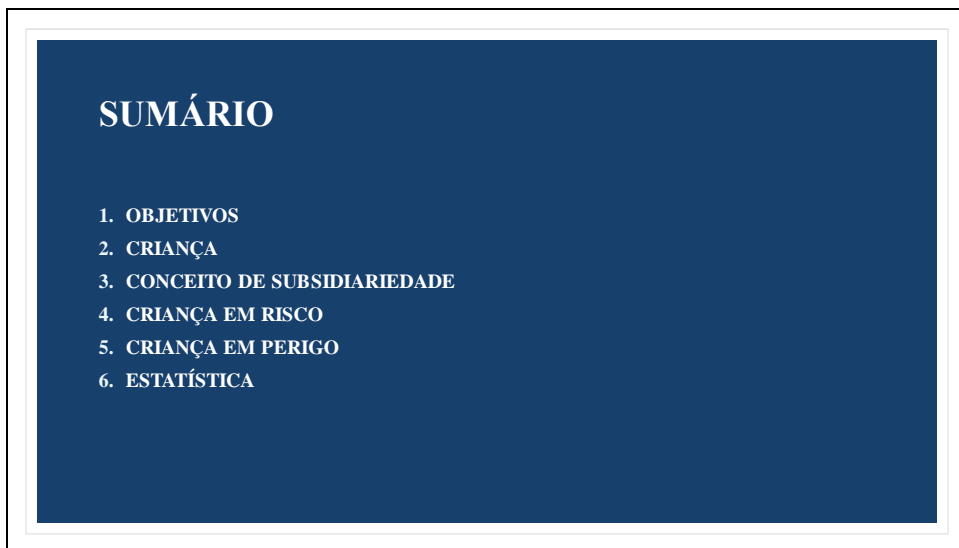
- Palazzi, A. (2020). *Musicoterapia na UTI neonatal: contribuições para a saúde mental materna, respostas fisiológicas do bebê pré-termo e interação mãe-bebê*. [Doctoral thesis- Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://hdl.handle.net/10183/218049>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M. , Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Elizabeth W Loder, E. W., Wilson, E. M., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & McKenzie, J.E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. (160). DOI:10.1136/bmj.n160
- Pédiadol (2012). La douleur de l'enfant: FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability. Pédiadol. <https://www.pediadol.org/flacc-face-legs-activity-cry,917.html>;
- Pereira, I.A.C. (2017). *Os maus-tratos na infância e os efeitos no desenvolvimento: estudo comparativo entre crianças com e sem registo de maus-tratos*. [Master's thesis- Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/108430>
- Pinto, L., Lein, A., Mahoque, R., Wright, D.W., Sasser, S.M.A. & Staton, C.A. (2018). A cross-sectional exploratory study of knowledge, attitudes, and practices of emergency health care providers in the assessment of child maltreatment in Maputo, Mozambique. *BMC Emergency Medicine* 18 (1). DOI <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0162-9>
- Pluciennik, G.A., Lazzari, M.C. & Chicaro, M.F. (2015). *Fundamentos da Família como Promotora do Desenvolvimento Infantil (parentalidade em foco)*
- Polícia Judiciária (2020). *Abuso sexual de menores*. https://estatisticas.justica.gov.pt/sites/siej/pt-pt/Paginas/Abuso_sexual_menores.aspx
- Reis, C.G.C., Muchen, M.A.B., Olesiak, L.R., Quintana, A.M. & Farias, C.P. (2021). O luto dos pais: Considerações sobre perda de um filho criança. *Psicologia: Ciência e profissão* 41 (3), 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003196821c>
- Santos, A. P. R. (2017). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde*. [Master thesis- Escola Superior de

- Saúde de Leiria]. Repositório da Escola Superior de Saúde de Leiria. RCAAP: <http://hdl.handle.net/10400.8/3685>.
- Sathiadas, M.G., Viswalingam, A. & Vijayaratnam, K. (2018). Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals. *BMC Pediatrics* 18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1138-3>
- Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf
- Silva, D. M., Afonso, V.L.F. & Silva, E. M.B. (2014). Conhecimento dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 47. 69- 82. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8110>
- Scotti, A. (2020). *World Health Organization*. <https://news.un.org/pt/story/2020/01/1700572>
- Sousa, R.A. (2013). *Promoção de Competência na parentalidade: a criança/família em transição*. [Master's thesis- Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/17731>
- Sousa, A.M.P.P.A. (2017). *Escalas e instrumentos para a avaliação da dor*. [Master's thesis- Universidade de Lisboa]. Repositório - Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/35976>
- Souza, M.T., Da Silva, M.D. & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 8 (1), 102-106.
- Taylor, L.E. & Harris, H.S. (2017). Stewards of children education: Increasing undergraduate nursing student knowledge of child sexual abuse. *Nurse Education Today* DOI: doi:10.1016/j.nedt.2017.10.004
- Teixeira, J.S. (2018). *Cuidar em fim de vida em contexto pediátrico: gestão da emocionalidade na morte e no luto*. [Master's thesis- Universidade de Lisboa]. Repositório - Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/24186>
- Teixeira, V.M.M. (2021). *Integração da doença crónica pediátrica na vida familiar: estudo preliminar da versão portuguesa do instrumento “family adaptation to chronic illness questionnaire”*. [Master's thesis-Escola Superior de Enfermagem

- do Porto]. Repositório Escola Superior de Enfermagem do Porto.<http://hdl.handle.net/10400.26/39346>
- Torgal, J.R.M.G. (2017). *Cuidar da criança e família com doença crónica em fim de vida: Estratégias de gestão emocional*. [Master's thesis-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/21089>
- Tralhão, F., Rosado, A.F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). Families as promoters of the transition to parenting. *Revista da UIIPS –Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8 (1), 17-30.
- Trindade, M.M.A.C. (2018). *Vivências na transição para a parentalidade: o contributo do enfermeiro de família*. [Master Thesis- Universidade de Aveiro- Escola Superior de Enfermagem de Aveiro]. Repositório da Universidade de Aveiro RCAAP: <http://hdl.handle.net/10773/24326>
- Zanon, B.P., Cremonese, L., Ribeiro, A.C., Padoin, S.M.M. & Paula, C.C. (2020). Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Revista Brasileira Enfermagem* 73(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0059>
- Vaz, L., Franco, V. & Leal, S. (2022). Construção de uma metodologia de avaliação da importância das soft skills na intervenção precoce na infância. *International Journal of Developmental and Educational Psychology- Revista de Psicologia*, 1 (1), 27-3627.
- Vaz, L. C. M. (2022). Manifestações orofaciais em crianças violentadas sexualmente: o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico. *Brazilian Journal of Development* 8 (8), 57095-57111. DOI:10.34117/bjdv8n8-149
- World Health Organization. (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: In *Who*.
- World Health Organization. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. In *Who*.

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMAÇÃO: MAUS TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS



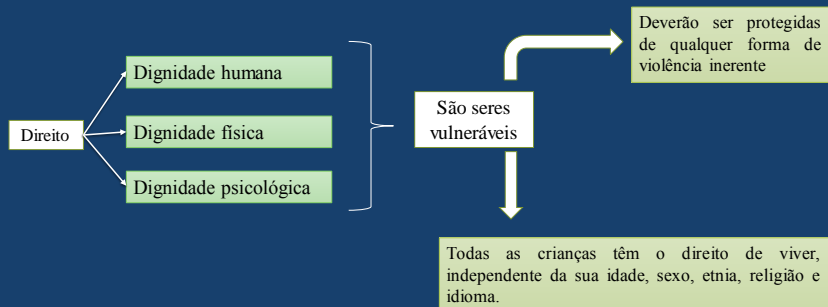
SUMÁRIO

- 7. MAUS TRATOS CRIANÇA/JOVENS
 - 7.1 NEGLIGÊNCIA
 - 7.2 MAUS TRATOS FÍSICO
 - 7.3 MAUS TRATOS PSICOLÓGICO/EMOCIONAL
 - 7.4. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO
 - 7.5 ABUSO SEXUAL
 - 7.5.1 Abuso Sexual a Menores
 - 7.5.2 Violação
 - 7.5.3 Ato Sexual com Adolescente
 - 7.5.4 Crime público
 - 7.5.5 Crime semi-público
- 8. CONCLUSÃO
- 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OBJETIVOS

- ✓ Desenvolver conhecimentos relacionados com a temática dos maus tratos a crianças e jovens;
- ✓ Sensibilizar as equipas de enfermagem acerca dos maus tratos a crianças e jovens, como um problema de saúde pública a nível nacional;
- ✓ Otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros para intervir na prevenção, deteção e sinalização de situações de crianças e jovens em risco.

2. CRIANÇA



2. CRIANÇA

Direitos da Criança estão definidos juridicamente, mas na realidade cada vez mais somos confrontados com crianças em risco, sendo esta uma realidade com dimensões e implicações gigantescas para a sociedade, à qual não se pode mostrar indiferença.

Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147, de 1999)

Visa a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral.

3. CONCEITO DA SUBSIDIARIEDADE

➤ Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, processa-se o princípio da subsidiariedade.

Intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

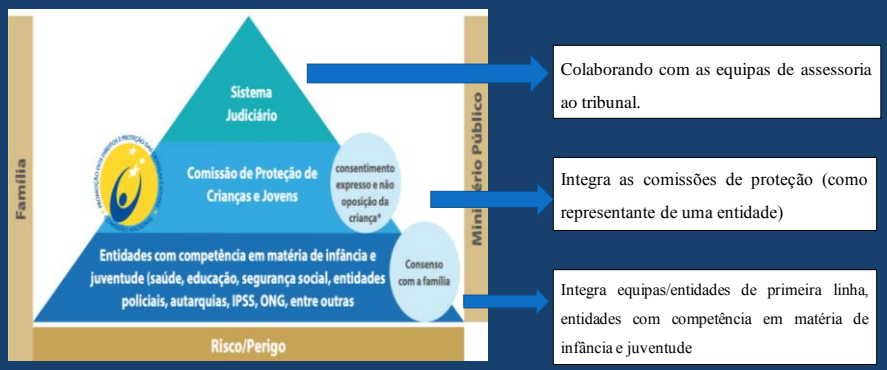


Todos devem trabalhar de um modo consensual e considerar a família como pilar de toda a intervenção.

3. CONCEITO DA SUBSIDIARIEDADE



3. CONCEITO DA SUBSIDIARIEDADE



4. CRIANÇA EM RISCO

✓ O risco, é um conceito mais lato que o de perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus tratos.

✓ A evolução negativa deste risco determina o aparecimento do perigo.

5. CRIANÇA EM RISCO

Fatores de risco

Criança/Jovem

Familiar

Direção Geral de Saúde em 2011

5. CRIANÇA EM RISCO

✓ As crianças mais vulneráveis tem probabilidade maior de se encontrar em risco.

✓ O risco leva a que a criança enfrente múltiplos problemas como a pobreza, a falta de saúde, a discriminação.

6. CRIANÇA EM PERIGO

Por sua vez o perigo
corresponde à
efetivação do risco

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;

6. CRIANÇA EM PERIGO

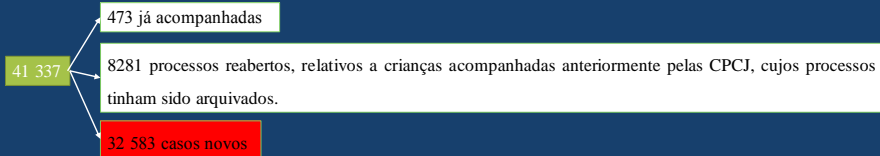
Por sua vez o perigo
corresponde à
efetivação do risco

- e) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

7. ESTATISTICAS 2020

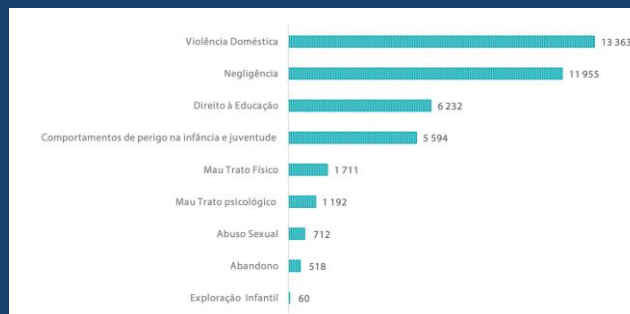


A Comissões de Proteção de Crianças e Jovens identificou 41 337.



A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima identificou 1841.

7. ESTATISTICAS 2020



Fonte: CPCJ, 2020

7. ESTATISTICAS 2020



A Organização Mundial de Saúde, identificou 204 milhões de crianças sofreram maus tratos:

- ✓ 9,6% sofrem exploração sexual;
- ✓ 22,9% são vítimas de abuso físico;
- ✓ 29,1% têm danos emocionais;
- ✓ 700 são assassinadas a cada ano.

Fonte: OMS 2020

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Direção Geral de Saúde (2011), define os maus tratos em crianças e jovens sendo qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Segundo a OMS (2016), caracteriza como todas as formas de lesão física ou psicológica, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos potenciais para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder”.

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos quais podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos quais podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8.1 NEGLIGÊNCIA

É a falha em prestar ou atender às necessidades básicas físicas, emocionais, educacionais e médicas de uma criança.

Submete-se a aspetos económicos, sociais e culturais;

8.1 NEGLIGÊNCIA

Pode ser provocado por um dos pais, ou cuidador com o intuito de não atender as necessidades básicas da criança ou adolescente, mesmo quando estes têm conhecimentos e acesso ao serviço necessários para o fazer;

As crianças que são negligenciadas emitem sinais como atraso no desenvolvimento psicomotor, desnutrição, desidratação, doenças crônicas consequentes do desinteresse do cuidador, falta de limites quanto ao seu comportamento.

8.1 NEGLIGÊNCIA

NEGLIGÊNCIAS FÍSICAS

→ Não satisfação das necessidades básicas (alimentação, vestuário, abrigo, supervisão);

NEGLIGÊNCIA MÉDICA

→ Quando não recebe tratamento médico quando necessita;

NEGLIGÊNCIA EDUCACIONAL

→ Negação de educação;

NEGLIGÊNCIA EMOCIONAL

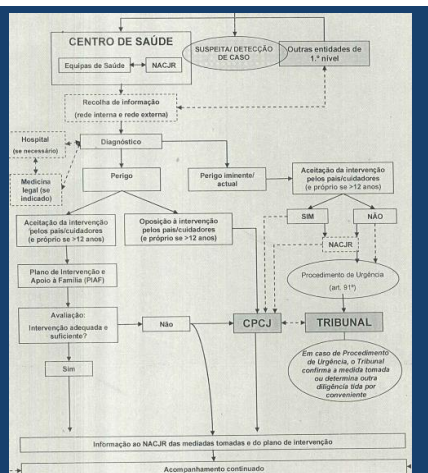
→ Quando à falta de atenção às necessidades emocionais da criança.

8.1 NEGLIGÊNCIA

Ficha de sinalização da USISM

8.1 NEGLIGÊNCIA

Ficha de sinalização da USISM



8.1 NEGLIGÊNCIA

Ficha de sinalização da USISM

Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JUVENIL

Nome: _____ Sexo: Masculino / Feminino Data Nasc: ____/____/____ Idade: ____ anos e ____ meses

Morada (rua, nº e andar): _____ Localidade: _____ Cód. Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Nº Utente: _____

Centro de Saúde: _____ Jardim-de-infância/Escola: _____

Médico de Família: _____ Outros da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável: _____ Outras informações de interesse: _____

N.º Iniciais Civilizadas: _____

B - DADOS DA SINALIZAÇÃO

Entidade Sinalizadora: _____

Contactos da Entidade: _____ Email: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____

Morada: _____ Quem enviou: _____

Contactos: _____

Data de sinalização: ____/____/____

Data do primeiro contacto com a família na situação em análise: ____/____/____

C - MOTIVOS DA SINALIZAÇÃO (SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO)

Não trata bem a criança Negligência

Alta taxa parvoles / emocional Abandono

Abandono afectivo Dificuldades parentais/familiares

Abuso sexual (suspeita) Abuso sexual (confirmado)

Problemas comportamentais Problemas comportamentais

agressividade contra outros (família, amigos, professores, colegas, passadeira) (auto)agressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, etc., ...

Comportamentos aditivos nos cuidados (álcool, substâncias ilícitas, etc.) Abandonos escolar sem justificação

Dificuldade de aprendizagem sem explicação suficiente Problema de saúde grave na criança/fratão

Outros motivos: _____ Comentários: _____

8.1 NEGLIGÊNCIA

Ficha de sinalização da USISM

Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/índices/indicadores e/ou factores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.

Tipo de Sinalização: Suspeita Observação isolada Existência Observação isolada

Observação reiterada Observação reiterada

Tipo de Intervenção: Ligera Moderada Intensa Muito Intensa

D - NECESSIDADES ACTUAIS E/OU NECESSIDADES FUTURAS

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano de seguimento/esclarecimento de situações análogas? Sim Não

Necessidades actuais / Medidas já tomadas (específicas, se possível, as opções assinaladas):

Encaminhamento para urgência _____

Apoio junto de outro familiar _____

Contacto com Psicólogo _____

Contacto com Serviço Social _____

Contacto com outras instituições / Núcleo de Rede / Parceiro _____

Contacto com Consultas de Especialidade _____

Internamento em Serviço Hospitalar _____

Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal _____

Contacto com CPJ _____

Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) _____

Acesso ao Artigo 91.º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo iminente; _____

Outros: _____

Técnicos Responsável pelo plano: _____

Data de Início da Implementação do Plano: ____/____/____

A família/jovem foi informado(a) da presente sinalização? Sim Não

Porquê? _____

E - MANEIRA DE RESPONSABILIZAR O SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO

Sim, mantém-se responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pelo NACR/INACR (se nos 30 dias subsequentes à presente sinalização, não existir qualquer registo de seguimento por este equip/profissional, a situação é encaminhada para o NACR/INACR).

Não, pretendo a intervenção do NACR/INACR. Justifique: _____

NOTA: - Se estiver em presença de uma situação de PERIGO, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de acção urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), torna-se automaticamente o Gestor de Caso.

8.1 NEGLIGÊNCIA

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

CNPDP CJ CPCJ O Direito das Crianças Espaço Crianças e Jovens Centro de Recursos Comunicar Situação de Perigo Contactos Pesquisar

Área restrita

Freguesia: Escolha uma opção

Estabelecimento de Ensino: [input]

Descrição detalhada da situação *
[input]

Comunicação anónima
 Comunicação anónima?

Nome * [input] Telefone * [input]

<https://www.cnpdpcj.gov.pt/comunicar-situacao-de-perigo>

8.1 NEGLIGÊNCIA

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

CNPDP CJ CPCJ O Direito das Crianças Espaço Crianças e Jovens Centro de Recursos Comunicar Situação de Perigo Contactos Pesquisar

Área restrita

E-mail * [input]

Parentesco (Obrigatório): Sem parentesco

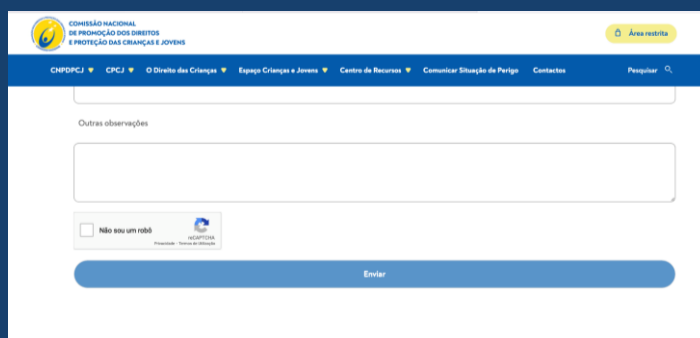
Faz parte do agregado familiar da criança? *
 Sim
 Não

Morada * [input]

Outras observações [input]

<https://www.cnpdpcj.gov.pt/comunicar-situacao-de-perigo>

8.1 NEGLIGÊNCIA



The screenshot shows the 'Comunicar Situação de Perigo' (Report Danger) form on the website of the Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ). The form includes a search bar, a navigation menu with options like 'CNPDPJ', 'CPCJ', 'O Direito das Crianças', 'Espaço Crianças e Jovens', 'Centro de Recursos', 'Comunicar Situação de Perigo', 'Contactos', and 'Pesquisar'. The main form area has a text input field for 'Outras observações' (Other observations), a checkbox for 'Não sou um robô' (I am not a robot) with a CAPTCHA icon, and a blue 'Enviar' (Send) button.

<https://www.cnpdpj.gov.pt/comunicar-situacao-de-perigo>

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8.2 MAUS TRATOS FÍSICOS

São todos os maus tratos resultantes do uso de força física contra uma criança ou jovem, que poderá vir a causar problemas de saúde;

Este tipo de maus tratos é o mais frequente e mais fácil de detetar.

OMS 2006

8.2 MAUS TRATOS FÍSICOS

Hematomas

Escoriações

Equimoses

Queimaduras

Cortes

OMS 2006

8.2 MAUS TRATOS FÍSICOS

Demora ou ausência na procura de cuidados médicos

Fraturas das costelas e corpos vertebrais

Alterações graves do estado nutricional

OMS 2006

8.2 MAUS TRATOS FÍSICOS

Mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo
acidental

Alopécia traumática e/ou por postura prolongada com deformação
do crânio

História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão
pela criança ou pelos diferentes cuidadores

OMS 2006

8.2 MAUS TRATOS FÍSICOS

A sinalização é efetuada através da mesma forma que a negligência;

- Em caso de suspeita evidente - é um crime punível por lei e está ao abrigo do Artigo 152º do Código Penal

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8.3 MAUS TRATOS PSICOLOGICOS/ EMOCIONAL

Corresponde tanto atos verbais como não verbais, podem ser isolados ou repetidos e são causados de forma intencional;

Criticar, desvalorizar, isolar, humilhar são alguns dos maus tratos psicológicos que afeta as crianças/jovens ;

Este tipo de maus tratos é mais difícil de ser detetado e deixa a criança/jovem com graves consequências futuras no seu desenvolvimento psicológico.

8.3 MAUS TRATOS PSICOLOGICOS/ EMOCIONAL

Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;

Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais;

Perturbações do comportamento alimentar;

Comportamento ou ideação suicida;

8.3 MAUS TRATOS PSICOLOGICOS/ EMOCIONAL

Choro incontrolável no primeiro ano de vida;

Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou auto-mutilação;

Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese).

8.3 MAUS TRATOS PSICOLOGICOS/EMOCIONAL

A sinalização é efetuada através da mesma forma que a negligência e dos maus tratos físicos.

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8.4 SINDROME DE MUNCHANSEN POR PROCURAÇÃO

Diz respeito à simulação por partes dos pais ou tutores legais, de simular ou criar uma doença física ou psicológica que obrigue a criança/jovem procurar por diversas vezes os cuidados de saúde para realização de tratamento invasivos ou consultas.

A DGS (2011), refere que é uma forma rara de maus tratos mas pode ser mascarado pela falta evidente de outros maus tratos.

8.4 SINDROME DE MUNCHANSEN POR PROCURAÇÃO

A sinalização é efetuada através da mesma forma que a negligência e os maus tratos físicos e psicológicos/emocionais;

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8. MAUS TRATOS CRIANÇAS/JOVENS

Os maus tratos podem apresentar diferentes formas clínicas:

Negligência (inclui abandono e mendicidade)

Maus tratos físicos

Maus tratos psicológicos/emocionais

Síndrome de Munchausen por Procuração

Abuso sexual

8.5 ABUSO SEXUAL

- É caracterizado por todo o tipo de contacto sexual quer seja consumado ou intencional, por parte de um adulto;
- A criança não compreende e por sua vez não consegue expressar o seu consentimento;
- O adulto que provoca este tipo de comportamento normalmente é alguém próximo da criança;

8.5 ABUSO SEXUAL

- Pode ser definido como obrigar a criança a tomar conhecimento ou presenciar conversas obscenas;
- Esta prática baseia-se numa relação de poder de um adulto sob uma criança ou adolescente;
- A utilização da criança/jovem em fotografias e ou filmagens também é uma forma de abuso sexual.

8.5 ABUSO SEXUAL

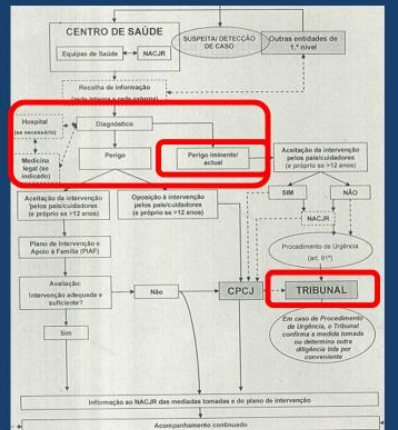


8.5 ABUSO SEXUAL



8.5 ABUSO SEXUAL

Ficha de sinalização da USISM



8.5 ABUSO SEXUAL

2020

Curiosidades!

✓ Deram entrada 1538 processo na Policia Judiciaria.

✓ Das quais 59 são da Ilha de São Miguel

8.5 ABUSO SEXUAL

Ilha de São Miguel em Dezembro de 2015:

Morreu criança de dois anos vítima de abuso sexual praticado pelo padrasto com idade de 27 anos.

A vítima estava referenciada por falta de cuidados de saúde pela CPCJ, no entanto não havia suspeita de que estaria em perigo por crime de natureza sexual.

Fonte: Polícia Judiciária

8.5 ABUSO SEXUAL

• Criança de 13 anos suspeita atos sexuais de relevo por parte de um adulto portador de doença sexualmente transmissíveis.

Fonte: Açoriano Oriental

8.5 ABUSO SEXUAL

Nos primeiros 6 meses do ano, cinco crianças foram vítimas de crimes sexuais diariamente e foi registada mais do que uma violação por cada 24 horas em 2018.

Segundo o jornal al observador.

8.5.1 ABUSO SEXUAL EM MENORES

ARTº 171 DO CÓDIGO PENAL

- ✓ Ato sexual de relevo (Cópula, coito anal/oral, introdução vaginal/anal de partes do corpo ou objetos)
- ✓ Ato de carácter exibicionista, formular proposta de teor sexual ou constranger a vítima a contacto de natureza sexual, com ou sem intenção lucrativa.
- ✓ Agir por meio de conversa, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos com ou sem intenção lucrativa



VITIMAS MENORES DE 14
ANOS

8.5.1 ABUSO SEXUAL EM MENORES

ARTº 171 DO CÓDIGO PENAL

- ✓ Ato sexual de relevo (Cópula, coito, penetração vaginal/anal de partes do corpo)
- ✓ Ato de caracter exhibicionista, exposição de teor sexual ou constrangimento de contacto de natureza sexual com intenção lucrativa.
- ✓ Agir por meios diversos, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos com ou sem intenção lucrativa

CRIME PÚBLICO

VITIMAS MENORES DE 14 ANOS

8.5.3 ATO SEXUAL COM ADOLESCENTE

ARTº 173 DO CÓDIGO PENAL

- ✓ Ato sexual de relevo



VITIMAS 14-16 ANOS

ABUSADOR MENOR DE 18 ANOS

8.5.3 ATO SEXUAL COM ADOLESCENTE

ARTº 173 DO CÓDIGO PENAL

✓ Ato sexual de relevo

VITIMAS 14-16 ANOS

CRIME SEMI-PÚBLICO

PERSECUTOR MAIOR DE 18 ANOS

COMO
DENÚNCIAR ?

8.5.4 CRIME PÚBLICO

✓ Tempo limite de comunicação 10 dias.

✓ Comunicação com relatório sintético: Identificação da criança/adolescente, data de nascimento, Morada e Contacto telefónico;

✓ Considera-se feita a comunicação ao MP quando se faz comunicação à PJ.

- Contatar de imediato para a PJ através do número de piquete 24h - 296206422 ou 966828757

- Não urgente através do email: dic.acores@pj.pt

8.5.5 CRIME SEMI-PÚBLICO

· Em caso de crime semi-público em que o abusador coabita com a vítima, contactar PSP, podendo ser necessário contactar assistente social caso a criança/jovem necessite ser retirada aos pais.

· Através do contacto : 296 205 500

Nota Importante !

Em todos os casos deverá estar presente no registo de enfermagem. Todas as lesões observadas, pois será estas que servirão de provas forenses.

9. CONCLUSÃO

- ❖ Maus-tratos na infância são um problema importante de saúde pública que afeta tanto as crianças/jovens quanto a sociedade como um todo.
- ❖ Constituem um problema de saúde pública a nível nacional com repercussões físicas e psicológicas a curto e a longo prazo, pelo que se torna fulcral sensibilizar e capacitar os enfermeiros para atuarem como entidades de primeira linha na deteção precoce, sinalização e prevenção dos maus tratos.
- ❖ Os enfermeiros, constituem a classe profissional mais ampla e a que mais contacto tem com os utentes, tendo obrigação moral, legal e responsabilidade acerca desta matéria.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, M.F.P.A. (2020). *Maus tratos Infantis- Uma Análise Econométrica das Crianças e Jovens em Portugal*. (Master's Thesis- Lisbon School Of Economics & Management.)- Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/21085>;
- Associação Portuguesa Apoio à Vitima. Crimes sexuais contra crianças e jovens: explicação da lei. <https://www.apav.pt/care/index.php/informacao-para-adult-s/crimes-sexuais-contra-criancas-e-jovens-explicacao-da-lei> - Consultado a 05 de julho de 2022;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (2020). Relatório Anual Avaliação da atividade das CPCJ;
- Direção Geral de Saúde (2011) Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção;

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Estatística da Justiça (2020). https://estatisticas.justica.gov.pt/sites/siej/pt-pt/Paginas/Abuso_sexual_menores.aspx. Consultado a 01 de Julho de 2022.
- Garcia, R. Castro, P. (2017). Pacientes policonsultantes en los servicios de pediatría: trastornos de somatización y trastorno facticio por otros (síndrome de Münchausen by proxy). *Rev. Med. Clin. Condes*. 28 (6)p 923-931. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.11.003>
- Ordem dos Psicólogos. Violência Emocional e Psicológica.
- Organização Mundial de Saúde (2016). INSPIRE- Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças;
- Pekarsky, A.R. (2020). <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/problemas-de-saude-infantil/abuso-e-negligencia-infantil/consideracoes-gerais-sobre-o-abuso-e-negligencia-infantil>- Consultado a 29 de Junho de 2022.

DÚVIDAS /
SUGESTÕES



FIM !

Maus tratos Crianças e Jovens

Tipos de maus tratos:

NEGLECTÂNCIA

- Não satisfazer as necessidades básicas
- Quando não recebe tratamento médico-pedagógico adequado
- Quando não mantém a criança no escola entre garantias que a criança tenha frequência em escola
- Quando há falta de atenção às necessidades emocionais da criança

ABUSO FÍSICO

- Bateriação
- Escarificações
- Espantamentos
- Queimaduras
- Cortes
- Manuseio em locais pouco adequados nos tratamentos de tipo cirúrgico
- Atitudes violentas e/ou por motivação punitiva, com deformação física
- Tentativa involuntária de excitar em crianças e adolescentes de baixo peso crianças pelos diferentes cuidados
- Furtos dos conteúdos e/ou pertences

ABUSO PSICOLÓGICO

- Episódios de urgência repetidos por colúmbios, demonstrando dificuldade em manter equilíbrio emocional
- Excessiva sensibilidade ou dificuldade nas relações interpessoais
- Perturbação do comportamento alimentar
- Comportamento suicida ou suicida
- Choro incontrolado ou pânico noturno
- Comportamento agressivo
- Alterações do desenvolvimento intelectual

SINDROME DE MUNCHHAUSEN POR PROCUAÇÃO

- Em respeito à condição perigosa das crianças vítimas, de evitar a criar uma doença física ou psicológica que atenda a criança e/ou adolescente para se por de mau mau em estado de saúde para realização de intervenções terapêuticas ou cirúrgicas

ABUSO SEXUAL

- Laceração do hímen
- Presença de espietas na vagina/cervicite/feridas
- Lactação anormal do seio/leite não ou do hímen, fissuras, sangues
- Lesões no pénis ou região escrotal
- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, hemorragia, fissuras, erosiões, ulcerações)
- Gravidez
- Feridas, de natureza na região vaginal ou anal
- Infecções de transmissão sexual
- Lacerações perineais ou recorrentes
- Epitaxios nos genitais ou recorrentes ou/ou laceração do fimo dos filhos

PERANTE SUSPEITA DE UMA CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS TRATOS DENUNCIE

USISM
Unidade de Suporte Integrado de Saúde da Criança e do Jovem

Comunicação de Situação de Perigo

EM CASO DE SUSPEITA DE NEGLIGÊNCIA ABUSO FÍSICO OU MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS QUE NÃO COLUQUE A CRIANÇA EM PERIGO IMEDIATO

DENUNCIA ATRAVÉS:

- ANACR - Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco de Pôr em Perigo - através do Fiche de Notificação
- <http://www.espedi.pt> (e-mail) ou por comentários-telefone-de-ponteiro (Anonato)

EM CASO DE SUSPEITA DE NEGLIGÊNCIA ABUSO FÍSICO OU MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS QUE COLUQUE A CRIANÇA EM PERIGO IMEDIATO

- Contatar de imediato a PSP e Assistência Social de Apoio ao Centro de Saúde
PSP: 224 202 200

EM CASO DE SUSPEITA DE QUALQUER FORMA DE ABUSO SEXUAL

- Contatar de imediato a Polícia Judiciária de Pôr em Perigo
- Contatar de imediato para o PP através do número de ligação 224 202042 ou 22420222
- Não esquecer, enviar de e-mail: ds@espedi.pt

QUANTO MAIS RÁPIDO A DENUNCIA MAIS RÁPIDO É A PROTEÇÃO DA CRIANÇA JOVEM

APÊNDICE II- PROCEDIMENT IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTOS DE
CRIANÇAS/JOVENS COM SUSPEITA DE MAUS TRATOS

Nome do Documento
Procedimento

Assigura o correto encaminhamento da criança/adolescente com suspeita de maus-tratos.

Referência do Documento

Serviço 24
27/03/2021

Elaborado por
Equipa Enfermagem do Serviço de Urgência



1 **Objetivo ▾**
Assegura o correto encaminhamento da criança/adolescente com suspeita de maus-tratos.

2 **Âmbito**
Equipa de Enfermagem e Médica do Serviço de Urgência Pediátrica

3 **Responsabilidade ▾**
Chefia de Enfermagem, Enfermeiros Serviço de Urgência Pediátrica

4 **Referências de Suporte ▾**

5 **5. DEFINIÇÕES:**

Criança em risco

As crianças são dotadas de vários direitos, sendo estes o direito à dignidade humana, direito à integridade física e psicologia. As crianças sendo seres vulneráveis, e deverão ser protegidas de qualquer forma de violência inerente. Todas as crianças têm o direito de viver, independente da sua idade, sexo, etnia, religião e idioma (CPCJ, 2020).

A definição de criança em risco é considerada um termo complexo, uma vez que deriva de diferentes perspetivas.

Segundo, Bairão (1994) definiu que criança em risco, é toda a criança que devido a alterações biológicas, sociais ou psicológicas menos acentuadas, poderiam vir a agravar ou atualizar situações que comprometiam o seu desenvolvimento.

Segundo Valente, (2003) cit in Nunes (2018), refere que as crianças em risco são as que têm segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento em risco.



Elaborado por
Data

Aprovado por
Data

Revisão realizada
Data

Revisão
04/12

Criança em risco indica que poderá haver potencial perigo, existe uma probabilidade elevada de desenvolver perigo para a criança. Existem fatores de risco que podem levar a criança a estar em risco estes fatores podem ser maternos, nutricionais, ambientais, traumáticos e de stress e podem advir do meio familiar ou comunitário. (revista 1 criança em risco pc do ser.)

O risco leva a que a criança enfrente múltiplos problemas como a pobreza, a falta de saúde, a discriminação. (revista 1 criança em risco pc do ser).

Vulnerabilidade por si só nos remete para a fragilidade e dependência conceito que vai de encontro com a criança em risco. O meio socio-cultural-económico-educacional em que a criança vive faz com que esta seja mais vulnerável, assim sendo as crianças mais vulneráveis tem probabilidade maior de se encontrara em risco. (artigo Vulnerabilidade pc do serviço).

A Direção Geral de Saúde em 2011 define também risco como um perigo potencial que poderá a vir comprometer os direitos da criança, sendo estes direitos, o direito à segurança, à saúde, segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. O risco é um conceito mais alargado que o perigo, sendo que a evolução negativa deste risco determina o aparecimento do perigo. Por sua vez o perigo corresponde à efetivação do risco.

As crianças e jovens identificados como estando em risco são acompanhadas, e é efetuado uma avaliação minuciosa da situação familiar, ambiental, social, cultural entre outras.

De acordo com a Lei 147/ 99 publicada no diário da república a 1 de Setembro de 1999, no artigo 3º refere que a criança ou jovem estão em perigo quando se encontram numa destas situações: "a) Está abandonada ou vive entregue a si própria; b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua

da criança como é o caso da Convenção dos Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES

Existe formas de prevenção dos maus tratos e para isso é necessário estar consciente dos fatores de risco e fatores protetores das crianças e jovens. No entanto, grande parte dos maus tratos pode ser previsível e pode ser prevenida por meio de programas que abordem suas causas e fatores de risco.

INSPIRE

2016

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf?ua=1>

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo1 (Lei nº 147/99, de 1 de Setembro) leva nos à pirâmide da subsidiariedade, e que refere que toda a sociedade é obrigada a comunicar com as entidades responsáveis no caso de uma suspeita de maus tratos, esta pirâmide divide-se em três níveis de intervenção, sendo que o primeiro nível é o referente a entidades com competência em matéria de infância e de juventude como por exemplo, educação , saúde, segurança social, entidades policiais. O segundo Nível diz respeito comissões da proteção de menores. E o terceiro Nível é referente ao tribunal. (DGS, 2011). De modo a assegurar a integridade da criança ou jovem qual quer entidade do nível primário e secundário pode solicitar a intervenção do tribunal.

MAUS TRATOS

Variadas entidades relacionadas com saúde descrevem ou definem maus tratos de forma diferentes, mas com a mesma finalidade. Existem várias tipologias de maus tratos, baseadas em diferentes critérios de classificação. Tem como finalidade categorizar a realidade e permite uma linguagem comum.



Assegure o correto encaminhamento de crianças/adolescentes com suspeita de maus-tratos.

Referência do Documento



Elaborado e
Equipe Enfermeiras do Serviço de Urgência

Os maus tratos resultam da conjugação de diferentes fatores podendo ser fatores de risco, proteção e agravamento/ crise de vida. Como foi referido anteriormente as crianças e jovens necessitam de satisfazer as suas necessidades básicas, e os maus tratos provém da não satisfação das mesmas podem ser provocados, pelos pais, cuidadores ou outra. (APAV)

TIPOS DE MAUS TRATOS:

Segundo a OMS, caracteriza o abuso ou maus tratos às crianças como todas as formas de lesão física ou psicológica, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos potenciais para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder⁷.

Por sua vez a DGS, define os maus tratos em crianças e jovens sendo qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.

Os maus tratos quais podem apresentar diferentes formas clínicas, que são: negligência (inclui abandono e mendicidade), maus tratos físicos, abuso sexual, maus tratos psicológicos/emocionais e Síndrome de Münchausen por Procuração (DGS,2011).

NEGLIGENCIA

A negligência infantil, pode ser provocado por um dos pais, ou cuidador com o intuito de não atender as necessidades básicas da criança ou adolescente, mesmo quando estes têm conhecimentos e acesso ao serviço necessários para o fazer (UNICEF, unicef/caribe -pasta do pc do serviço). Estas necessidades básicas incluem saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição e condições de segurança. (artigo maus tratos- negligencia pasta do pc do serviço).



Elaborado por
Data:

Aprovado por João Monteiro
Data:

Entidade emitida:
Data:

Edição:
1 de 12



Hospital de Braga, I.P.S.

Reflexão do Documento

Assigura o correto encaminhamento da criança/adolescente com suspeita de maus-tratos.



Destinatário:
Equipa Enfermeiros do Serviço de Urgência

Segundo Cruz et al. (2020), podem ser consideradas negligências físicas como o caso da não satisfação das necessidades básicas acima descritas, podem ser negligencia médica quando não a criança ou adolescente não recebe tratamento medico quando necessita, pode ser por negligencia educacional, este refere-se à negação de educação ^A criança ou adolescente e por fim pode ser por negligência emocional, quando à falta de atenção às necessidades emocionais da criança.

FISICOS:

Os maus tratos físicos, segundo a OMS (2006), são todos os maus tratos resultante do uso de força física contra uma criança ou adolescente, que poderá vir a causar problemas de saúde, esta força física inclui morder, queimar, envenenar, bater e sacudir pode ser causado por marcas internas como traumatismos e lesões cerebrais. (OMS 2006, pg do serviço). Este tipo de maus tratos é o mais frequente e mais fácil de detetar. (TESE MAUS TRATOS 3)

PSICOLOGICOS

Maus tratos psicológicos corresponde tanto atos verbais como não verbais, podem ser isolados ou repetidos e são causados de forma intencional. Criticar, desvalorizar isolar, humilhar são alguns dos maus tratos psicológicos que afeta as crianças e adolescentes. (artigo – abuso psicológico- pg do serviço). Este tipo de maus tratos é mais difícil de ser detetado e deixa a criança ou adolescente com graves consequências futuras no seu desenvolvimento psicológico. (tese maus tratos 3)

ABUSO SEXUAL

Abuso sexual é caracterizado por todo o tipo de contacto sexual quer seja consumado ou intencional, por parte de um adulto. (artigo abuso sexual pg serviço). A criança não compreende e por sua vez não consegue expressar o seu consentimento. O adulto que provoca este tipo de comportamento normalmente é alguém próximo da criança. (tese maus tratos 3)




Elaborado por
Data

Aprovado por
Data

Próxima revisão
Data

Página
4 de 12

Tipo de Documento Procedimento	Referência do Documento Serviço 54
Assunto Assegurar o correto encaminhamento de crianças/adolescentes com suspeita de maus-tratos.	
Destinatário Equipa Enfermagem do Serviço de Urgência	

Segundo a DGS (2011), o abuso sexual também pode ser definido como obrigar a criança a tomar conhecimento ou presenciar conversas obscenas. A utilização da criança e adolescente em fotografias e ou filmagens também é uma forma de abuso sexual. Esta prática baseia-se numa relação de poder de um adulto sob uma criança ou adolescente, uma vez que estes não têm capacidade de perceber que são vítimas. Os adultos que cometem este tipo de maus tratos podem ser punidos pelo atual art.º 171.º do Código Penal, que se refere ao crime de abuso sexual de crianças.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Síndrome de Munchausen por Procuração, diz respeito à simulação por partes dos pais ou tutores legais, de simular ou criar uma doença física ou psicológica que obrigue a criança ou adolescente procurar por diversas vezes os cuidados de saúde para realização de tratamento invasivos ou consultas. (Artigo -síndrome munchausen.pt.do.serv.) Segundo a DGS (2011) é uma forma rara de maus tratos mas pode ser mascarado pela falta evidente de outros maus tratos,

A Promoção dos Direitos da Criança ainda divide maus tratos em sendo ativos ou passivos, sendo ativo os maus tratos físicos, sexual e psicológico e os passivos a negligência física e psicológica. Refere também que o trabalho infantil e os maus tratos natais são também uma forma de maus tratos. (<https://www.cnpdpci.gov.pt/documents/10182/14801/Guia+de+Orientações+para+Profissionais+de+Ação+Social/7c76d36b-359c-44a4-8720-c5998ac0d477>).



Formulário de Identificação de Casos Suspeitos de Maus Tratos em Crianças e Adolescentes

Nome do Paciente: _____

Prontuário: _____

Endereço e dados de contacto do responsável pelo cuidado da criança: _____

Assinatura: _____

Data e hora: _____

Assinatura do Responsável: _____

5. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES:

- Todas as crianças/adolescentes com suspeita de maus tratos, os Enfermeiros ou equipa Médica do Serviço de Urgência deverá proceder ao preenchimento da ficha de identificação.
- A ficha de identificação deverá ser encaminhada para o INFACUR, conforme procedimento de envio interno de documentos do HDES.
- Em caso de suspeita de maus tratos físicos ou abuso sexual:
 - ✓ Em dia útil e em horário de expediente (colocar Hora) deverá ser contato de imediato o Gabinete de Medicina Legal e Forense do HDES, através do contato telefónico: 296283125.
 - ✓ Nos restantes dias é da responsabilidade do Serviço de Urgência, proceder à colheita de amostras biológicas bem como do seu armazenamento.
 - ✓ Deverá ser preenchido o documento referente à suspeita de maus tratos físicos e abuso sexual. Enviar um duplicado da ficha de identificação bem como a cópia da história do episódio de urgência para o Gabinete de Medicina Legal e Forense.
 - ✓ O armazenamento deverá ser conforme procedimento e é da responsabilidade do Enfermeiro que faz a colheita.
 - ✓ A colheita de amostras é colocada no Frigorífico da Área de Cirurgia da Urgência Geral e deverá ser identificado no livro de ocorrências presente no SU.
 - ✓ O Enfermeiro Responsável deverá contar o mais rápido possível o Gabinete de Medicina Legal e Forense do HDES a informar da existência de amostras no Serviço de Urgência.





Nome do documento: _____
Procedimento: _____
Referência do Documento: _____
Assigura o correto armazenamento das informações com validade de 1000-0000-
Data: _____
Assinatura: _____
Grupo Utilizador: do Serviço de Urgência

✓ O Gabinete de Medicina Legal e Forense do HDES responsabiliza-se por fazer o transporte entre a Urgência e o Gabinete de Medicina Legal e Forense do HDES.

7

7. DOCUMENTOS A ASSOCIADOS:

- Ficha de identificação:

1. Identificação
Nome da Criança: _____
Data de Nascimento: _____ PU: _____
Nome do acompanhante: _____ Ora de paratrans: _____
Morada: _____ Telefone: _____

2. Identificação de Situação:
Negligência Maus tratos físicos Maus tratos psicológicos Abuso Sexual
Sintomas de Molestas por Proneção Outros: _____
1) Perceber risco 1
2) Perceber risco 2
Descrição de Situação: _____

3. Avaliação da Criança:
Estado dos cuidados de higiene: Bom Regular Mau
Desenvolvimento motor-grossa: Adequado Não adequado
Desenvolvimento motor-fine: Adequado Não adequado
4. Exames complementares de Diagnóstico
Rx: _____

Análises: _____
Outros: _____

5. Encaminhamento:
NDA/CR Medicina Legal Polícia Judiciária Assistentia Social
Outro: _____

6. Data de Observação: _____ Hora: _____
Profissional de Saúde: _____
Assinatura: _____

Em caso de suspeita de maus tratos físicos, é necessário anexar à ficha de identificação o anexo 1 devidamente preenchido.



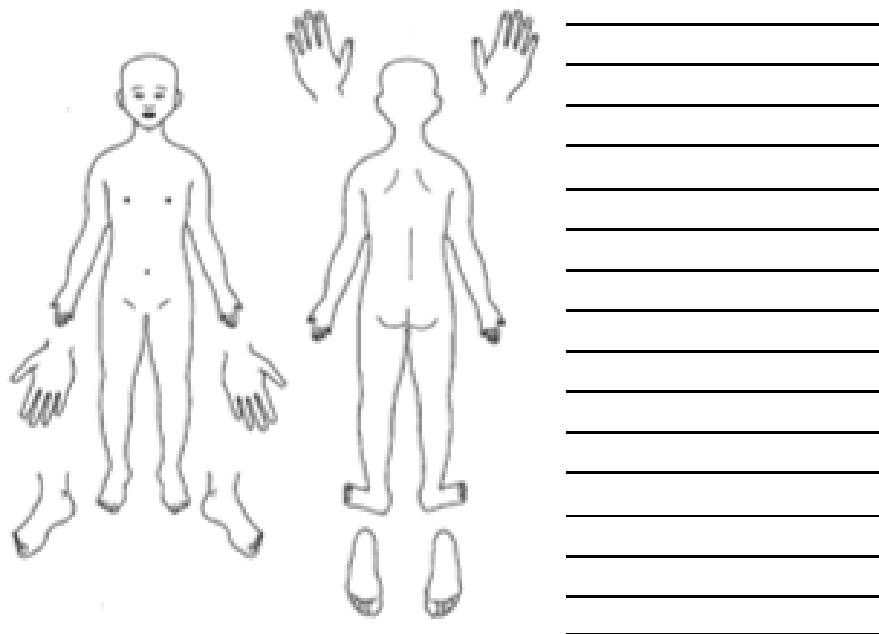
Integrado por SUS
Sistema Nacional de Saúde

Sistema Nacional de Saúde

Projeto
3 de 12

Deverá ser aplicado um X no local da lesão, no caso de ser mais do que uma
 lesão estas deverão ser numerados e em ambos colocar a descrição das lesões
 conforme se for apenas uma ou mais do que uma lesão.

Deverá ser preenchido com o: tipo, tamanho, bordos, cor, período de tempo
 aproximado desde a sua produção, gravidade.



Anexo 2- Identificação dos maus tratos por abuso sexual

No caso de suspeita de Abuso Sexual, é necessário anexar à ficha de
 identificação o anexo 2 devidamente preenchido.



Colheita de vestígios

No decurso da inspeção da superfície corporal em geral, da cavidade oral e da região genital e anal, devem ser colhidos os vestígios biológicos e não biológicos que forem sendo encontrados. Deve atender-se aos seguintes aspetos:

1. Proteção individual:

- a) Evitar o contacto direto com as amostras biológicas, usando máscara, bata e luvas descartáveis;
- b) Não beber e/ou comer e/ou fumar, aquando da manipulação de amostras biológicas;
- c) Trabalhar, sempre que possível, em condições de assepsia e usar material descartável, utilizando, para o eliminar, os contentores próprios para resíduos biológicos.

2. Proteção das amostras:

- a) Evitar a sua contaminação com material genético de outra origem incluindo o do próprio profissional de saúde;
- b) Usar luvas descartáveis limpas, que devem ser substituídas com frequência, especialmente se se manipulam vestígios biológicos de distinta origem;
- c) Usar sempre máscara e evitar falar ou espirrar sobre as amostras;
- d) Usar bata;
- e) Utilizar instrumentos descartáveis para proceder à colheita dos vestígios ou, nesta impossibilidade, limpá-los bem antes da colheita de cada vestígio;
- f) Deixar as amostras secar ao ar, em lugar protegido, antes de as embalar;
- g) Embalar cada amostra separadamente;



Elaborada por

Data

Aprovada por

Data

Revisão realizada

Data

Revisão

02 de 02



Assigurar o correto acondicionamento de amostras/biologicos com suporte de
2024-2025.



Processo:
Sistema Integrado de Serviços de Saúde

- h) Embalar as amostras em sacos próprios que será fornecido pelo Instituto de Medicina Legal;
- i) Terminada a coleta de amostras, rejeitar todo o material descartável em contentores próprios para resíduos biológicos;
- j) Preencher corretamente as requisições.



Recebido por
Data:

Expedido por: **Dr. [Nome]**
Data: [Data]

Assinado digitalmente
Data:

Assinado
Data:

KIT PARA GENÉTICA FORENSE

- Colher somente e apenas em agressões sexuais ocorridas em <72 horas.
- Deverão ser realizadas antes de qualquer exame físico ou atitude terapêutica.
- Utilizar o Kit e envelopes fornecidos para o efeito pelo Gabinete Medicina Legal Forense (GMLF).

Efetuar colheita de:

- ✓ 1 zaragatoa oral- seca;
- ✓ 1 zaragatoa que inclua margem e canal anal- humedecida com água bidestilada;
- ✓ 1 zaragatoa que inclua região vulvar e vaginal- humedecida com água bidestilada.



Informações importantes a fornecer ao acompanhante:

1. Não lavar qualquer parte do corpo onde possam existir vestígios de saliva ou sêmen;
2. Comparecer no GMLF na manhã do dia útil seguinte para avaliação pericial ou contatar 296283125;
3. Preservar as peças de vestuário usadas à data da agressão.

1. Colocar as zaragatoas identificadas (nome da vítima, local anatómico, data e hora da colheita) dentro do Kit;
2. Fechar o saco e colocar vinheta de identificação da vítima e rubricar sobre o fecho;
3. Colocar cuecas/ pensos higiênicos/ tampões da vítima em envelopes de papel enviados para o efeito. Fechar e rubricar (sobre o fecho) do envelope, colocar vinheta de identificação da vítima;
4. Colocar kit e o envelope no frigorífico;
5. Preencher documento para manter cadeia de custódia;
6. No dia útil contactar o GMLF para fazer chegar o saco e o envelope.

Acondicionamento das amostras:

O kit deve ser acondicionado num lugar seguro, com adequadas condições ambientais (ex. amostras de ADN podem se armazenadas num frigorífico a 4°C ou congeladas a -20°C, dependendo do tempo que ficaram armazenadas).

Assigura o correto armazenamento de amostras biológicas com suporte de



Processo:
Coleta, Entrega e Armazenamento de Amostras Biológicas

KIT PARA TOXICOLOGIA FORENSE (KIT C)

- Nos casos é que é necessária a determinação de alcoolemia e quantificar de substâncias que revelem interesse médico-legal
- Recolher amostras de sangue e urina até 12 a 14 horas após a possível administração de drogas.
- Deverão ser realizadas antes de qualquer exame físico ou atitude terapêutica
- Utilizar o Kit fornecido para o efeito pelo GMLF.

Cada Kit contém 1 contentor, 1 tubo com EDTA, 2 etiquetas de identificação e uma folha de registo que deverá acompanhar a colheita até ao GMLF.

Efetuar colheita de:

- ✓ 1 contentor de 30ml para colheita de urina;
- ✓ 1 tubo com EDTA para colheita de sangue.



1. Identificar os recipientes (nome da vítima, produto colhido, data e hora da colheita) dentro do Kit;
2. Fechar o saco e colocar vinheta de identificação da vítima sobre o fecho e rubricar sobre o fecho;
3. Colocar kit no frigorífico;
4. Preencher e assinar guia de transporte;
5. No dia útil seguinte fazer chegar o saco, acompanhados da guia de transporte ao GMLF.

Informações importantes a fornecer ao acompanhante:

- Comparecer no GMLF na manhã do dia útil seguinte para avaliação pericial ou contactar o 296283125;

Acondicionamento das amostras:

- As amostras devem ser mantidas refrigeradas (2°C-8°C) até serem entregues ao GMLF. Caso não seja possível a entrega no prazo de 48 horas, recomenda-se a sua congelação.
- A expedição por via postal deve respeitar as normas referente ao transporte de matérias biodegradáveis.

APÊNDICE III- FOLHETO INFORMATIVO SOBRE OS MAUS TRATOS

Maus tratos Crianças e Jovens



Tipos de maus tratos:

NEGLIGÊNCIA

- ⇒ Não satisfação das necessidades básicas
- ⇒ Quando não recebe tratamento médico quando necessita
- ⇒ Quando não matriculam a criança na escola nem garantem que a criança esteja frequentando uma escola
- ⇒ Quando há falta de atenção às necessidades emocionais da criança

ABUSO FÍSICO

- ⇒ Hematomas
- ⇒ Escoriações
- ⇒ Equimoses
- ⇒ Queimaduras
- ⇒ Cortes
- ⇒ Mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental
- ⇒ Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio
- ⇒ Histeria inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;
- ⇒ Fraturas das costelas e corpos vertebrais

ABUSO PSICOLÓGICO

- ⇒ Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente
- ⇒ Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais
- ⇒ Perturbações do comportamento alimentar
- ⇒ Comportamento ou ideação suicida
- ⇒ Choro incontrolável no primeiro ano de vida
- ⇒ Comportamentos agressivos
- ⇒ Alterações do controlo dos esfíncteres

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURACÃO

- ⇒ Diz respeito à simulação por parte dos pais ou tutores legais, de simular ou criar uma doença física ou psicológica que obrigue a criança ou adolescente procurar por diversas vezes os cuidados de saúde para realização de tratamentos invasivos ou consultas

ABUSO SEXUAL

- ⇒ Laceração do hímen
- ⇒ Presença de espermatozóides no corpo da criança/jovem
- ⇒ Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais
- ⇒ Lesões no pénis ou região escrotal
- ⇒ Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção);
- ⇒ Gravidez
- ⇒ Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal
- ⇒ Infeções de transmissão sexual
- ⇒ Leucorreia persistente ou recorrente
- ⇒ Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios

**PERANTE SUSPEITA DE
UMA CRIANÇA/ JOVEM
VÍTIMA DE MAUS
TRATOS DENUNCIE**



Comunicação de Situação de Perigo

EM CASO DE SUSPEITA DE NEGLIGÊNCIA, ABUSO FÍSICO OU MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS QUE NÃO COLOQUE A CRIANÇA EM PERIGO EMINENTE

- DENÚNCIA ATRAVÉS:

-NACJR- Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco de Ponta Delgada - através da ficha de Sinalização

-<https://www.cnpdpcj.gov.pt/comunicar-situacao-de-perigo> (Anónimo)

EM CASO DE SUSPEITA DE NEGLIGÊNCIA, ABUSO FÍSICO OU MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS QUE COLOQUE A CRIANÇA EM PERIGO EMINENTE

- Contactar de imediato a PSP e Assistente Social de Apoio ao Centro de Saúde

PSP: [296 205 500](tel:296205500)

EM CASO DE SUSPEITA DE QUALQUER FORMA DE ABUSO SEXUAL

- Contactar de imediato a Polícia Judiciária de Ponta Delgada

- Contactar de imediato para a PJ através do número do piquete 24h - [296206422](tel:296206422) ou [966828757](tel:966828757)

- Não urgente, através do email: dic.acores@pj.pt

**QUANTO MAIS RÁPIDO A
DENÚNCIA MAIS RÁPIDO É A
PROTEÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM**