

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUES- LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Inês Nunes de Azevedo

**Antecipar para melhor cuidar:
A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Saúde Infantil e Pediátrica na Parentalidade
Comprometida**

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica

Orientadora Pedagógica:
Mestre Carla Silva Mendes

Julho 2023

AGRADECIMENTOS

À Professora Mestre Carla Mendes, pela maravilhosa orientação, motivação, apoio e disponibilidade demonstrados ao longo de todo este percurso.

Aos professores José Vilelas e Joana Marques pelo apoio e motivação constante.

Aos meus Pais pelo suporte, paciência e compreensão incondicional. Obrigada por nunca me deixarem desistir quando a motivação faltou.

Às minhas amigas Inês Casimiro, Inês Rodrigues, Maria Côrte-Real, Inês Mendes, Beatriz Ribeirinho e Marta Valbom, por terem aguentado tantas ausências e terem sido o meu braço direito neste desafio.

Às minhas colegas de trabalho pelo esforço, compreensão e disponibilidade em ajudar-me nas infinitas trocas de turnos, ao longo do último ano e meio.

Um especial agradecimento à Enf^ª Hortênsia, Enf^ª Sofia Duarte, Enf^ª Sofia Raposo e Enf^ª Cláudia e a todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste projeto e que de alguma forma contribuíram para a sua viabilidade e desenvolvimento.

Por fim, a Deus, por me ter guiado e ter colocado na estrada da minha vida, todas estas pessoas importantes.

Muito obrigada!

RESUMO

A parentalidade entende-se como um papel que exige responsabilidades inerentes ao mesmo, associada ao desempenho de comportamentos destinados a facilitar a congregação da unidade familiar. Estes, visam otimizar o desenvolvimento saudável da criança e por esse motivo, são adotadas expectativas inconscientes, por parte dos próprios pais, família, amigos e sociedade, no que toca a comportamentos parentais, classificando-os como adequados ou inadequados. Por vezes, estas condutas parentais são afetadas, ameaçadas ou indevidas, tornando-se desadequadas para a criança e por esse motivo, podemos descrever o estado de Parentalidade Comprometida.

Metodologia e Objetivo: Deste modo, utilizando a metodologia de projeto, o presente relatório tem como objetivo realizar uma análise crítica, objetiva e contextualizada de todo o percurso realizado, analisando as especificidades dos vários contextos de estágio e consequentemente das competências de Enfermeiro Especialista adquiridas.

Resultados: Inerente ao conceito de parentalidade, surge a conexão direta à vinculação, neste caso aos laços afetuosos criados entre os pais ou cuidadores, com a criança.

Constata-se que associado à evolução de um processo vinculativo insuficiente, está associada uma maior dificuldade em atingir a identidade parental, conduzindo a problemáticas mais extremas como o caso dos maus-tratos infantis.

Conclusões: Neste sentido, a proximidade entre o enfermeiro e a díade (criança/família), em conjunto com a prática de cuidados humanizados, individualizados e com uma visão holística, proporciona o reconhecimento de diversas questões, mais complexas que apenas uma análise de dados antropométricos, como por exemplo, a identificação de situações de risco. No decurso da minha experiência profissional tenho constatado algumas situações que comprometem a parentalidade, destacando pela sua frequência, os de maus-tratos infantis, o nascimento de um recém-nascido pré-termo (RNPT) com consequente hospitalização na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) e a hospitalização da criança, (como uma das principais crises na vida e no quotidiano da mesma e da sua família).

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica, Parentalidade, Parentalidade Comprometida, Vinculação, Criança, Enfermeiro, Hospitalização, Maus-tratos Infantis;

ABSTRACT

Parenting is understood as a role that requires responsibilities inherent to it, associated with the performance of behaviours aimed at facilitating the congregation of the family unit. These behaviours are aimed at optimizing the healthy development of the child and for this reason; parents, family, friends, and society regarding parental behaviours, classifying them as adequate or inappropriate, adopt unconscious expectations. Sometimes, these parental behaviours are affected, threatened or undue, becoming inappropriate for the child and for this reason, we can describe this posture as a state of Committed Parenting.

Methodology and Objective: Thus, using the project methodology, this report aims to resume a critical, objective, and contextualized analysis of the entire path taken, analysing the specificities of the various internship contexts and consequently of the acquired Specialist Nurse skills.

Results: Inherent to the concept of parenting, there is a direct connection to bonding, in this case to the affectionate bonds created between parents or caregivers, with the child. It appears that, associated with the evolution of an innocuous and insufficient binding process, it leads to greater difficulty in achieving parental identity, which may lead to more extreme problems such as child abuse.

Conclusions: In this sense, the proximity between the nurse and the dyad (child/family), together with the practice of humanized, individualized care and with a holistic view, provides the recognition of several issues, much more complex than just an analysis of anthropometric data, such as the identification of risk situations. In the course of my professional experience, I have noticed some situations that compromise parenting, highlighting. Due to their frequency, the behaviour of child abuse, the birth of a preterm new-born (PTNB) with consequent hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (UCIN) and the hospitalization of the child, as one of the main crises in the life and daily life of the child and her family).

Keywords: Paediatric Nursing, Parenting, Committed Parenting, Attachment, Child, Nurse, Hospitalization, Child Abuse.

LISTA DE SIGLAS

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

CIPE (Classificação internacional para a Prática de Enfermagem)

CPCJ (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens)

RN (Recém-nascido)

UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal)

OE (Ordem dos Enfermeiros)

CCF (Cuidados Centrados na Família)

TTAM (Teoria das Transições de Afaf Meleis)

MRAT (Application of Mercer's Maternal Role Attainment Theory; Teoria de Realização do Papel Materno de Mercer)

RNPT (Recém-nascido pré-termo)

CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens)

APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima)

(PBE) Prática Baseada na Evidência

SUP (Serviço de Urgência Pediátrica)

CSP (Cuidados de Saúde Primários)

SO (Serviço de Observação)

NHACJR (Núcleo Hospital de Apoio a Crianças e Jovens em Risco)

SC (Supervisor Clínico)

SP (Supervisor Pedagógico)

PNV (Plano Nacional de Vacinação)

Índice

I-Introdução.....	9
II-Enquadramento Teórico.....	12
II.1. Parentalidade Comprometida <i>versus</i> Parentalidade Positiva.....	13
II.2. A parentalidade comprometida e os Maus-tratos infantis	15
II.3. A parentalidade comprometida e o Nascimento de um Recém-Nascido Pré-Termo e o seu internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal ..	17
II.3.1. O toque dos pais no recém-nascido prematuro	19
II.4. A parentalidade comprometida e a Hospitalização da Criança desde a 1ª Infância à adolescência.....	20
II.5. Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis à Parentalidade Comprometida	23
III - Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre	25
III.1. Serviço de Urgência Pediátrica	26
III.1.1. Caracterização do Contexto	26
III.1.2. Diagnóstico de Situação	27
III.1.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido	29
III.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal	31
III.2.1. Caracterização do Contexto	31
III.2.2. Diagnóstico de Situação	33
III.2.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido	35
III.3. Unidade de Cuidados à Comunidade	37
III.3.1. Caracterização do Contexto	37
III.3.2. Diagnóstico de Situação	38
III.3.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido.....	39
III.4. Serviço de Internamento Pediátrico	42
III.4.1. Caracterização do Contexto	42
III.4.2. Diagnóstico de Situação	43
III.4.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido	45
IV - Considerações Finais	49
V-REFERÊNCIAS.....	53
VI – APÊNDICES	59
Apêndice A - Plano de Projeto	
Apêndice B: Cronograma de atividades do Módulo I	

Apêndice C: Questionário: “Intervenção do Enfermeiro de Urgência Pediátrica, em Situações de maus-tratos infantis”

Apêndice D: Resultados do Questionário da EE da Urgência Pediátrica sobre: “Intervenção do Enfermeiro em situações de maus-tratos infantis”

Apêndice E: Cartões: “Avaliação da Dor em Pediatria”

Apêndice F: Sessão de Sensibilização para a EE sobre a temática “Avaliação da Dor em Pediatria”

Apêndice G: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão “Avaliação da Dor em Pediatria”

Apêndice H: Póster Informativo para os Pais “Como posso ajudar o meu filho durante procedimentos invasivos?”

Apêndice I: Póster Informativo para os Pais “Como posso ajudar o meu filho durante procedimentos invasivos?”

Apêndice J: Sessão de Sensibilização para a EE “Maus-Tratos Infantis, detetar e encaminhar”

Apêndice L: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão “Maus-Tratos Infantis, detetar e encaminhar”

Apêndice M: Questionário “O toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: A técnica de Massagem Infantil”

Apêndice N: Respostas ao Questionário “O toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: A técnica de Massagem Infantil”

Apêndice O: Sessão de informação e sensibilização à EE sobre “O Toque dos Pais no RN internado numa UCIN: Benefícios e Técnicas”

Apêndice P: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão: “O Toque dos Pais no RN internado numa UCIN: Benefícios e Técnicas”

Apêndice Q: Sessão para os Pais “Oficinas do Cuidar”

Apêndice R: E-BOOK Guia de consulta para os Pais “Oficinas do Cuidar”

Apêndice S: Sessão sobre a importância da Vacinação: Projeto Bebê ao Colo

Apêndice T: Sessão realizada na comunidade com o tema “Fases do desenvolvimento Infantojuvenil: Que Desafios? Parentalidade Positiva”

Apêndice U: Questionário: “Intervenção do Enfermeiro de Internamento Pediátrico em situações de maus-tratos infantis”

Apêndice V: Resultados do Questionário da EE de Internamento Pediátrico sobre: “Intervenção do Enfermeiro em situações de maus-tratos infantis”

Apêndice X: Póster “Parentalidade Positiva”

Apêndice Z: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão “Maus-Tratos Infantis, detetar e encaminhar”

VII – ANEXOS

ANEXO 1: Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão de formação realizada

ANEXO 2: Protocolo: Promover a Vinculação – Neonatologia

ANEXO 3: Protocolo: Oficinas do Cuidar

ANEXO 4: Póster de divulgação

I- Introdução

A minha experiência profissional na prestação de cuidados à criança e família em contexto hospitalar, no decorrer dos últimos anos, incentivou-me a desenvolver competências específicas para otimizar a minha intervenção enquanto enfermeira na área da pediatria. Centrada neste objetivo, integrei o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o intuito de me tornar especialista nesta área. A Ordem dos Enfermeiros (OE) considera como EESIP, aquele que aplica um modelo conceptual centrado na criança e família, focando a sua intervenção em torno de uma fase importante do ciclo vital, promovendo o mais elevado estado de saúde possível, trabalhando em parceria de cuidados com a criança e família ¹.

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 2º Módulo do Estágio de Natureza Profissional, do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, centrando-se nos vários contextos do ensino clínico, tais como, um serviço de urgência pediátrica, um serviço de neonatologia, um serviço de internamento pediátrico de um Hospital público, e ainda uma Unidade de Cuidados na comunidade (UCC). Assim, este relatório traduz-se num instrumento essencial de avaliação de todo este processo individual de aprendizagem, de aquisição e desenvolvimento de competências, em concreto, das competências comuns e específicas do EESIP.

No contexto profissional em que me encontro inserida, presto cuidados de enfermagem a crianças em diferentes estados de saúde e motivos de internamento díspares. Frequentemente, vivenciei experiências que me motivaram a questionar a desmedida importância do papel parental no desenvolvimento e crescimento de uma criança.

Segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), a parentalidade define-se como cuidar e assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai, desempenhando comportamentos destinados a facilitar a congregação de um recém-nascido na sua unidade familiar.

Estes comportamentos, destinam-se a otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, adotando inconscientemente as expectativas da sociedade, família e amigos, no que toca aqueles que são considerados comportamentos parentais adequados ou inadequados. Quando estas condutas parentais são afetadas, ameaçadas ou indevidas, descrevemos aquilo que se considera um estado de Parentalidade Comprometida². Este

conceito de parentalidade está diretamente ligado à vinculação, descrita como a ligação entre a criança e a mãe e/ou pai, integrando, desta forma, o desenvolvimento de laços afetivos².

Depreende-se que um processo vincutivo ineficaz pode levar a dificuldades em alcançar a identidade paternal e conduzir a problemas a longo prazo, como os maus-tratos infantis. Praticamente metade das ocorrências, de maus-tratos a crianças, nomeadamente por negligência, ocorrem em recém-nascidos (RN), sendo que em 80% dos casos, sucedem-se na primeira semana após o parto³.

O Relatório de Avaliação da Atividade da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) no ano de 2021, concluiu que a Violência Doméstica, em 30,5%, logo seguida da Negligência, com 28,7% dos casos, constituem as categorias de perigo mais registadas nas comunicações recebidas. Na categoria da Negligência, as situações mais comuns são a exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança e a falta de supervisão ou acompanhamento familiar (22,7%). Já que os estabelecimentos de saúde estão incluídos numa representatividade de 62,79% no desenvolvimento de medidas de apoio aos Pais e em 24,71% dos casos são responsáveis pela aplicação e execução das mesmas, a sensibilização para esta temática torna-se significativa⁴. Assim como as situações de maus-tratos infantis, também o nascimento de um recém-nascido pré-termo (RNPT) pode levar a obstáculos no processo vincutivo e de transição para a parentalidade, já que a família, inevitavelmente, passa por um processo de separação precoce⁵. Estas contrariedades impostas ao processo vincutivo, associadas ao internamento hospitalar, não acontecem apenas em contextos de internamento neonatal, mas também em internamentos hospitalares em idades superiores. Ao longo destes internamentos longos, tanto os pais como as crianças apresentam níveis de *stress* mais elevados, associados à ausência da normal rotina familiar. Assim, estas condições podem afetar negativamente a vinculação, levando a uma maior probabilidade de ocorrência de conflitos, ou seja, a um maior risco de incidência de maus-tratos infantis⁶.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, a gestão do bem-estar da criança, assim como a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da mesma, nomeadamente comportamentos de risco, são áreas de atuação específicas do EEESIP¹. Por conseguinte, sustentei o meu trabalho na Teoria das Transições de Afaf Meleis (TTAM), que foi desenvolvida com o objetivo de o enfermeiro conseguir identificar, compreender e

encaminhar a pessoa que se encontra a vivenciar uma situação de transição⁷. Nas situações acima referidas, em que a parentalidade passa por um momento transicional, esta terá maior probabilidade de passar a estar comprometida. Ao longo do meu percurso profissional e principalmente do decorrer dos contextos de estágio, fundamentei a minha prática no modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF), pelo que o mesmo foi descrito neste relatório como um modelo no qual me baseei. Este modelo apresenta-se como uma filosofia de cuidados, baseada em evidência científica, que coloca a criança e a família no centro de todas as decisões do seu processo de saúde⁸.

Deste modo, o presente relatório tem como objetivo realizar uma análise crítica, objetiva e contextualizada de todo o percurso realizado, analisando as especificidades dos vários contextos de estágio e conseqüentemente das competências de EE adquiridas. Este relatório encontra-se dividido em sete capítulos: A Introdução, que apresenta e justifica a pertinência do tema para a área da especialidade, dando ênfase para uma necessidade prática. Define os objetivos do trabalho e a sua estrutura. Segue-se o capítulo do Enquadramento Teórico, que apresenta e aprofunda a temática do trabalho, sustentada no desenvolvimento dos seus principais conceitos, o capítulo do Percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre (onde é contextualizado cada local de estágio, os diagnósticos de situação realizados, assim como o plano de projeto e as respetivas adaptações do mesmo). Neste capítulo são também apresentados os resultados das atividades desenvolvidas, assim como os ganhos e competências de EE adquiridas. Segue-se o capítulo das Considerações Finais, que refletem as aprendizagens em enfermagem especializada, possíveis dificuldades e limitações operacionais do plano, assim como, os possíveis proveitos das atividades desenvolvidas, apresentando-se como uma análise do projeto elaborado e da sua praticidade. Por fim, apresentam-se as Referências Bibliográficas, Apêndices e Anexos.

II- Enquadramento Teórico

No quotidiano, são os pais que se responsabilizam por identificar e satisfazer todas as necessidades da criança, proporcionando-lhe um ambiente e uma dinâmica familiar saudável, favorável ao seu normal crescimento e desenvolvimento⁹. Assim, é crucial que haja uma relação terapêutica de proximidade e de confiança entre o enfermeiro e a família. Para que isto se torne possível, é fundamental a adoção prática de uma perspetiva teórica dos CCF. Os principais componentes deste modelo, integram a dignidade e o respeito, a comunicação aberta, a partilha de informações claras, completas e imparciais, a responsabilidade compartilhada e parceria de cuidados entre os profissionais de saúde e a família. Esta reconhece-se como uma constante na vida da criança e assim, considerasse que cada criança e família são únicas, perpetuando o respeito pelos seus valores, crenças, culturas, mecanismos de superação, preferências e perspetivas, incorporando todos estes elementos no plano de cuidados⁸.

Consequentemente, o enfermeiro apresenta um papel preponderante na promoção da saúde e bem-estar da criança, jovem e família, ao longo do percurso de vida. Torna-se essencial para a prestação de cuidados, estabelecer uma relação onde a confiança, escuta ativa e empatia são praticadas, para que seja facilitada a promoção, empoderamento e envolvimento dos pais, tanto nos cuidados como nas tomadas de decisões¹⁰.

A necessidade de otimizar os cuidados prestados às crianças e respetivas famílias constitui assim um desafio, sendo a Teoria das Transições de Afaf Meleis (TTAM) o quadro concetual que orienta e alicerça o meu percurso de aprendizagem. Esta seleção é baseada no processo de extrema complexidade de desenvolvimento da criança, jovem e família, já que este pressupõe múltiplas transições, todas elas plenamente essenciais, com impacto direto na saúde⁷.

A proximidade entre o enfermeiro e a díade (criança/família), em conjunto com a prática de cuidados humanizados, individualizados e com uma visão holística, proporciona o reconhecimento de diversas questões, muito mais complexas que apenas uma análise de dados antropométricos, como por exemplo, a identificação de situações de risco⁸. No decurso da minha experiência profissional tenho constatado algumas situações que comprometem a parentalidade, destacando pela sua frequência, o comportamento de maus-tratos infantis, o nascimento de um recém-nascido pré-termo (RNPT) com conseqüente internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

(UCIN) e a hospitalização da criança, (como uma das principais crises na vida e no cotidiano da mesma e da sua família) cujo desenvolvimento conceptual e análise crítica, apresentarei nos pontos seguintes deste relatório. Para o desenvolvimento destes temas utilizei o método de pesquisa livre nas bases de dados científicas, tais como, CINAHL, MEDLINE, PUBMED e RCAAP.

II.1. Parentalidade Comprometida *versus* Parentalidade Positiva

A parentalidade traduz-se num conjunto de interações, comportamentos, emoções, conhecimentos, crenças, atitudes e práticas associadas à prestação de cuidados nutritivos. Assim, as intervenções parentais reconhecem-se como um conjunto de atividades destinadas a melhorar a forma como os pais e cuidadores executam o seu papel, traduzindo-se nos seus conhecimentos, atitudes, habilidades, comportamentos e práticas parentais¹¹.

Desta forma, a parentalidade comprometida acontece quando o papel dos pais ou cuidadores é afetado de alguma forma por fatores externos ou praticado de forma desajustada, afetando todo o contexto familiar e da criança². Muitas vezes, onde é identificado um contexto de parentalidade comprometida, este está associado à prática de parentalidade negativa, ou seja, a comportamentos parentais possivelmente prejudiciais, que se apresentam ineficazes na sua gestão, refletindo posteriormente uma má relação entre pais e filhos. São considerados exemplos de parentalidade negativa, a parentalidade excessivamente protetora, com monitorização intensa, hostil, violenta (fisicamente ou emocionalmente), ou negligente¹².

A família é o principal pilar do cuidado e da educação, exercendo um papel crucial no desenvolvimento equilibrado das crianças. O Conceito de Parentalidade Positiva, é definido como o comportamento parental que assenta no princípio da defesa do superior interesse da criança e da promoção do seu desenvolvimento equilibrado. Este procura assegurar a satisfação das suas necessidades e a capacitação da criança, de uma forma não violenta, recorrendo pelo contrário, à fixação de limites do seu comportamento, salvaguardando-a das situações de perigo. Constitui-se, enquanto princípio básico da parentalidade positiva, o reconhecimento das crianças e dos pais como detentores de obrigações e direitos, sendo parceiros no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança¹³.

A evidência aponta para que os pais proporcionem cuidados regulares e personalizados a cada uma das crianças, atuando de acordo com diversos pilares: O

sentido de inclusão familiar (sugerindo aos pais que assegurem o sentimento de pertença e o direito à participação na vida familiar); Os exemplos positivos (aconselhando os pais a se apresentarem como modelos emocionais positivos, transmitindo às crianças comportamentos e pensamentos emocionalmente saudáveis); A confiança mútua entre pais e criança (proporcionada através de momentos de proximidade frequentes); A orientação e instrução (incentivando os pais a desenvolver e melhorar permanentemente as suas competências parentais, estimulando a autonomia e responsabilização das crianças, através de objetivos que motivam as mesmas); a disciplina assertiva, que se refere a uma educação livre de qualquer tipo de violência, física e emocional, abolindo por completo os castigos físicos, (uma abordagem personalizada a cada criança, que incentiva os pais a promover um ambiente organizado e saudável, que garanta as condições de segurança necessárias ao seu desenvolvimento integral)¹³.

Mais recentemente, encontramos na literatura o termo parentalidade consciente, orientado para relações familiares mais abertas e confiáveis, introduzindo práticas de atenção plena, promotoras de cuidados responsivos e sensíveis às necessidades da criança, facilitando o estabelecimento de relações seguras e estilos parentais promotores do desenvolvimento psicossocial saudável da criança¹¹. Deste modo, a parentalidade consciente promove a parentalidade positiva (por exemplo, melhor comunicação pai-filho, maior autoeficácia parental) e práticas parentais mais adaptativas (disciplina e monitorização consistentes), potenciando uma adaptação positiva às mudanças no desenvolvimento dos filhos, com impacto positivo (sobretudo na adolescência, como nos problemas de conduta, consumo de substâncias) e resultados positivos na autorregulação e bem-estar dos jovens¹⁴.

A promoção de competências de parentalidade positiva, é recomendada como uma estratégia de prevenção dos maus-tratos infantis e da promoção do desenvolvimento saudável da criança nos seus primeiros três anos de vida¹². Desta forma, a parentalidade positiva é uma metodologia que intervém a nível preventivo, com o apoio de profissionais despertados para a temática, visando apoiar e fortalecer a relação entre pais e filhos, potenciar as capacidades parentais e maximizar o desenvolvimento infantil através de famílias funcionais saudáveis¹⁵. Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel preponderante neste processo, uma vez que é responsabilidade deste, facilitar a mudança e promover as competências dos cuidadores, tendo em conta os diferentes elementos da família¹⁶, aptidões que vão de encontro às competências específicas do EESIP como

prestar cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)¹.

II.2. A parentalidade comprometida e os Maus-tratos infantis

A criança é o mais frágil dos seres e depende, de forma integral, de um adulto e cuidador capaz de dar resposta às suas necessidades físicas e emocionais, proporcionando um ambiente seguro, que estimule o seu desenvolvimento. Nos dias de hoje, os maus-tratos em crianças e jovens são entendidos como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial⁶.

Segundo o relatório anual, último disponível da APAV (2022), foram vítimas de violência 2595 crianças num ano, 50 por semana e 7 por dia, maioritariamente (60,1%) do sexo feminino, com uma idade média de 10 anos, onde 31,6% dos agressores eram os próprios pais ou cuidadores. Os maus-tratos infantis e a procura de apoio da APAV por menores atingiu, em 2022, o número mais elevado, registado, de sempre¹⁷. Consideram-se abusos ou maus-tratos às crianças, todas as atitudes ou ações que provocam na criança uma possível lesão física ou psicológica, incluindo negligência, abuso sexual e qualquer tipo de exploração infantil, que causem possíveis ou efetivas consequências para a saúde da criança, nomeadamente para a sua sobrevivência, dignidade e normal desenvolvimento¹⁸.

Entendem-se por maus-tratos em crianças e jovens, qualquer ação ou omissão da mesma, realizada de forma não acidental, pelos pais, pelos cuidadores, ou outras pessoas que ponham em causa o desenvolvimento biopsicossocial, afetividade e essencialmente a segurança da criança ou jovem em questão. Existem inúmeras situações que refletem a prática de maus-tratos, as quais podem apresentar diferentes aspetos e ser praticadas de forma associada/ conjunta ou até mesmo, de forma isolada. Nestas situações podemos incluir a negligência (como a mendicidade e abandono), o abuso sexual, os maus-tratos físicos, psicológicos ou emocionais e o Síndrome de Munchausen por Procuração⁶.

Os maus-tratos resultam da conjugação de diferentes fatores (de risco, proteção e agravamento/crise de vida), que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Os fatores de risco são variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem provocar alterações no desenvolvimento e socialização da criança/ jovem e consequentemente aumentar o risco de possibilidade de maus-tratos (nascimento de um RN prematuro/ baixo peso, filho não desejado, défice físico ou psíquico, doença crónica ou perturbações do desenvolvimento, entre outros)¹⁵. Nestes fatores de risco podemos incluir também, como contextos de parentalidade comprometida, o défice de

competências parentais, relações familiares conflituosas, ausência de suporte sociofamiliar, ausência prolongada de um dos cuidadores, família disfuncional, entre outros. Já os fatores de proteção incluem variáveis físicas, psicológicas e sociais, que potencializam o desenvolvimento social e individual da criança, podendo anular ou diminuir o impacto dos fatores de risco. Os fatores de agravamento/crises de vida são novas circunstâncias ou transições na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que modificam a dinâmica entre fatores de risco e de proteção, podendo deste modo precipitar ou potencializar a ocorrência de maus-tratos (como situações de conflito ou divórcio, luto, doença súbita grave, desemprego, entre outros)¹⁵.

Por estar presente em vários contextos e acompanhar as crianças e suas famílias ao longo do ciclo de vida, o EESIP encontra-se numa posição privilegiada para intervir na proteção e promoção dos direitos da criança e jovem em risco, bem como atuar de forma preventiva nestas situações específicas. Este, fundamenta a sua intercessão com base no maior interesse da criança, conduzido por um panorama de valores morais e éticos que têm como objetivo conservar a dinâmica familiar e a sua intimidade, indo de encontro às competências específicas do EESIP como assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde (E1).¹ A intervenção é efetivada o mais precocemente possível, visando reduzir as consequências na saúde e no desenvolvimento da criança³⁸. Tem como objetivo proteger a mesma e intervir no risco (vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus-tratos), para prevenir que haja uma evolução para o perigo (objetivação do risco) e evitar a recorrência dos maus-tratos¹⁹.

Na verdade, a intervenção de saúde, em resposta às situações de violência interpessoal, tem procurado estabelecer uma mudança gradual no paradigma de interferência, focando-se numa abordagem mais holística, preventiva e contínua, ao invés de uma abordagem com foco na recuperação de lesões físicas e emocionais, consequentes de uma situação de maus-tratos experienciada²⁰.

Esta intervenção enquadra-se num contexto de responsabilidades repartidas pelas diferentes entidades da comunidade, conforme descrito na Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, referente à proteção de crianças e jovens em perigo²¹. De acordo com esta lei, a interposição organiza-se segundo um modelo que define três níveis que se complementam e articulam entre si. No primeiro nível, atuam as entidades com competência em matéria da infância e juventude, as que possuem uma posição privilegiada, como a área da saúde, educação, ocupação dos tempos livres, formação profissional, entre outros. Caso as entidades anteriormente mencionadas não conseguirem

intervir, surgem as pertencentes ao segundo nível, que inclui a Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais as instituições e profissionais de saúde também estão envolvidos. Já o último nível de atuação é da responsabilidade da intervenção judicial que assegura a proteção das crianças e jovens em perigo⁶.

Deste modo, o primeiro nível ganha peculiar atenção, uma vez que são a base da pirâmide do modelo de proteção das crianças e jovens em risco e o ponto de intervenção específica dos EESIP, apresentando-se este numa posição privilegiada para intervir, quer em contexto de cuidados de saúde primários, quer a nível hospitalar através, como por exemplo, nos serviços de urgências pediátricas.

II.3. A parentalidade comprometida e o Nascimento de um Recém-Nascido Pré-Termo e o seu internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

O nascimento de um RNPT e o seu conseqüente internamento numa UCIN constitui um acontecimento para o qual nenhum pai está preparado, já que se trata de um processo não desejado ou idealizado. Assim, este internamento pode levar a obstáculos no processo vincutivo e de transição para a parentalidade⁵.

Efetivamente, as crianças têm o direito fundamental, na medida do possível, de serem cuidadas pelos seus pais, de acordo com o 7º e 8º Artigo da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança²². Somente nos últimos anos é que se reconheceu a importância de serem atendidas não só as necessidades do neonato, como também os aspetos psicossociais dos pais. Estudos²³ revelaram que mães que eram separadas dos seus filhos logo após o parto perdiam o interesse em cuidar e nutrir os mesmos. Subsistem evidências de que existe um período crítico, (“janela de oportunidade”), para se desenvolver o vínculo materno e que, quando este processo é interrompido, existe um aumento na incidência ou uma maior probabilidade de casos de negligência, vários tipos de abuso e acréscimo de taxas de agressão física²³. Efetivamente, o nascimento de um filho prematuro ou de baixo peso, está descrito como um fator que oferece maior vulnerabilidade à criança/jovem de poder sofrer de maus-tratos infantis, sendo assim um grande fator de risco⁶.

A transição para a maternidade é uma grande etapa na vida de uma mulher, sendo que tornar-se mãe implica uma mudança da sua dinâmica familiar para uma nova realidade, envolvendo um processo de conversão, preparação, reajuste de objetivos, comportamentos, e responsabilidades, com o intuito de atingir uma nova conceção de individualidade³.

As transições acima descritas enquadram-se com a Teoria de Realização do Papel Materno de Mercer (MRAT), que descreve 4 etapas no processo evolutivo da maternidade. A primeira fase é a de antecipação, que ocorre durante a gravidez, onde surgem novos pensamentos e ideias sobre a maternidade. A seguir, a fase formal, que começa no momento do nascimento, onde a mãe aprende a cuidar do RN. A terceira etapa, a informal, ocorre quando a mãe se concentra em ter comportamentos maternos baseados em experiências passadas e valores pessoais. Por último, desenvolve-se a fase pessoal, em que a mãe se sente confiante do seu papel maternal e onde a execução deste é finalmente realizado³. Com o nascimento de um RNPT e internamento numa UCIN, a fase formal da MRAT, pode ser atrasada e afetada, transitando a mãe para um estado de parentalidade comprometida, já que esta irá apresentar uma menor possibilidade de contacto visual, pele com pele e de prestação de cuidados ao seu filho no imediato. Este acontecimento poderá afetar o processo vincutivo⁴. Está efetivamente descrito que os primeiros toques maternos no RN, aumentam exponencialmente o afeto materno e levam ao desenvolvimento de competências sociais e linguísticas futuras do RN²⁴.

Deste modo, é essencial que exista uma parceria de cuidados estabelecida entre os profissionais e os pais, para que estes acompanhem o RN durante todo o processo de internamento, participando ativamente nos cuidados ao mesmo. Para além desta participação ativa ser fundamental para o desenvolvimento do processo vincutivo, também irá proporcionar aos pais uma maior segurança na prestação de cuidados pelos mesmos à criança, após a alta hospitalar. Assim, para que haja uma promoção efetiva da interação entre a tríade RN e mãe/pai, é importante compreender os mecanismos de implementação do vínculo materno e paterno, com o objetivo de que se possa proporcionar um incentivo e apoio aos pais no cuidado e recuperação do seu neonato²³.

O maior exemplo do impacto que uma separação entre pais e RN pode acarretar, especialmente em RNPT, foi a pandemia COVID-19. Durante a pandemia COVID-19, foram implementadas medidas rigorosas de controlo de infeção, incluindo regulamentos de visita restritos, a nível mundial, nas UCIN. Estes regulamentos, deram aos pais acesso limitado aos seus filhos hospitalizados. A consequência imediata foi a capacidade reduzida de se envolverem nos cuidados. Para os pais em condições normais, ter uma criança admitida numa UCIN já por si é uma experiência stressante que pode afetar negativamente o seu bem-estar psicológico, mudando a experiência do papel parental, ficando ainda mais comprometido, se por algum motivo, a sua presença é restringida.

Deste modo, surge a importância de promover o toque dos pais no RN, pois albergam inúmeras vantagens, tanto para os pais como para os RN hospitalizados, nomeadamente para a formação de um vínculo seguro, promoção do neuro desenvolvimento e recuperação do seu estado geral.

II.3.1. O toque dos pais no recém-nascido prematuro

A privação do toque materno ou paterno está diretamente relacionada com o aparecimento de múltiplos défices no RN, que inclusive podem ser manifestados mais tarde, no decorrer do desenvolvimento²⁵.

O ambiente de uma UCIN, embora essencial para a sobrevivência destes RN, é extremamente diferente do útero materno. Deste modo, o toque dos pais torna-se fundamental nas interações interpessoais e desenvolvimento sensório-cognitivo, sendo que a vinculação entre a díade pais-RN estabelece os alicerces para o desenvolvimento dos mesmos, nos domínios sócio emocional, cognitivo e a nível da autorregulação²⁶.

Atualmente, um dos focos do EESIP diz respeito à promoção da vinculação. Simultaneamente, as iniciativas e intervenções terapêuticas centralizadas na família, oferecem uma possível resposta à escassez de experiências tácteis, que é um problema identificado em UCIN, onde o ambiente, as condições socioeconómicas e os sistemas de apoio têm impacto na vinculação dos pais com os seus RN. Deste modo, tendo em conta que o toque desadequado está associado a resultados negativos a nível da vinculação e do neuro desenvolvimento do RNPT, cabe ao EESIP adotar estratégias que envolvam a família, capacitando-a ao toque positivo e consequentemente trazer benefícios a este nível²⁶.

Um processo vincutivo seguro entre os pais e RN prematuro, apresenta sempre um risco associado, já que consequentemente, estes passam por uma separação. Ao planear as intervenções precoces para um RNPT, devemos sempre incluir nas mesmas a promoção da relação entre pais e neonatos, com o objetivo de reduzir o *stress* de ambos e otimizar a vinculação. As intervenções que visam melhorá-la centralizam-se na sensibilização das famílias para a leitura dos sinais do neonato de modo que estes consigam dar resposta às suas necessidades, influenciando positivamente o desenvolvimento cognitivo e social do RN pré-termo²⁷.

Tendo em conta as experiências vivenciadas pelos pais do RNPT, a presença do toque apresenta-se como um gerador de comportamentos parentais positivos e uma maisvalia no processo de vinculação da díade^{25,28,29,30,31,32}. Os estudos evidenciam a

importância fundamental que o toque tem para o RN^{25, 28,29,30,31,32} e para os pais, uma vez que atua na estabilização do *stress*, frequência cardíaca^{25, 30,31,32,33}, promoção de autonomia e confiança na prestação de cuidados aos RN²⁶.

As técnicas que promovem o toque dos pais no RNPT, são o contacto pele com pele na 1ª hora de vida^{25, 29,30,31,34,35}, a contenção/ abraço²³, o método canguro^{14,24} e a massagem infantil^{27,31,32,33,34,36}. Estas técnicas apresentam benefícios diretos para os pais, como a redução da incidência de depressão pós-parto^{30,33}, redução do stress psicológico pré-natal e angústia³¹, regulação de comportamentos parentais^{28,30,31,32}, promoção da confiança nos cuidados aos filhos²⁷, faz com que se sintam úteis, envolvidos nos cuidados²⁷, e parte integrante e necessária da equipa de cuidados²⁷. Não só diretamente para os pais, mas o toque apresentou-se uma ferramenta muito útil para a díade Pais / RN, com benefícios a nível do processo vincutivo^{24,27,31,32}, diminuição da produção de cortisol³¹, aumento da produção de ocitocina^{26,31} e estimulação da produção de leite materno^{30,31,35}.

Deste modo, o EEESIP tem um papel essencial, na promoção destas técnicas, quer junto dos pais, quer na formação e sensibilização dos seus pares.

II.4. A parentalidade comprometida e a Hospitalização da Criança desde a 1ª infância à adolescência

A hospitalização de uma criança e tudo o que esta engloba, deve ser uma decisão refletida e considerada como último recurso no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que estes internamentos podem desencadear repercussões significativas (exemplificando, alterações no desenvolvimento infantil, estados de ansiedade, alterações alimentares, comportamentais e perturbações do sono consideráveis).¹⁶

O internamento hospitalar é acompanhado de ansiedade e mudanças de rotinas que podem enfraquecer as funções psicomotoras, afetivas e cognitivas da criança, levando a uma desorganização dos aspetos biopsicossociais, visto que a hospitalização altera tanto a vida da criança como a dinâmica da família³⁷. Associado à Hospitalização emerge o conceito de Hospitalismo, que consiste no conjunto de perturbações vividas por crianças institucionalizadas e privadas de cuidados maternos. Estes efeitos desenvolvem-se rapidamente e sequencialmente, manifestando-se, inicialmente, por uma interrupção do desenvolvimento psicológico da criança, seguida por mudanças somáticas, que surgem paralelamente a disfunções psicológicas³⁸.

Por todas as razões acima mencionadas, um hospital que invista na preparação para a alta, assim que o doente pediátrico seja admitido na unidade, minimiza o impacto da hospitalização, e promove a humanização dos cuidados. Desta forma, é obrigatório que os hospitais integrem medidas que incluem a família nos cuidados à criança internada. Atualmente existe uma maior preocupação com a adequação dos ambientes hospitalares em pediatria, sendo os cuidados cada vez mais centrados na família, promovendo o conforto e bem-estar da tríade. Apesar disso, as hospitalizações provocam sempre efeitos adversos sobre as crianças e sobre as suas famílias, na medida em que estes estão separados do seu mundo familiar e das suas rotinas, tendo de conviver com um ambiente novo e desconhecido³⁹.

Os pais surgem como uma componente essencial para a estabilidade emocional da criança internada, apresentando um papel fundamental para amenizar o ambiente desconhecido em que esta encontra, sendo um pilar no reforço positivo durante a dor física, mental e em momentos de ansiedade⁴⁰. No que toca à dor, a avaliação deste sinal vital é muitas vezes realizada de forma mais precisa pelos pais, visto conhecerem melhor a criança do que qualquer profissional de saúde. A probabilidade de as crianças serem submetidas a procedimentos geradores de medo e dor, confere-lhes particular vulnerabilidade devido à sua doença, ao seu estágio de desenvolvimento físico, intelectual e emocional⁴¹. Por este motivo e por muitos outros, o acompanhamento da criança hospitalizada pelos pais é uma necessidade comprovada, tendo em conta que presentemente é reforçada e incentivada pelas políticas de saúde atuais. A Carta da Criança Hospitalizada defende que esta tem direito a ter o acompanhamento dos pais durante as vinte e quatro horas do dia, independentemente do seu estado de saúde, sendo que esta prática deve ser encorajada pelos profissionais de saúde⁴². Em Portugal, não só a carta da criança hospitalizada como inclusive o Decreto de Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro, prevê o acompanhamento familiar da criança hospitalizada com idade inferior a 18 anos⁴³.

Na área da saúde infantil e pediátrica, a pessoa define-se como um binómio indissociável constituído pelo conjunto da díade criança/jovem e respetiva família⁴⁴. Desta forma, é crucial priorizar a presença dos pais durante o decorrer do desenvolvimento da criança, sobretudo em momentos de fragilidade, como em episódios de doença e conseqüente hospitalização da criança. A Teoria da Vinculação, aborda o impacto da separação entre mães e filhos, examinando a carência afetiva dos mesmos e a perda de ligação materna⁴⁵. Também a Teoria de Privação de Spitz, foca as vastas

consequências negativas decorrentes da falha ou inexistência do apego³⁸. Assim, considera-se que perante uma carência afetiva parcial, após os primeiros seis meses de vida, existe a possibilidade de desenvolver depressão anaclítica (depressão que se inicia nos primeiros meses de vida, após a separação da mãe, marcada por uma angústia intensa, que pode ter consequências irreversíveis na criança se não houver reencontros com a mãe após 3/4 meses de separação). Quando a carência afetiva é total e permanente, verificasse uma maior deterioração da sua condição, originando o Síndrome de Hospitalismo³⁸.

Ao longo do internamento, os pais também podem manifestar alguns fatores potenciadores de *stress* aquando da hospitalização dos filhos. Estes fatores podem influenciar negativamente, não só a capacidade de oferecer conforto e resposta às necessidades da criança hospitalizada, como a própria qualidade de vida. Efetivamente, o aparecimento de uma doença crónica, perturbações no desenvolvimento e a insatisfação das expectativas dos pais, estão apontadas como fatores que oferecem maior vulnerabilidade à criança/jovem de se tornarem vítimas de maus-tratos infantis, assim como, o aparecimento de uma doença aguda súbita ou hospitalização, serem apontados como fatores de agravamento⁶.

Assim, incentivando a colaboração e envolvimento dos pais nos cuidados de saúde à criança durante o internamento, a capacitação destes assume especial relevância, uma vez que estes devem sentir-se parte integrante na tomada de decisões referentes ao plano de cuidados. Por este motivo, o EESIP atua como promotor do processo de envolvimento da família nos cuidados à criança, mediante negociação e clarificação dos mesmos, criando ações conjuntas complementares que visam o bem-estar da família⁴⁶.

A criança é influenciada pelo ambiente sociocultural, económico, familiar e físico em que está inserida. Os eventos na vida da criança, bem como o seu desenvolvimento e crescimento, exercem uma grande influência na fase adulta, tornando esta fase um período de grande importância no ciclo vital. A Carta da Criança Hospitalizada que deve estar visível em todos os serviços pediátricos. Nos dez direitos vertidos neste documento, salienta-se o direito à criança de permanecer acompanhada durante vinte e quatro horas pelos seus pais ou por pessoa significativa, tendo como intuito a proteção da criança ao longo do internamento⁴².

De acordo com o Relatório da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança, citado pela OE, o acompanhamento permanente das crianças hospitalizadas por parte dos pais, reforça o papel qualitativo e quantitativo dos enfermeiros dos serviços de Pediatria. São reforçadas as suas responsabilidades assistenciais, atribuindo-se uma

intervenção pedagógica das famílias e das crianças, desenvolvendo as suas funções de observação, registo, bem como de parte essencial da equipa de saúde⁴⁰.

Desta forma, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) indo de encontro às competências específicas do EESIP como cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E.2)¹, preocupa-se e promove a parentalidade durante a hospitalização, tornando-se um elo facilitador na parceria dos cuidados com a criança e a família, promovendo assim, o mais elevado estado de saúde possível e minimizando os fatores que podem comprometer a parentalidade durante a hospitalização.¹

II.5. Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis à Parentalidade Comprometida

Os enfermeiros, observam a criança e a família de forma holística, baseando a sua atuação em evidência científica, o que lhes permite exercer uma prática avançada em Enfermagem. Isto é, a prestação de cuidados considera cada momento de transição da pessoa, adaptando todas as intervenções a cada etapa de vida e às suas condicionantes, com o objetivo de a tornar essa transição o mais saudável possível⁷.

Deste modo, é expectável que enquanto EESIP, sejam concretizadas intervenções autónomas e interdependentes que levem em conta a tríade, estabelecendo com a criança e a família uma parceria de cuidados. Esta parceria visa a promoção de comportamentos potenciadores de saúde e de apoio à parentalidade, considerando sempre o estágio de desenvolvimento da criança e o contexto em que a mesma está inserida¹.

Assim sendo, o enfermeiro é o profissional que melhor consegue compreender os processos de transição, incluindo as respetivas variáveis pessoais e contextuais específicas de cada família e criança, ao longo do seu ciclo vital⁷.

A TTAM é uma teoria de médio alcance que foi desenvolvida com o objetivo de o enfermeiro conseguir compreender, orientar e identificar a pessoa que se encontra a vivenciar uma situação de transição. A prestação de cuidados de enfermagem com base neste referencial teórico, possibilita uma interpretação mais clara e concreta do próprio cuidado, no que toca aos processos de transição inerentes ao desenvolvimento e crescimento da criança e família, ao longo do seu ciclo vital. Este modelo reforça a consideração por todas as possíveis circunstâncias transicionais, tendo em conta o contexto familiar, as condições pessoais, que incluem as crenças socioculturais, o estatuto

socioeconómico, o suporte familiar e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar o processo transicional no sentido de alcançar uma transição saudável⁷.

O conceito de transição é definido como um período do ciclo vital que, desencadeado por eventos críticos, mudanças ambientais e/ou individuais, promove o reforço ou o desenvolvimento de novas capacidades e conhecimentos. As particularidades da transição incluem o respetivo processo, a perceção da alteração do mesmo e os padrões de resposta. Esta teoria descreve a sua natureza (tipo, modelos e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras do percurso e os padrões de resposta, comuns aos processos de transição, mas que nos indicam os resultados das transições e que guiam as terapêuticas de enfermagem⁵.

Segundo Afaf Meleis, uma transição saudável é caracterizada por padrões de resposta compostos por indicadores de processo e de resultado. Deste modo, o enfermeiro é responsável por identificar estes indicadores para poder avaliar e intervir precocemente, com o objetivo de facilitar este processo. Estes indicadores possibilitam a avaliação da transição experienciada pela pessoa, tendo em conta o nível de envolvimento demonstrado pela mesma, pela sua capacidade de interação com os restantes participantes, pela consciencialização dos objetivos, desenvolvimento de processos de *coping* e confiança⁵.

Em todos os contextos em que a parentalidade se considera comprometida, está inerente um processo de transição. Deste modo, este processo transicional pode efetivamente, desencadear ou ser desencadeado, pela hospitalização de uma criança, pelo nascimento de um RN prematuro e dificuldade eminente de um processo vincutivo ou até mesmo pelo risco ou presença de maus-tratos infantis. Por esse motivo, são os enfermeiros que assistem às mudanças e exigências que as transições acarretam na vida das crianças e famílias e que os ajudam na preparação para as mesmas, facilitando o processo de aprendizagem de competências⁵.

III - Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

No âmbito da unidade curricular designada de Estágio de Natureza Profissional com relatório, estão previstos a realização de ensinamentos clínicos em contextos como a Urgência Pediátrica, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, o Internamento Médico ou Cirúrgico Pediátrico e numa Unidade de Cuidados à Comunidade, no período compreendido entre 4 de janeiro e 29 de julho, de 2023. Previamente ao começo deste contexto, foi realizado um Projeto formativo individual, que reflete a forma como pretendia concretizar os objetivos específicos e as atividades a desenvolver nos contextos de prática clínica, onde o estágio seria realizado (em Apêndice A), que inclui o cronograma para a realização destas atividades, relativas ao primeiro módulo (em Apêndice B).

Os objetivos gerais, específicos e as atividades definidas no plano de projeto do projeto formativo individual, partiram da análise e reflexão realizada sobre as competências comuns e sobre as competências específicas do EESIP, incidindo nas minhas principais necessidades de aprendizagem.

Assim, adquiri e aprofundei competências comuns ao EE como: Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua⁴⁷. Os objetivos gerais por mim delineados, assentaram no desenvolvimento de competências para assistir a criança ou jovem em parceria com a família, em situações de especial complexidade e na implementação de intervenções de enfermagem em situações de Parentalidade Comprometida. Já o objetivo específico transversal a todos os contextos, baseava-se na adequação do plano de projeto ao conhecimento sobre a dinâmica funcional e organizacional do serviço.

Cada contexto de estágio foi dividido em dois módulos distintos. O primeiro módulo teve a duração de cerca de duas semanas e permitiu-me realizar um diagnóstico de situação do contexto de estágio, que permitiu avaliar a exequibilidade e adequar o plano de projeto previamente elaborado. No segundo módulo foi possível implementar o plano de projeto definido.

Assim, durante o ensino clínico do módulo I, apresentei-me ao supervisor clínico (SC) e restantes elementos da equipa multidisciplinar e realizei a observação do serviço com a finalidade de conhecer a sua estrutura, organização física e funcionamento e consultei ainda documentos/ protocolos existentes no mesmo. Posteriormente realizei entrevistas informais com os vários SC e elementos da equipa de enfermagem para a

obtenção dos seus pareceres sobre as necessidades formativas dos profissionais e do serviço, relacionadas com a temática do meu projeto. Por fim, reuni-me com a EE e com a SC para apresentar o plano de projeto por mim delineado a ser implementado no módulo seguinte, adequando o mesmo aos resultados do diagnóstico de situação. Tendo em conta esses resultados, apenas os planos de projeto dirigidos aos contextos de Neonatologia e Cuidados na comunidade, foram parcialmente alterados em relação ao inicialmente proposto, conforme irei apresentar nos pontos seguintes. As atividades propostas no plano de projeto para cada local de estágio permitiram o desenvolvimento de domínios de mestre como a capacidade de reflexão e resolução de problemas utilizando métodos de investigação e ou inovação, a gestão e transformação de contextos de estudo ou de trabalho complexo e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção e prestação dos cuidados de enfermagem, assim como na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação⁴⁸.

III.1. Serviço de Urgência Pediátrica

III.1.1. Caracterização do Contexto

Ao longo de cerca de 5 semanas integrei a equipa de enfermagem de um SUP de um hospital central. Em funcionamento 24 horas por dia, 365 dias por ano, a Urgência Pediátrica desde hospital presta cuidados médico-cirúrgicos urgentes e emergentes a crianças até aos 18 anos de idade em situação de patologia aguda⁴³. As crianças que ali recorrem, fazem-no maioritariamente por iniciativa dos pais/ tutores legais, por encaminhamento da linha Saúde 24, CSP ou por hospitais/instituições de saúde privadas.

Este serviço está organizado em várias áreas de prestação de cuidados, nomeadamente, sala de triagem (dois postos), sala de tratamentos, sala de aerossóis, o espaço aberto de atendimento médico (5 postos), o internamento de curta duração (Sala de observação ou SO), constituído por 6 camas e a sala de Reanimação.

Segundo a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem⁴⁹, pelo menos 50% dos enfermeiros dos SUP devem dispor de formação avançada em trauma pediátrico e suporte avançado de vida pediátrico, e a triagem deve ser assegurada por um enfermeiro com formação específica em sistema de triagem de prioridade, requisitos que se encontravam cumpridos neste contexto. Já no SO é recomendado uma dotação mínima, de um enfermeiro por cada três camas de internamento, a sala de emergência, recomenda-se que seja assegurada pelos enfermeiros designados como coordenadores funcionais de turno⁴⁹, deveria ainda existir pelo menos um enfermeiro por

cada posto de triagem, totalizando assim a necessidade de um mínimo de 5 enfermeiros/turno.

Ao refletir sobre as questões organizacionais do serviço, foi possível observar que essas dotações seguras eram cumpridas maioritariamente no período da manhã, constatando que muitas vezes estas dotações seguras não conseguiam ser cumpridas no período da tarde e da noite. Assim, muitas vezes nesses períodos havia sobrecarga dos profissionais, que acabavam por ter de organizar as suas intervenções por prioridades, atrasando muitas vezes a resposta às necessidades dos utentes.

Tanto em situações de catástrofe, como nas situações de normal funcionamento, este SUP rege-se pelo sistema de triagem de Manchester. Este é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de urgência e tornou-se globalmente conhecido no setor da saúde, tendo sido implementado no nosso país desde o ano 2000⁵⁰.

Durante o decorrer do estágio, tive a oportunidade de acompanhar e colaborar com minha supervisora clínica (SC) nas três valências principais do serviço (triagem, sala de tratamentos e serviço de observação). O Enfermeiro da sala de triagem, identifica uma prioridade clínica de acordo com o historial, os sinais e os sintomas que a criança apresenta à chegada, utilizando os algoritmos implementados na sequência da Triagem de Manchester, fundamental na agilização do fluxo de circulação dos utentes, aumentando assim a qualidade e a segurança dos cuidados prestados⁵⁰.

O enfermeiro que se encontra na sala de tratamentos realiza técnicas e intervenções de enfermagem (como colheitas laboratoriais, pensos, avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica, lavagens nasais, aspiração de secreções, capacitação parental, entre outras), com o intuito de dar apoio às crianças já observadas pela equipa médica e que não necessitam de internamento, assim como acompanha as crianças que permanecem na sala de aerossóis. Já os enfermeiros que se encontram na sala de SO, estão responsáveis pelas crianças ali internadas, enquanto estas não são transferidas para o internamento de longa duração ou apresentam alta para o domicílio.

III.1.2. Diagnóstico de Situação

Durante o meu percurso de estágio, para além de conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço, consultei as normas e protocolos de atuação do mesmo, e integrei-me na equipa de enfermagem, observando e acompanhando os seus diferentes profissionais com os quais ia tendo contacto nos diferentes postos de trabalho. Ao consultar os diversos protocolos e através de uma entrevista informal com a minha SC,

foi reforçada a ideia de que a avaliação da dor da criança é considerada um indicador de qualidade do serviço.

Foi compreensível esta relevância, pois a avaliação da dor estava presente em praticamente todos os contatos entre o enfermeiro e a criança, nos diferentes postos de trabalho do SU, principalmente na triagem (onde é realizada a avaliação da dor com o apoio dos pais), como na sala de tratamentos, durante os procedimentos invasivos. A *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (PaedCTAS) é uma escala com 5 níveis, que classifica o utente com base num processo que inclui três passos: a impressão inicial da gravidade clínica (avaliada através do triângulo de avaliação pediátrico), a avaliação da queixa/motivo de consulta e a avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. Deste modo, a dor é um sinal vital com um papel determinante na classificação da urgência, pois define os tempos de atendimento médico de acordo com a prioridade⁵⁰. No âmbito da realização do diagnóstico de situação no contexto de estágio, foram realizadas entrevistas informais aos diferentes elementos da EE, tendo sido reconhecido pela maioria dos profissionais existir uma necessidade pessoal de formação sobre que o tema da dor e a sua avaliação no utente pediátrico.

Para além disso, os profissionais admitiram dificuldades na inclusão dos pais durante os procedimentos invasivos realizados às crianças, particularmente em contexto de sala de tratamentos e SO nomeadamente nos turnos em que a EE estava abaixo das dotações recomendadas.

No âmbito do presente diagnóstico, saliento o facto de o SUP representar um contexto fulcral para o primeiro contato de crianças e jovens em risco ou vítimas maus-tratos. Em relação a esta área de intervenção, este serviço é detentor de um algoritmo de atuação perante situações de risco ou de maus-tratos, elaborado pelos diferentes membros do NHACJ. Após análise conjunta com a minha SC, sobre a utilização e leitura do algoritmo pela equipa, foi evidenciada a necessidade de sensibilização para esta temática, já que o documento existia, mas muitas vezes não era consultado pelos elementos da equipa. Muitos elementos da EE referiam a falta de experiência aliada a escassez de formação na área, como um aspeto que influenciava diretamente a forma como a equipa se sentia pouco preparada para agir nessas situações.

Deste modo, foi realizado um questionário à EE (apresentado em apêndice C), com o objetivo de compreender as necessidades formativas relativamente a esta temática “Intervenção do Enfermeiro de Urgência Pediátrica em situações de maus-tratos infantis”. De acordo com os resultados obtidos através do questionário (resultados em apêndice D),

constatou-se que 75% da EE nunca tinha realizado formação no âmbito dos maus-tratos infantis e considerava ter pouco conhecimento sobre a notificação de situações de suspeita. Verificou-se inclusive que 62,5% da equipa considerava ter pouca capacidade de comunicação com a Criança/ Jovem/ Família, nas situações e/ou suspeitas de maus-tratos infantis. Já a totalidade da equipa (100 %), revelou que frequentar uma formação nesta área, seria importante para a sua prática profissional, inclusive 87,5% da mesma julgava necessário existir na instituição, mais documentos orientadores para os profissionais sobre este tema.

III.1.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido

De forma a enquadrar o tema do meu projeto com o diagnóstico realizado no SUP, defini os seguintes objetivos específicos:

- Uniformizar a intervenção da EE na parentalidade positiva, através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, hospitalizados.
- Aprofundar competências na área da prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de urgência e em particular às crianças vítimas de maus-tratos infantis
- Contribuir para a uniformização da intervenção da EE em situações de atendimento da criança vítima de maus-tratos no SUP.

Para cada um dos objetivos específicos foram delineadas várias atividades, que foram concretizadas sem necessidade de alteração ou adaptação em relação ao plano inicialmente proposto, conforme a seguir apresento.

Para a concretização do primeiro objetivo, elaborei um instrumento de informação para a EE, relacionado com a classificação da dor em Pediatria, em formato cartões (em apêndice E)⁴⁶. Posteriormente foi realizada uma sessão de sensibilização sobre o tema, dirigida à EE (em Apêndice F), onde também foram apresentados os cartões elaborados para a avaliação da dor pediátrica. No âmbito da avaliação da satisfação dos formandos, realizada no final da sessão, através da aplicação de um instrumento em vigor na instituição (anexo 1), obteve-se um resultado de 100 % de nível de satisfação “Excelente” relativamente à sessão realizada e ao instrumento elaborado. (conforme resultados apresentados em apêndice G).

A avaliação da dor muitas vezes permite não só reconhecer a criança com dor, como também objetivar um fenómeno que se considera subjetivo, de forma a uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde e facilitar a tomada de decisões. Desta forma, é

possível adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções, assim como a sua correção em tempo útil⁵¹.

Enquadrado no 1º objetivo elaborei também um póster informativo para os pais (em apêndice H), com estratégias de conforto a desenvolver pelos mesmos antes, durante e após os procedimentos invasivos/ dolorosos realizados às crianças em contexto de SUP. Para avaliar o impacto do mesmo, acompanhei 5 famílias em todo o percurso, desde a triagem, até à sala de tratamentos. O procedimento incluía informar a família sobre a necessidade e características do procedimento invasivo que se iria realizar à criança, e as estratégias de conforto que os pais poderiam utilizar antes, durante e após o procedimento, utilizando como apoio o póster elaborado que se encontrava afixado na sala.

Observei os pais cuidadores a aplicar as estratégias de conforto e no fim do procedimento os pais responderam a um questionário, elaborado para o efeito, com o objetivo de avaliar a sua satisfação e importância da sua participação no desenvolvimento de estratégias de conforto dirigidas aos filhos durante a realização de procedimentos invasivos.

De acordo com os principais resultados do questionário (questionário e resultados apresentados em apêndice I), 100 % dos pais considerou importante a sua participação neste processo, assim como, sentiram que o ensino prévio realizado pelo enfermeiro foi suficiente para se sentirem capacitados para colaborar. À pergunta “Expresse-se, através de uma palavra, como se sentiu durante a participação na promoção de estratégias promotoras do conforto do seu filho, durante o procedimento invasivo”, obtiveram-se respostas como “útil, menos ansioso, mais presente e apto”. Com as atividades acima descritas, considero ter desenvolvido a competência específica do EESIP, ao fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas¹.

Para a concretização do segundo objetivo específico delineado para este contexto, prestei de forma autónoma cuidados diretos à criança/ jovem e família nas diferentes valências que constituem o SUP (com a triagem, sala de tratamentos e SO), assim como, participei na prestação de cuidados à criança e jovem suspeita ou vítima de maus-tratos infantis. Durante o meu percurso de estágio, foi possível identificar, alguns casos de suspeitas de maus-tratos infantis, nomeadamente num caso específico, de negligência, causado aparentemente por um quadro materno de depressão pós-parto, que resultou numa total escassez de cuidados humanos básicos, estímulo e afeto, com repercussões diretas no desenvolvimento do mesmo. O enfermeiro deve estar capacitado para compreender e solucionar a problemática, efetivando o devido encaminhamento para os

órgãos da rede de proteção. Realiza notificações e orientações, não só à vítima, como à respetiva família, tornando-se um agente facilitador da mudança, quebrando muitas vezes o ciclo de maus-tratos. Devemos deste modo, recorrer à nossa resiliência emocional e agir com profissionalismo e ética, favorecendo a irrefutabilidade das ações, de forma a não julgar ou emitir juízos de valor, antes de serem esclarecidos os fatos que envolvem o caso⁵². De acordo com as atividades desenvolvidas ao longo do contexto, foi possível desenvolver competências de EESIP, como: Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem¹(E1.2); Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados¹ (E2.1.) e comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura¹ (E3.3.).

Para o terceiro objetivo específico realizei um instrumento de sensibilização para a EE, em formato de dispositivos eletrónicos (anexado em apêndice J) cujo conteúdo foi de encontro aos principais resultados obtidos através do questionário realizado no diagnóstico de necessidades. Assim, foi realizada uma descrição dos diferentes tipos de maus-tratos infantis, sinais/ sintomas dos mesmos e uma exposição dos principais fatores de risco e sinais de alerta. Seguidamente, apresentei os algoritmos e protocolos de atuação na identificação de sinais de alerta ou de maus-tratos infantis.

Posteriormente, foi aplicado um questionário de satisfação à EE relativamente à sessão realizada (em anexo 1), tendo a mesma (100% da EE), ter considerado “Excelente” no que diz respeito à satisfação sobre a sessão realizada e à sua respetiva pertinência e utilidade do instrumento (conforme descrito nos resultados do questionário, em apêndice L). Cerca de uma semana depois, o instrumento foi colocado internamente na pasta partilhada, computadorizada, da equipa de Enfermagem, pelo Enfermeiro Gestor do Serviço, com o intuito da equipa poder consultar em caso de suspeita ou identificação de maus-tratos.

III.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

III.2.1. Caracterização do Contexto

Ao longo de cerca de cinco semanas integrei a equipa de enfermagem de uma UCIN de um Hospital Central, contexto no qual já tinha trabalhado, durante cerca de dois anos. Em funcionamento 24 horas por dia, 365 dias por ano, a UCIN é um serviço que dispõe de uma equipa que assegura cuidados a recém-nascidos desde o seu nascimento,

até à alta da maternidade. Esta equipa dedica-se a dar resposta a variadas situações como apoio no parto, acompanhamento de RNPT e RN com patologia aguda, necessidades especiais ou internamentos sociais. Este serviço é composto por um grande espaço de disposição aberta, na qual estão 10 unidades de cuidados intermédios neonatais, uma sala de trabalho, uma sala destinada aos cuidados de higiene e avaliação antropométrica dos RN e 5 unidades especiais neonatais diferenciadas e isoladas.

Segundo a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, no que se refere a unidades de cuidados intermédios neonatais, consideram-se como referência o rácio de 1 enfermeiro para cada 3 recém-nascidos. Por outro lado, relativamente às unidades de cuidados intensivos neonatais a dotação recomendável assenta numa tabela de classificação, que categoriza os cuidados em três níveis diferentes, de acordo com a gravidade da doença. De acordo com esta tabela, é estimável que estejam idealmente um rácio de 1 enfermeiro para cada RN ou no mínimo 1 enfermeiro para cada 3 RN, dependendo do grau de complexidade de cuidados. É recomendado que os enfermeiros designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas, preferencialmente em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica⁴⁹. Assim é possível afirmar que a realidade do contexto apresentava dotações seguras de acordo com a norma acima descrita, já que apresentava 3 enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados intermédios e 2 enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados especiais neonatais, sendo a equipa muitas vezes reforçada com mais elementos quando a unidade está lotada.

Os RN/famílias internados na UCIN podem ter proveniência direta do serviço urgência pediátrica, caso sejam RN abaixo dos 28 dias e sem patologia respiratória ou do serviço de Obstetrícia, do Bloco de Partos ou transferidos de outros hospitais para continuidade de cuidados. A maioria dos internamentos ocorre por prematuridade, asfixia ou aspiração de mecónio durante o parto, sépsis precoce com necessidade de antibióticoterapia, hipoglicémia e muitas vezes RN internados por causas sociais. Nas unidades de cuidados especiais neonatais, encontram-se internados os RN em ventilação invasiva ou não invasiva, com cateteres centrais ou com indicação de isolamento. Nos cuidados intermédios neonatais, estão internados, maioritariamente RN com necessidades de realizar treino de autonomia alimentar, vigilância, fototerapia, normalização da glicémia, ganho de peso ou idade gestacional para alta hospitalar (caso seja um internamento por prematuridade) e os internamentos sociais.

Durante o decorrer do estágio, tive a oportunidade de acompanhar a minha SC e intervir junto dos RN/famílias internados nomeadamente, realizar a admissão do RN/família quer nas unidades de cuidados intermédios, quer nas unidades de cuidados especiais neonatais.

III.2.2. Diagnóstico de Situação

Para além de conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço, revisei as normas e protocolos de atuação do mesmo, e colaborei de forma permanente com a EE nos diferentes postos de trabalho da Unidade

Entre os protocolos consultados, dediquei especial atenção ao protocolo da Vinculação, implementado no serviço (em anexo 2), tendo em conta que este era direcionado ao tema do meu projeto. Assim, refleti sobre os principais focos do protocolo. Este incluía:

- A promoção e interação entre pais/cuidadores e o RN, através da visita do pai na primeira hora de vida, sempre que possível;
- O incentivo de partilha de fotografias do RN entre o pai e a mãe, caso esta não tenha possibilidade de visitar no pós-parto imediato;
- Acolher e informar os pais sobre o estado do RN, ambiente envolvente e equipamentos na unidade, na primeira visita ao RN internado antes de terem contacto com o filho;
- Incentivar os pais a acariciar o RN e confortá-lo e pedir aos pais para colocarem uma fralda de pano junto ao pescoço e trazê-las para utilizar no posicionamento e contenção do RN.

Para além da promoção da amamentação e da participação dos pais nos cuidados de rotina dos RN, um dos pontos sobre o qual mais refleti com a minha SC foi o tópico da proximidade física. Este evidencia o papel preponderante do enfermeiro no desenvolvimento de intervenções precoces que ajudam os pais a transitarem para a parentalidade, assim como faz referência ao toque e ao contacto precoce como principal promotor da vinculação segura. Apesar do protocolo evidenciar esta importância, incluí dentro das intervenções mais detalhadas, apenas o método canguru, o que é sobejamente redutor face à variedade de técnicas de vinculação existentes, que envolvem o toque dos pais.

O contato diário e informal com os vários elementos da equipa, associado à minha observação participada no atendimento e prestação de cuidados, permitiram-me concluir

que esta é uma das áreas onde enfermeiros têm um papel mais crucial, promovendo o vínculo precoce.

Deste modo, foi realizado um questionário à EE (apresentado em apêndice M), com o objetivo de compreender as necessidades formativas relativamente às restantes técnicas de toque entre Pais e RN existentes, nomeadamente da massagem infantil. De acordo com os resultados obtidos através do questionário (resultados anexados em apêndice N), constatou-se que apesar de 58,3% da EE referir que sabe no que consiste a massagem infantil, 75% da equipa desconhece projetos relacionados com a mesma em UCIN's. Verificou-se inclusive, que 50% da equipa considerava ter apenas um conhecimento “razoável” relativamente às diferentes técnicas de toque terapêutico existentes, possíveis de aplicar entre Pais/ cuidadores e RN. Já 75% da EE revelou que considerava necessário existir na sua instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais sobre este tema.

Para além do protocolo da vinculação, de acordo com a temática desenvolvida, existe um projeto implementado no serviço, com o nome de “Oficina do Cuidar” (protocolo do projeto em anexo 3). A “Oficina do Cuidar” é um projeto implementado naquele serviço desde o ano de 2012, e tem como principal objetivo contribuir para a capacitação e autonomia dos pais/cuidadores, promovendo igualmente a otimização da saúde e da parentalidade, através de uma comunicação efetiva. As sessões são calendarizadas anualmente, com periodicidade semanal, e têm, entre diversos, temas como: Alimentação, Amamentação, Higiene e Conforto, Promoção do Desenvolvimento, Sono e Vigilância de Saúde.

A implementação deste projeto integra os valores da instituição e incluem a promoção da vinculação e da capacitação parental, através da construção da confiança, cuidando em parceria. Ao consultar as diversas sessões existentes relativamente ao desenvolvimento do RN e das técnicas promotoras do toque, que potenciavam esse desenvolvimento, foi constatado que a sessão abordava o tema do toque de forma muito superficial e redutora em termos de técnicas. Assim, foi consensual seria pertinente atualizar a sessão da “Oficia do cuidar” do serviço, baseada na evidência científica mais atual.

III.2.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido

De forma a enquadrar o tema do meu projeto com o diagnóstico realizado, defini os seguintes objetivos específicos:

- Uniformizar a intervenção da EE na parentalidade positiva, através da implementação de estratégias vinculativas.
- Promover a parentalidade positiva através da capacitação parental para a realização de estratégias vinculativas.
- Aprofundar competências na área da prestação de cuidados ao RN prematuro ou com necessidades especiais.

De acordo com o primeiro objetivo específico delineado para este contexto e indo de encontro aos principais resultados obtidos através do questionário realizado à EE, realizei uma sessão de informação e sensibilização para a EE, através de dispositivos em PowerPoint. Esta sessão (presente em apêndice O), apresentou como principais conteúdos as diferentes técnicas que envolvem o toque dos pais no RN internado numa UCIN, nomeadamente a massagem infantil (no que consiste e como pode ser adaptada a recém-nascidos pré-termo, de acordo com a estabilidade clínica do mesmo). Quando foi realizado o diagnóstico de situação através do questionário à EE (em apêndice N), 58,3% da mesma referiu saber no que consistia a massagem infantil. Por esse motivo, a sessão foi planeada para abordar apenas a adaptação da mesma aos RN mais instáveis, como prematuros ou RN com necessidades especiais. No entanto, ao longo do decorrer da sessão, foram surgindo inúmeras dúvidas sobre a massagem infantil em si. No geral, toda a equipa considerava que a técnica de massagem infantil seria para ser realizada pelos profissionais de saúde e não apenas pelos pais. Assim, foi adaptada a sessão realizada, tendo sido reforçados conhecimentos que a equipa achava, previamente, que já dominava previamente. No âmbito da avaliação da satisfação dos formandos, realizada no final da sessão, através da aplicação de um instrumento em vigor na instituição (anexo A), obteve-se um resultado de 100 % de nível de satisfação “Excelente” relativamente à sessão realizada e ao instrumento elaborado. (conforme resultados apresentados em apêndice P). Com as atividades acima descritas, considero ter desenvolvido a competência específica do EESIP, ao implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1)¹.

De acordo com o segundo objetivo específico de estágio, elaborei um documento orientador para as famílias, promotor de estratégias vinculativas (nomeadamente da

massagem infantil), a ser integrado no projeto “Oficinas do Cuidar”, tendo solicitado sugestões à equipa de enfermagem. Cerca de uma semana depois, mais de 50% da EE participou no documento com sugestões e este foi formalmente integrado no projeto do serviço “Oficinas do Cuidar”, após aprovação da Enfermeira Gestora do serviço (apresentado em apêndice Q).

Ainda de encontro ao objetivo de estágio relativo à promoção da parentalidade positiva, ao longo do contexto de estágio promovi sempre eu possível, a presença e intervenção dos pais nos diferentes momentos da prestação de cuidados ao seu RN, nomeadamente nos momentos em que este seria manipulado pela equipa de enfermagem, evitando manipulações excessivas, contribuindo assim, para a capacitação dos pais no desempenho do seu papel parental.

Realizei uma intervenção, junto de 3 famílias, para a realização da massagem infantil adaptada à tolerância de cada RN, utilizando como suporte o instrumento do Projeto “Oficinas do Cuidar”. Posteriormente, avaliei a satisfação dos pais após realizarem esta estratégia vinculativa, através de uma entrevista informal, onde apenas questioneei se, após a sessão realizada, estes se sentiam preparados para realizar a estratégia vinculativa de forma autónoma e se estavam satisfeitos com a sessão realizada. A globalidade dos pais referiu muita satisfação em terem estado presentes na sessão e terem conseguido aplicar de forma autónoma a estratégia vinculativa, tendo referido que foi uma experiência bastante importante para eles e para o RN durante o internamento.

Deste modo, de acordo com as atividades desenvolvidas ao longo do contexto, foi possível desenvolver competências do EESIP, como providenciar cuidados à criança/jovem, promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (E.2.4) e promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E.3.2);¹

De acordo com o terceiro objetivo específico de estágio, observei e prestei cuidados de forma autónoma nas diferentes valências da UCIN, a RN internados com diferentes patologias e às suas respetivas famílias, trabalhando em parceria com as mesmas e capacitando-as para a autonomia necessária aquando da alta hospitalar. Assim, desenvolvi competências específicas de EESIP como comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3)¹ e promover o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1).¹ A participação dos pais nos cuidados ao RN proporciona o decréscimo de sentimentos como a angústia, separação e culpa.

Desta forma, o EESIP desempenha um papel facilitador na promoção do vínculo através da motivação do contato precoce, fortalecendo a confiança dos pais ao envolvê-los na prestação de cuidados, apresentando uma progressão sequencial^{53,54}.

III.3. Unidade de Cuidados à Comunidade

III.3.1. Caracterização do Contexto

Neste contexto de CSP, ao longo de cinco semanas, integrei a equipa de uma UCC pertencente a um ACES da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo. Este tem como missão a criação de uma rede de cuidados de saúde primários integrados e sustentáveis, adequados às características da população e de proximidade, centrada no respeito pelas necessidades, dignidades e direitos do cidadão, tendo como objetivo principal proporcionar à sua população uma vida mais saudável, com maior longevidade e qualidade. Esta UCC desenvolve a sua atividade desde 2010, e intervém prestando cuidados de saúde, apoio social e psicológico de âmbito comunitário e domiciliário, especialmente a pessoas, grupos ou famílias mais vulneráveis, com dependência física e funcional, em risco ou com alguma doença específica que necessite de acompanhamento⁵⁵. É constituída por 14 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 assistente operacional e uma médica a tempo parcial, sendo a mesma unidade coordenada por uma Enfermeira, conforme legalmente determinado⁵⁶.

Na área de intervenção dirigida à população infantojuvenil, esta UCC atua diretamente em diversas valências, tais como: Programa Nacional de Saúde Escolar, Educação para a saúde, através de projetos como o “Espaço S”, que atende jovens no âmbito da saúde com ênfase na sexualidade e planeamento familiar; A preparação para a parentalidade, através de cursos relacionados com essa transição, acompanhamento pós parto e massagem ao bebé; Inclui um NACJR que trabalha diretamente com a CPCJ, atendendo ao interesse superior da criança; Trabalha de acordo com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), para famílias com crianças entre os 0-6 anos de idade, com alterações das funções ou estruturas do corpo, com risco grave de atraso de desenvolvimento. A UCC integra também uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), assim como colabora em vários programas e projetos de Intervenção Comunitária dirigidos ao adulto, idoso ou populações vulneráveis, como grávidas e doentes crónicos.

III.3.2. Diagnóstico de Situação

Durante o decorrer do estágio, tive a oportunidade de acompanhar a minha SC e alguns elementos da EE, em diferentes projetos e programas da unidade, como por exemplo, no Programa Nacional de Saúde Escolar, que contribui para a melhoria da saúde das crianças, jovens e restante comunidade educativa, através da vigilância/Promoção da saúde e aquisição de competências que permitam fazer opções saudáveis. Em relação à realização de um diagnóstico de necessidades, este contexto apresentou-se facilitador, já que todas as necessidades da comunidade à qual a UCC em questão dá resposta, eram identificadas e posteriormente debatidas em reuniões. Através de duas reuniões de Saúde Escolar, nas quais tive oportunidade de participar, foram debatidas diversas temáticas como o fluxograma de referenciação de crianças e jovens com necessidades especiais, sensibilização sobre a promoção da saúde mental, prevenção de consumos aditivos, promoção da sexualidade, adesão à vacinação, nomeadamente da VASPR e o planeamento da construção de um instrumento informativo, relativo às doenças de evicção escolar obrigatória. Esta última necessidade tinha como ponto de partida dar resposta à preocupação dos pais relativamente às doenças infecciosas na infância, que necessitam de afastamento obrigatório das creches e das escolas. Tendo em conta que as doenças com evicção escolar obrigatória, incluídas no Decreto Regulamentar nº3/95 do Ministério da Saúde⁵⁷, são na sua maioria evitáveis pela vacinação, surgiu uma oportunidade de desenvolver o meu projeto formativo nesta área em concreto

Através das reuniões de saúde escolar e entrevistas informais com a minha SC e restantes elementos da EE, foi perceptível que esta temática constitui uma preocupação, sendo alvo de intervenção na comunidade. O combate aos movimentos de hesitação vacinal deve passar diretamente pela sua prevenção e pela sensibilização de toda a equipa de saúde para esta problemática. Desta forma, a EE poderá estar mais capacitada para desmistificar junto dos cuidadores falsas contraindicações e mitos, realizar ensinamentos aos pais sobre os cuidados pós-vacinais e sintomatologia mais frequente, para que estes estejam preparados a todos os níveis.⁵⁸ Por este motivo, foi consensual que seria pertinente e desejável planear e desenvolver uma sessão de sensibilização sobre esta temática na comunidade, dirigida aos pais/cuidadores, integrada no Projeto “Bebé ao Colo”.

Este projeto, realizado em parceria com a fundação AJU -Jerónimo Usera, tem como finalidade combater e prevenir a negligência parental e exclusão social de mulheres grávidas e ou/cuidadoras de bebés até um ano de idade, através da promoção de

comportamentos parentais saudáveis e positivos. Assim, a equipa multidisciplinar que integra o projeto, proporciona sessões de formação parental, apoio social e acompanhamento formal e informal, contemplando sessões de formação e visitas domiciliárias quinzenais e distribuição mensal de cabazes de apoio para os bebés, com a finalidade de capacitar as famílias mais carenciadas, responder às principais necessidades do bebé⁵⁹.

III.3.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido

De acordo com o diagnóstico de situação realizado no primeiro módulo sobre deste contexto, defini os seguintes objetivos específicos:

- Promover a parentalidade positiva, nomeadamente na adesão ao PNV;
- Intervir em situações de maus-tratos infantis, em contexto de cuidados à comunidade.

Nos últimos anos, infelizmente, tem-se verificado uma crescente hesitação em vacinar, constatando-se o aparecimento de movimentos anti vacinação, os quais questionam a efetividade das mesmas, fundamentando-se na existência de mais malefícios, que benefícios. Cada situação de não adesão deve ser encarada como uma ocasião para realizar educação para a saúde. Por outro lado, a eliminação ou o controlo das doenças evitáveis pelas vacinas pode alterar a perceção do risco da população, originando uma falsa noção de que há um maior risco decorrente da administração das vacinas, do que das doenças por elas prevenidas, tornando a vacinação vítima do seu próprio sucesso⁶⁰. Deste modo, visando o primeiro objetivo de estágio, elaborei um Manual de apoio para os Pais (em apêndice R), em formato de livro digital “*e-book*”, sobre quais as doenças que obrigam a evicção escolar, promovendo a adesão à vacinação e simultaneamente prevenir e minimizar as situações de hesitação à vacinação pelos pais/cuidadores. Este manual, foi avaliado pelo Enfermeiro Gestor de Serviço que posteriormente colocou na pasta partilhada e computadorizada da UCC e forneceu às escolas e creches, para que estas introduzissem o manual nos sites das mesmas, com o intuito de haver uma maior consulta por parte dos pais.

Assim, torna-se essencial suportar a existência de informação fidedigna sobre a vacinação, de forma a prevenir a hesitação à mesma. Num estudo⁶⁰ realizado acerca dos principais motivos pelos quais os pais decidiam não aderir à vacinação, da totalidade de pais incluídos no mesmo, 91 recusaram e pela existência de dúvidas quanto à segurança vacinal, realçando a importância da informação junto dos pais. A inexistência de fontes

científicas credíveis, que transmitam, em simultâneo, tanto a informação sobre os benefícios da vacinação, como os efeitos secundários e possíveis riscos das mesmas, dificulta a tomada de decisão consciente e informada dos pais. Assim, constata-se que a informação e a educação para a saúde realizada pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, pode desempenhar um papel crucial na abordagem da hesitação vacinal e na promoção da adesão ao plano vacinal⁶⁰.

Deste modo, ainda de encontro ao primeiro objetivo de estágio, realizei uma sessão de sensibilização aos Pais sobre a importância da vacinação e sobre a constituição do atual PNV (apresentada em apêndice S), para que esta fosse integrada no projeto “Bebé ao Colo”. Esta sessão foi apresentada a um grupo de 6 mulheres, mães e grávidas, pertencentes ao projeto. Durante a realização desta atividade, foi perceptível que ainda existem muitas questões relacionadas com a segurança das vacinas, mas principalmente com o receio da dor que estas poderiam provocar aos seus bebés. Algumas mães referiram a necessidade que elas próprias sentiam de colocar numa balança o “risco” vs. o “benefício” das vacinas, nomeadamente pela quantidade de vacinas que eram administradas ao mesmo tempo e a dor que estas poderiam causar, quando administradas em simultâneo. Por esse motivo, durante a sessão, foram inclusive abordados temas como a adaptação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor nas crianças, durante os procedimentos invasivos, assim como reforçada a importância da adesão ao PNV.

Assim, de acordo com estas atividades desenvolvidas, foi-me possível desenvolver competências de EESIP, como promover o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1.) e promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E3.2)¹;

Em relação às atividades que deram resposta ao segundo ao objetivo de estágio, no decorrer do mesmo, a UCC foi convidada para colaborar no projeto sobre “Parentalidade positiva”, pela equipa do SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) e RSI (Rendimento Social de Inserção) do Centro Paroquial, pelo que me foi proposto pela SC realizar essa cooperação através de uma sessão de formação, já que ia de encontro à minha área de interesse e aos meus objetivos formativos da promoção da parentalidade positiva. Assim, realizei uma sessão neste âmbito, no “Encontro sobre a Parentalidade – à descoberta de uma parentalidade positiva” (cujo póster de divulgação se encontra em anexo 4). A sessão por mim realizada, (apresentada em apêndice T), teve como objetivo a sensibilização para a temática da parentalidade positiva, tendo sido divulgada como

“Fases do desenvolvimento infantojuvenil: que desafios? Parentalidade positiva”. A sessão de sensibilização foi realizada numa ludoteca, onde habitualmente os pais e cuidadores frequentam com a finalidade de poderem brincar, interagir e realizar atividades com as suas crianças, fora do horário escolar. Assim, vários pais tiveram acesso ao póster de divulgação, e por este motivo, a sessão obteve uma boa adesão por parte dos pais da comunidade, à qual esta ludoteca dava resposta. Assim, foi-me possível desenvolver competências de EESIP, como comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3).¹

Por outro lado, a atividade do NACJR é fundamental numa UCC. Este desempenha diversas funções como promover a sinalização e deteção precoce das situações de risco, bem como a elaboração do Plano de Intervenção à Família (PIAF), monitorizar as intervenções das equipas interdisciplinares, intervindo diretamente nas situações em que essas equipas tenham dificuldade em cumprir o PIAF; referenciar às entidades de 2º ou 3º nível e melhorar a articulação com essas entidades, entre outros.

Assim, dando resposta ao meu segundo objetivo de estágio, cerca de uma semana antes do estágio terminar, foi-me possível observar e participar em situações identificadas como suspeitas de maus-tratos infantis, através da presença em reuniões do NACRJ do ACES em que a UCC estava inserida e da participação numa visita domiciliária de uma família sinalizada. Esta família, era composta por uma mãe de apenas 18 anos, natural da Guiné, residente em Portugal há menos de um ano com o seu bebé de 4 meses de idade, sem apoio do pai do mesmo. Foi sinalizada ao NACJR pelos parceiros do projeto “Bebé ao Colo”, por suspeita de negligência. Esta suspeita surgiu do facto do bebé apresentar um atraso notório no seu desenvolvimento motor e no ganho de peso, tendo-se suspeitado de pouca estimulação por parte da mãe. Esta estava envolvida num processo de integração social e por este motivo frequentava um curso de cerca de 7 horas diárias, durante 5 dias por semana, com o objetivo de depois ser incluída no mercado de trabalho. Após o NACJR ter assumido o caso verificou que, para esta mãe frequentar o curso, teria de deixar o seu lactente num domicílio de uma cuidadora informal, que tinha ao seu cargo 7 crianças, com idades compreendidas entre os 4 meses e os 5 anos de idade. A visita que tive oportunidade de acompanhar, realizada pelo NACJ, foi ao domicílio da cuidadora informal que realizava aquele trabalho de forma não regulada. Durante a visita foi concretizada uma entrevista à cuidadora, na qual foram debatidos temas como o espaço e as condições onde a mesma estava inserida e onde cuidava das crianças, quantas crianças estavam a seu cargo diariamente, quantas vezes o RN sinalizado estava a seu cuidado,

que tipo de alimentação lhe era fornecido, onde as crianças brincavam e dormiam a sesta, entre outros. Foi notório que as crianças se apresentavam bem cuidadas, alimentadas e que a casa tinha condições de saneamento básico para que as mesmas a frequentassem, no entanto foram identificadas diversas problemáticas (não havia espaço para que todas brincassem, não havia atividades estimuladoras do desenvolvimento infantil e os lactentes permaneciam o dia completo nas cadeiras de transporte trazidas pelos pais, incluindo no período das sestras, entre outros). Foi posteriormente realizado um plano de intervenção àquela família e à situação ilegítima encontrada, que ficou a ser delineado após o término do meu contexto de estágio.

Assim, com estas atividades, foram desenvolvidas competências específicas do EESIP, como implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1.) e diagnosticar precocemente, intervindo nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2).¹ O EESIP, assume assim um papel preponderante quer na identificação, sinalização, proteção e promoção do desenvolvimento da criança / jovem em risco e sua família, necessitando de formação contínua e habilidades que o dotem de competências para intervir neste tipo problemática complexa.

III.4. Serviço de Internamento Pediátrico

III.4.1. Caracterização do Contexto

Neste contexto de estágio de Internamento médico-cirúrgico Pediátrico, integrei uma equipa e um serviço, durante 5 semanas, no qual já tinha trabalhado cerca de cinco anos. O internamento é constituído por 11 quartos, 8 deles com duas camas ou berços e 3 quartos de isolamento. Na maioria das vezes os primeiros 4 quartos são destinados a crianças que já dormem em cama (dependendo da idade e estadio de desenvolvimento) e outros quatro estão ocupados com berços, sendo denominados de “berçários”. O serviço apresenta também uma sala de refeições para os pais, assim como um quarto com casa de banho privativa para os mesmos (este último utilizado em situações específicas, como internamentos muito prolongados). É composto por uma sala de leitura (disposta na sua maioria para o funcionamento do hospital de dia cirúrgico pediátrico), uma sala de brincadeiras (direcionada a todas as crianças internadas que não tenham indicação de isolamento) e uma casa de banho.

Fisicamente o serviço conta também com uma área designada pelo balcão de enfermagem, uma sala de trabalho e preparação de medicação, uma sala de reuniões e uma sala de tratamentos (onde se realizam muitas vezes procedimentos invasivos às crianças, com o intuito destas não passarem pelos mesmos nos seus locais de referência e segurança, os seus quartos); Este serviço tem como intuito prestar cuidados médico-cirúrgicos a crianças até aos 18 anos de idade em situação de patologia aguda ou crónica agudizada.

De acordo a norma para cálculo de dotações seguras, nos internamentos pediátricos está aconselhada a existência de 2 EESIP por cada 3 enfermeiros generalistas sendo que, deverá existir no mínimo, 1 EESIP em permanência, durante as 24 horas⁴⁹. O serviço em questão, à semelhança de muitos outros, apresenta alguma rotatividade de novos profissionais, assim como muitas vezes não consegue assegurar as dotações aconselhadas, ficando apenas, maioritariamente, um enfermeiro especialista permanentemente no turno da manhã, influenciando diretamente a capacidade de resposta dos profissionais nos restantes turnos.

III.4.2. Diagnóstico de Situação

Apesar do serviço ter como filosofia a defesa dos direitos da criança e da família, assim como a minimização do impacto da hospitalização nos mesmos, constata-se que existem dificuldades em desenvolver atividades e estratégias de prevenção do impacto da hospitalização por não ser uma das principais prioridades a nível das intervenções de enfermagem, por uma questão de gestão de prioridades. Como descrito anteriormente o facto da equipa em questão apresentar ultimamente uma maior rotatividade de profissionais, passando estes constantemente por integrações, o serviço por vezes não consegue assegurar as dotações aconselhadas, pelo que dificulta o trabalho da equipa de enfermagem em investir em projetos direcionados à família e à redução do impacto da hospitalização na mesma.

Este serviço já apresentou atividades dinamizadoras e estimulantes do desenvolvimento infantil com a sala de brincadeiras, (onde as crianças clinicamente possibilitadas podem brincar umas com as outras e os pais podem aproveitar melhor o tempo de qualidade com os seus filhos), e o projeto “o Vasco vai ao cinema” (onde as crianças hospitalizadas assistiam a um filme por semana no auditório do hospital, juntamente com os pais). O que realmente se verifica, especialmente quando o serviço está lotado e não existe reforço da equipa de enfermagem, é que estas atividades (que

idealmente seriam dinamizadas por um elemento da EE) acabam por ficar com a sua efetividade limitada. Por este motivo, observam-se os pais e as suas crianças, em permanência nos quartos de hospital por longos períodos, utilizando maioritariamente como recursos de distração a televisão, os *tablets*, telemóveis e por vezes, mas raramente, a sala de brincadeiras. Através da minha experiência profissional no respetivo local de trabalho e de entrevistas informais com os diversos elementos da EE, assim como com a minha SC, foi confirmada a necessidade de se desenvolver estratégias que apoiem a diminuição do impacto da hospitalização, tendo em conta os recursos atuais e possíveis do serviço.

Apesar da minha experiência profissional ter passado maioritariamente por este contexto, o meu regresso como estudante do MESIP permitiu-me uma posição privilegiada para a observação pormenorizada dos cuidados de enfermagem, tendo sido uma experiência muito enriquecedora. Neste serviço, também são internadas por diversas vezes, crianças suspeitas ou vítimas de maus-tratos infantis. Estas ficam internadas com critério de isolamento protetor, muitas vezes acompanhadas pelo familiar ou cuidador no qual incide a suspeita de agressor. Durante estes internamentos, a equipa de enfermagem intervém maioritariamente na promoção de um ambiente seguro para a criança e família e na observação do cuidado da mesma com a criança, sendo responsável pela descrição dessa dinâmica familiar através de um documento que é entregue posteriormente ao NHACJR e muitas vezes à CPCJ. Para além destes internamentos sociais, o facto de haver hospitalizações de longa duração também surge como uma oportunidade para os profissionais detetarem situações de risco de maus-tratos infantis.

Em relação a esta área de intervenção, este serviço é detentor de um algoritmo de atuação perante situações de risco ou de maus-tratos, elaborado pelos diferentes membros do NHACJ. Após análise conjunta com a minha SC, foi evidenciada a necessidade de sensibilização para esta temática, já que o documento existia, mas não era consultado pelos elementos da equipa, especialmente pelos elementos mais recentes. Estes referiam a falta de experiência, como um aspeto que potenciava inseguranças na deteção de fatores de risco e sinais de alerta durante a hospitalização.

Deste modo, foi realizado um questionário à EE (apresentado em apêndice U), com o objetivo de compreender as necessidades formativas relativamente a esta temática “Intervenção do Enfermeiro em situações de maus-tratos infantis”. De acordo com os resultados obtidos através do questionário (resultados em apêndice V), constatou-se que 88,9% da EE nunca tinha realizado formação no âmbito dos maus-tratos infantis e

considerava ter pouco conhecimento sobre a notificação de situações de suspeita. Verificou-se inclusive que 44,4% da equipa considerava ter pouca capacidade de comunicação com a Criança/ Jovem/ Família, nas situações e/ou suspeitas de maus-tratos infantis. Já a totalidade da equipa (100 %), revelou que frequentar uma formação nesta área, seria importante para a sua prática profissional, inclusive 100% da mesma julgava necessário existir na instituição, mais documentos orientadores para os profissionais.

III.4.3. Plano de Projeto Proposto e Desenvolvido

De acordo com o diagnóstico de situação realizado no primeiro módulo sobre deste contexto, defini os seguintes objetivos específicos:

- Promover a parentalidade positiva, através de estratégias vinculativas durante a hospitalização da criança.
- Contribuir para a uniformização da intervenção da EE em situações de internamento hospitalar protetor, por suspeita de maus-tratos infantis.
- Compreender a intervenção do EESIP, relativamente a situações de maus-tratos infantis, em contexto de internamento hospitalar.

Deste modo, de acordo com o meu primeiro objetivo, assente na promoção da parentalidade positiva, através de estratégias vinculativas durante a hospitalização da criança, desenvolvi um projeto dinamizador de atividades lúdicas entre pais-filhos, denominado “Hora da parceria”, para que permanecesse integrado na sala de brincadeiras e posteriormente ser utilizado pela equipa de enfermagem. Este projeto foi idealizado e implementado durante o meu período de estágio, mas os resultados do mesmo não foram integrados no relatório visto a data de entrega ser prévia ao término do estágio.

Ainda de acordo com o primeiro objetivo, realizei o instrumento informativo para os pais, em formato póster (disponível em apêndice X), relativamente a estratégias de adoção da parentalidade positiva, capacitando os mesmos a este nível, durante o internamento, prevenindo assim a incidência dos maus-tratos infantis. Este póster, disposto na sala de brincadeiras, foi observado pelos pais/ cuidadores que iam frequentando a sala (pelo menos 5 pais, observaram o póster na minha presença). Durante a permanência dos Pais na sala, questionei informalmente aos mesmos se já tinham ouvido falar desta vertente da “Parentalidade positiva” e qual seria a opinião deles relativamente às estratégias descritas no póster. Obtive um *feedback* positivo em relação ao instrumento, tendo a totalidade dos pais descrito que a informação do mesmo era bastante útil, especialmente naquele ambiente, em que se encontram permanentemente na companhia

dos seus filhos, confinados a um espaço pequeno, longe das suas rotinas, potenciando obviamente sentimentos como *stress* e possíveis comportamentos mais hostis, mesmo perante os filhos hospitalizados. Assim, de acordo com estas atividades desenvolvidas, foi-me possível desenvolver competências de EESIP, como promover o crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1); Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura (E3.3); Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinserção social da criança /jovem (E1.1) e Providenciar cuidados à criança/ jovem, promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (E2.4)¹.

Para dar resposta ao segundo objetivo específico do estágio, realizei um instrumento de sensibilização para a EE, em formato de dispositivos eletrónicos (anexado em apêndice J) cujo conteúdo foi de encontro aos principais resultados obtidos através do questionário realizado no diagnóstico de necessidades. Assim, foi realizada uma descrição breve dos diferentes tipos de maus-tratos infantis, sinais/ sintomas dos mesmos, principais fatores de risco e sinais de alerta. Apresentei inclusive, os algoritmos e protocolos de atuação na identificação de sinais de alerta ou de maus-tratos infantis, possíveis de aplicar no internamento Pediátrico. Posteriormente, foi aplicado um questionário de satisfação à EE relativamente à sessão realizada (em anexo A), tendo a mesma (100% da EE), ter considerado “Excelente” no que diz respeito à satisfação sobre a sessão realizada e à respetiva pertinência e utilidade do instrumento (conforme descrito nos resultados do questionário, em apêndice Z).

Muitos elementos da EE referiam que apesar de existirem diversos internamentos por suspeita de maus-tratos infantis, consideravam que as intervenções de enfermagem relativamente a esses internamentos (nomeadamente frutos da observação do comportamento e interação da família suspeita com a criança) não eram evidenciadas nas normas do serviço, referindo a necessidade de haver uniformização dos registos, nomeadamente da informação que era entregue à CPCJ. Seguidamente, de acordo com o diagnóstico de situação realizado, foi consensual que iria apresentar até ao final do contexto de estágio, uma proposta de documento orientador para a “Carta de Parentalidade”. Proposta esta que não se encontra incluída no relatório pela data de entrega do mesmo ser 2 semanas antes do término do contexto de estágio.

De encontro ao meu terceiro objetivo de estágio, realizei um acompanhamento do SC/ EESIP no acompanhamento dos internamentos sociais existentes, debruçando-me e

acompanhando mais um caso em específico. Descrevo, assim o caso da Maria (nome fictício), à qual aos quatro anos de idade, foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Aos 13 anos de idade, a Maria já tinha vivenciado múltiplos internamentos por descompensação da doença, associados ao incumprimento do plano insulínico instituído. Esta recorreu inúmeras vezes à urgência desde então, devido a hiperglicemias descompensadas e cetonemias positivas, ou até mesmo em estado de cetoacidose diabética grave, com risco de coma. A Maria sempre viveu com os seus pais até aos seus sete anos, idade com a qual experienciou a morte do pai. Após a morte deste, a mãe da Maria passou a residir com os familiares do falecido pai (o avô e tio paternos), fornecendo ajuda aos mesmos. O avô é um elemento familiar com alguma idade e dependência e o tio da Maria não trabalha, apresenta escassa iniciativa para ajudar nas tarefas domésticas, sendo descrito pela Maria como um elemento desestabilizador do ambiente familiar. Este, inclusive, demonstra pouco interesse relativamente à patologia da Maria. A mãe da Maria é analfabética e por este motivo, e apresenta grandes dificuldades na percepção dos ensinamentos. Trabalha num local com horários muito extensos, com difíceis acessos às redes de transporte. Por este motivo, sai do seu domicílio muito cedo e chega muito tarde, deixando a Maria muitas horas sozinha entre a escola e a associação de acompanhamento social de crianças, responsável por esta quando o horário escolar termina. Esta mãe apresentasse assim, como o único apoio familiar e financeiro, tanto para Maria, como para a restante família.

Deste modo, após um número significativo de internamentos (mais de 6 no último ano) por consequências graves pela não adesão ao esquema insulínico instituído, por parte da Maria, esta foi internada para recuperação do quadro clínico, e mais uma vez para realizar uma avaliação social. Apesar de a mãe fazer tudo o que estava ao seu alcance para apoiar a filha na sua doença crónica, devido à sua vida profissional não consegue acompanhar a 100% o quotidiano da Maria, que tinha iniciado desde há cerca de 1 ano comportamentos de desafiantes perante a mãe, sobretudo pela insistência permanente de não aderir ao esquema insulínico que esta já dominava.

Durante o internamento da Maria, realizei uma capacitação da mesma relativamente às suas escolhas na saúde e validei os conhecimentos da mesma sobre o plano insulínico instituído.

Deste modo, após o acompanhamento desde internamento social e reflexão sobre o mesmo, tive a oportunidade de participar numa reunião do NHACJR com a CPCJ, assistindo à decisão de institucionalizar a Maria, para que este pudesse ser mais vigiado e

cumprisse na totalidade o esquema insulínico prescrito, evitando mais consequências e internamentos futuros. Assim, de acordo com estas atividades desenvolvidas, foi-me possível desenvolver competências de EESIP, como diagnosticar e intervir precocemente nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/ jovem (E1.2); Responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3); Promover a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/ incapacidade (E2.5) e promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativamente à saúde (E3.4).¹

IV - Considerações Finais

O percurso formativo culmina com a concretização do presente relatório que descreve as atividades desenvolvidas durante o estágio e o trajeto percorrido durante todo este processo de aprendizagem. Assim, considero que os objetivos delineados e propostos, tanto para este percurso formativo como para a efetivação do presente relatório foram atingidos, através de uma permanente adaptação a cada contexto de estágio, de acordo com a realidade encontrada nos mesmos.

A utilização de uma evidência científica atual, articulada com uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, permitiu o desenvolvimento contínuo de competências e potenciou assim, a capacidade de avaliação, compreensão e pensamento crítico sobre a prática de enfermagem especializada em diversos contextos. De forma gradual, possibilitou-me também dar resposta às necessidades de formativas inicialmente identificadas em cada contexto, através do diagnóstico de situação, levando posteriormente à concretização dos objetivos propostos.

Por questões de logística a maior parte dos contextos de estágio tiveram lugar na mesma instituição, a qual está a vivenciar um processo transicional de Direção, com todas as consequências que o mesmo implica. Esta mudança apresentou alguns obstáculos à implementação de determinadas atividades e operacionalização do plano de projeto. Muitas vezes, a concretização das atividades dependia da possibilidade das mesmas se realizarem, tendo obrigatoriamente de coincidir com a presença do EE e de outros fatores externos, como o tempo, já que determinadas reuniões dos NACJR, apenas têm lugar em datas específicas do ano. Apesar da trajetória rumo ao título de EESIP ter enfrentado obstáculos como anteriormente referido, estes foram possíveis de ultrapassar devido à identificação de necessidades de aprendizagem e das competências a atingir. A mobilização apropriada dos saberes teóricos atuais, inerentes à temática em questão para a prática de cuidados, evidenciou-se como complexa de implementar, especialmente em equipas de enfermagem compostas por elementos mais experientes. Foram determinantes as estratégias utilizadas, como o pensamento crítico, análise e reflexão, promotoras de debates informais entre os vários elementos das equipas, sobre as temáticas apresentadas nos diversos contextos que potenciaram um crescimento pessoal e profissional conjunto.

Uma das limitações encontradas para a operacionalização do plano de projeto em determinados contextos, foram as dotações de enfermagem inferiores às recomendadas, situação recorrente em serviços onde, infelizmente, existe escassez de enfermeiros para completar as escalas do serviço. Quando isto acontece, a EE foca-se na priorização de

cuidados e acaba por despender de menos tempo útil para a aquisição de novas competências e adesão a novos projetos.

Por outro lado, os serviços de pediatria consideram-se serviços de lotação sazonal, o que se apresentou como uma dificuldade no que toca à implementação do projeto. Assim, em contextos onde existiam muito poucas crianças e famílias internadas, houve a necessidade de adaptar as atividades delineadas.

Todo este percurso formativo modificou o meu pensamento, sensibilidade e maturidade na execução de intervenções e na tomada de decisão. Considero-me assim transformada, nos cuidados de enfermagem que presto e na maneira como me relaciono tanto com as crianças e jovens, como com famílias.

Os ganhos em saúde, são expressos em anos de vida, devido à existência da redução da existência de doença ou encurtamento da sua permanência, assim como pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, existindo assim uma crescente funcionalidade física e psicossocial, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde⁶⁰. Deste modo, considero que todas as atividades desenvolvidas ao longo dos vários contextos de estágio se apresentam como potenciadoras tanto da valorização de enfermagem (ao uniformizar cuidados e melhorar questões organizacionais) como benéficas para a população (neste caso, as crianças e famílias, ao desenvolver atividades no âmbito da parentalidade positiva e promoção da vinculação, tanto em ambiente hospitalar, como comunitário).

A título de exemplo, o conhecimento por parte da equipa multidisciplinar sobre a temática de maus-tratos evidenciou-se como preocupante nos contextos de estágio percorridos. Os enfermeiros continuam a demonstrar uma formação técnico-científica limitada no que toca a evidência científica atual, assim como conhecimentos débeis no que toca a aspetos legais como a obrigatoriedade da notificação, políticas de saúde adotadas no país, fatores de risco e possíveis consequências da problemática. Abordar esta problemática no âmbito da enfermagem pediátrica, contribuiu para sensibilizar e motivar os profissionais de saúde sobre o seu contributo na prevenção e intervenção, clarificar e uniformizar os conceitos, facilitar os processos de identificação e intervenção, bem como, promover atuações coordenadas entre as diferentes entidades visando a minimização e prevenção de situações de risco contra crianças e jovens.

A experiência adquirida na prestação de cuidados de enfermagem às famílias em transição para a parentalidade, levou-me a frequentar o Curso de Massagem Infantil da Associação Portuguesa de Massagem infantil, tendo terminado com sucesso o mesmo,

sendo neste momento formadora da área em questão. Através das realidades encontradas nos diversos contextos, aliadas à minha experiência pessoal e profissional, nomeadamente através do curso de massagem infantil, levou-me a crer que a inclusão desses mesmos cursos em ambiente escolar (não se cingindo às apenas às instituições de Saúde públicas ou privadas como habitual) poderá ser uma excelente estratégia para levar as famílias ao berçário/creche/escola e envolvê-las cada vez mais na educação e na saúde dos seus filhos.

Neste sentido, desenvolvi um projeto, em conjunto com berçários da região de Sintra, cujas equipas pedagógicas partilham comigo esta visão que conjuga educação, promoção da saúde e da vinculação, no espaço escolar. Este projeto consiste num conjunto de 5 encontros semanais, no berçário, programados com os pais ou cuidadores. Aborda a massagem infantil e posteriormente outras temáticas relacionadas com a transição para a parentalidade e desenvolvimento infantil, com o objetivo de promover as competências parentais (indo de encontro às principais preocupações dos mesmos), saúde familiar e a construção de vínculos seguros.

De acordo com a temática desenvolvida ao longo do meu percurso formativo, identifiquei, inclusive, algumas lacunas no meu atual local de trabalho. Este serviço, está localizado num Hospital que tem apenas 2 anos de existência e encontra-se ainda em crescimento. Apresenta-se como um serviço composto por consulta programada de Pediatria, quer médica, quer de enfermagem. É também um centro de vacinação e consulta não programada / atendimento permanente. Ao consultar os protocolos e documentação existente acerca da notificação de situações ou suspeita de maus-tratos infantis, identifiquei a inexistência de um NHACJR. Deste modo, foi discutida a necessidade de implementação do mesmo, estando neste momento a decorrer o desenvolvimento de uma equipa multidisciplinar, que me inclui enquanto enfermeira, para fazer parte de um futuro NHACJR, apresentando-se como um projeto futuro no âmbito da área de especialidade.

Assim, o conhecimento prático é conseguido com o decorrer do tempo e da experiência adquirida através do mesmo, sendo que nem sempre nos apercebemos dos nossos progressos. Torna-se então essencial, construir estratégias para que se desenvolva sabedoria associada à prática, com o intuito que esta seja desenvolvida e aperfeiçoada⁶¹.

Em suma, a realização deste relatório foi crucial para atingir uma PBE e realizar uma reflexão fundamentada para direcionar as minhas intervenções e obter os melhores ganhos em saúde. Para além disso, quando aplicamos uma prática reflexiva diária aumenta-mos a nossa autoconsciência, que se apresenta como uma componente essencial para a

inteligência emocional e desenvolvimento de uma melhor compreensão dos outros, essencial para nossa prática profissional.

V- REFERÊNCIAS

1. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República, Diário da República 2.ª série, N.º 133 [atualizada 2018 Jul 12]. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
2. Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
3. Cabrera, RN BSN. Maternal Role Attainment Theory: Promoting Maternal Identity and Family Health. [INT J CHILDBIRTH EDUC]. Abril 2018 [citado 2022 Dez 1]; 33(2): 21-23. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130741711&lang=pt-br&site=ehost-live>.
4. Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [Internet]. Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021. CNPDPCJ, editor. Lisboa; 2022 [cited 2022 12]. Available from: <file:///C:/Users/ricar/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Anual%20da%20Atividade%20das%20CPCJ%20do%20ano%202021.pdf>
5. Meleis, A. I. Theoretical nursing: development and progress. (5ª.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, cop; 2012;
6. Maus-tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, diagnóstico e intervenção [Internet]. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheirosexternos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.asp
7. Meleis. Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework. In Meleis, A. I. (Eds). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice. (1ª. ed.) pp. 13-23. New York: Springer Publishing Company; 2010
8. Smith. Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. 2018. Jul 2018 [citado 2022 Dez 2]; 42:57-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30219300/>;
9. Osti, Sei, M.B. A Importância da Família na Clínica Infantil:Um Ensaio TeóricoClínico. Revista Temas em Psicologia, 2016 [citado 2022 Nov 30] 24(1), 145-157. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n1/v24n1a07.pdf>

10. Azevedo, Oliveira, I.C.S., Souza, T.V., Moraes, J.R.M.M., Martinez, E.A., Araújo, B.S. O empoderamento de mães de crianças numa unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Maio 2018 [citado 2022 Dez 1]; 71(3), 1061-1070. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325905593_Empowerment_of_the_mothers_of_children_in_a_pediatric_intensive_care_unit
11. Commission E. Positive Parenting Interventions Empowering parents with positive parenting techniques for lifelong health and well-being [Internet]. Publications Office, editor. 2019 [cited 2023 Feb 10]. Available from: <file:///C:/Users/ricar/Desktop/Enfermagem/ESPECIALIDADE%20ESSCVP/2%C2%BA%20SEMESTRE/EST%C3%81GIO%20NATUREZA%20PROFISSIONAL/Artigos%20Bases%20de%20Dados/parentalidade%20positiva/CE%20-%20PARENTALIDADE%20POSITIVA.pdf>
12. Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIPS*, [internet]. 2020, [cited 2023 jan 05]; 8(1), 17-30. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19874>
13. Lopes, M. S. O. C., & Dixe, M. A. C. R. Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2012, [cited 2023 jan 05] 20(4), 787-795. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400020>
14. Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. Touchpoints: Birth to three: Your child's emotional and behavioral development. Da Capo Press [internet]. 2006 [cited 2023 jan 05]
15. Maus-tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção [internet]. Direção Geral da Saúde; 1st ed. Dgs, editor. 2011 [cited 2023 apr 3]. Available from: file:///c:/users/ricar/desktop/enfermagem/especialidade%20esscvp/2%c2%ba%20semestre/interven%c3%a7%c3%a3o%20situac%c3%a7%c3%b5es%20particulares%20de%20exig%c3%aancia/aulas/maus%20tratos/guia%20cr_jov%20em%20risco%202011%20dgs.pdf

16. Batalha LMC. Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimentocriança e cuidados a prestar (Manual de estudo – versão 1). Coimbra: ESEnfC; 2017
17. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Estatísticas APAV - Relatório Anual 2022. [Internet]. 2022. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas-APAV_Relatorio-anual-2022.pdf
18. World Health Organization, European status report on preventing child maltreatment. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2018.
19. Decreto Lei n.o 26/2018 do Diário da República. 1a série no 128, 5 de julho de 2018. Artigo 4; Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/3391632/lei-26-2018-de-5-dejulho>
20. Diário da República. Despacho no 5656/2017. 2a série no 123 jun 28, 2017.
21. Decreto De Lei n.o 147/99 do Diário da República; 2018
22. Kynø NM, Fugelseth D, Knudsen LMM, Tandberg BS. Starting parenting in isolation a qualitative user-initiated study of parents' experiences with hospitalization in Neonatal Intensive Care units during the COVID-19 pandemic. [Public Library of Science, MEDLINE] 29 Outubro 2021 [citado 2022 Nov 28]; Disponível em <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=34714832&lang=pt-br&site=ehost-live>
23. Tamez, R. Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco (6ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017
24. Shoghi M, Sohrabi S, Rasouli M. The Effects of Massage by Mothers on MotherInfant Attachment. *Altern Ther Health Med.*;24(3):34-39. 2018
25. Beebe B, Myers MM, Lee SH, et al. Family nurture intervention for preterm infants facilitates positive mother-infant face-to-face engagement at 4 months. *Dev Psychol.* 2018;54(11):2016-2031. doi:10.1037/dev0000557
26. Maitre NL, Key AP, Chorna OD, et al. The Dual Nature of Early-Life Experience on Somatosensory Processing in the Human Infant Brain. *Curr Biol.* 2017;27(7):10481054. doi:10.1016/j.cub.2017.02.036
27. Silveira RC, Mendes EW, Fuentefria RN, Valentini NC, Procianoy RS. Early intervention program for very low birth weight preterm infants and their parents: a study protocol. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):268. Published 2018 Aug 9. doi:10.1186/s12887-018-1240-6

28. White-Traut R, Brandon D, Kavanaugh K, et al. Protocol for implementation of an evidence based parentally administered intervention for preterm infants. *BMC Pediatr.* 2021;21(1):142. Published 2021 Mar 24. doi:10.1186/s12887-021-02596-1
29. Seiiiedi-Biarag L, Mirghafourvand M. The effect of massage on feeding intolerance in preterm infants: a systematic review and meta-analysis study. *Ital J Pediatr.* 2020;46(1):52. Published 2020 Apr 23. doi:10.1186/s13052-020-0818-4
30. Koller Kologeski T, Strapasson MR, Schneider V, Renosto JM. Skin to Skin Contact of the Newborn with Its Mother in the Perspective of the Multiprofessional Team. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE.* 2017;11(1):94-101. doi:10.5205/reuol.9978-88449-
31. Ionio C, Ciuffo G, Landoni M. Parent-Infant Skin-to-Skin Contact and Stress Regulation: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9):4695. Published 2021 Apr 28. doi:10.3390/ijerph18094695
32. Gonya J, Ray WC, Rumpf RW, Brock G. Investigating skin-to-skin care patterns with extremely preterm infants in the NICU and their effect on early cognitive and communication performance: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2017;7(3):e012985. Published 2017 Mar 20. doi:10.1136/bmjopen-2016-012985
33. Letzkus L, Conaway M, Miller-Davis C, Darring J, Keim-Malpass J, Zanelli S. A feasibility randomized controlled trial of a NICU rehabilitation program for very low birth weight infants. *Sci Rep.* 2022;12(1):1729. Published 2022 Feb 2. doi:10.1038/s41598-022-05849-w
34. Roshanray A, Rayyani M, Dehghan M, Faghih A. Comparative Effect of Mother's Hug and Massage on Neonatal Pain Behaviors Caused by Blood Sampling: A Randomized Clinical Trial. *J Trop Pediatr.* 2020;66(5):479-486. doi:10.1093/tropej/fmaa001
35. Bryce E, Mullany LC, Khattry SK, Tielsch JM, LeClerq SC, Katz J. Coverage of the WHO's four essential elements of newborn care and their association with neonatal survival in southern Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):540. Published 2020 Sep 16. doi:10.1186/s12884-020-03239-6
36. McClure, V. *Manual for Infant Massage Instructors* (1^o ed.). 2018. Associação Internacional de Massagem Infantil. Portugal
37. Alves. *A criança hospitalizada e a ludicidade.* 2019; [citada 2022 Mai 10] Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1193.pdf>
38. SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida* . Rio de Janeiro, Martins Fontes, 2013 4^a Edição

39. Barros. Intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação da criança/jovem/família à hospitalização: Uma scoping review. 2020 [citada 2022 Mai 10];Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>
40. Ordem dos Enfermeiros. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. [Internet], série I, número 8. Caderno da OE; 2015
41. Cardoso. Vivências e percepções de familiares sobre a hospitalização da criança em unidade pediátrica. 2019; [citada 2022 Mai 10] Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/31304/pdf_1
42. Europeias, OC. Carta da criança hospitalizada, Leiden;1988. [cited 2022 Dez 22]. Available from: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Informacao_Cidadao/carta_crianca_hospitalizada_spp.pdf
43. Decreto de Lei n.º 178/2009 do Diário da República: Série I, Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2009/09/17800/0624706254.pdf>
44. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Guião para a Organização de Programas de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Concelho de Enfermagem Regional; 2013
45. Bowlby J. Apego – A natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes – selo Martins; 3ª edição - reimpressão 2021 (2 fevereiro 2002)
46. Casey, A., Mobbs, S. Partnership in Practice. Nursing Times. Vol. 44, n.º 8; 1998
47. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série — N.º 26 — 6 Fevereiro 2019
48. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Cursos de Mestrado Em Enfermagem. Assembleia da República, Diário da República 2.ª série, N.º 144/2021 [atualizada 2021 Jul 27]. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/4604716/regulamento-705-2021-de-27-de-julho>
49. Ordem dos Enfermeiros. Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 2]. Available from: https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_1.pdf
50. Norma n.º 002/2015 de 6 de Março de 2015. (Norma sobre Triagem de Manchester) [Internet]. Direção Geral da Saúde; 2015
51. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças [Internet]. Ministério da Saúde, editor. DGS; 2010 [cited 2023 Feb 20]. Available from:

- https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
52. Peralva, T.R., Araújo, A.K.C., Bezerra, C.S., Souza, D.O., Rafael, L.C., & Melo, R.A. Domestic violence in the perception of emergency service nurses. Portuguese ReonFacema, 2(3), 221-228. 2016
 53. Mäkelä, H., Axelin, A., Feeley, N., & Niela-Vilén, H. Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. *Midwifery* [internet]. 2018. [cited 2023 jan 05], 183-188. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29684798/>
 54. Altimier, L. & Phillips, R. M. The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective familycentered developmental care. *Newborn and infant nursing reviews* [internet]. 2016. [cited 2023 jan 24], 230-244. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1527336916301118?token=CBF0BE6EA2BFE7E096E126170713A98A5FF845F7F39D7847801D1FAA06FEE4D54B4CD46FAA53AC6FC97434991B534FF5&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230220210859>
 55. Azul C, Helena G. Manual de Integração: Profissionais de Saúde, Alunos de Enfermagem e de Medicina. UCC cascais Care, editor. Cascais; 2018.
 56. Decreto Regulamentar no 52/2022. Ministério da Saúde, editor. DRE. de 4 de agosto, artigo 40º
 57. Decreto Regulamentar no3/95 [Internet]. Ministério da Saúde, editor. DRE. 1995 [citado a 2023 Fev 5]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decretoregulamentar/3-1995-140370>
 58. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. [Internet]. Direção Geral da Saúde; 2012 [citada 2022 Mai 10] Disponível em: <https://pns.dgs.pt/historico/pns-2012-2016>
 59. Fundação AJU. Gabinete de Projetos: [Internet]. copyright, editor. AJU; 2023 [cited 2023 Feb 12]. Disponível em: <https://ajusera.com/projectos/gabineteprojectos/projecto-bebe-ao-colo>
 60. Mendes, C., Clara, I., Oliveira, S., Gonçalves, R. P. Os motivos da hesitação dos pais em vacinar: revisão integrativa da literatura. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde* [periódico online]. 2020. [citado em 2022 junho 21]; v. 32, n. 3: 233-246. Disponível em: *Revista de Ciências da Saúde*
 61. Benner P. De iniciado a perito. Editora Q, editor. Coimbra; 2001.

VI – APÊNDICES

Apêndice A - Plano de Projeto

Neste apêndice sé apresentado o planejamento das atividades desenvolvidas, os recursos utilizados e os respectivos critérios de avaliação, para cada contexto de estágio (Urgência Pediátrica, Neonatologia, Cuidados na Comunidade e Internamento Pediátrico).

Para conseguir definir os objetivos específicos para este contexto, antes de mais analisei as competências comuns ao enfermeiro especialista e as competências específicas do EESIP de modo a ponderar as minhas maiores necessidades de aprendizagem. Desta forma, proponho-me a adquirir e aprofundar as seguintes:

Como competências comuns ao EE (Enfermeiro Especialista):

A2 - A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais⁴⁰;

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua⁴⁰; Como competências específicas do EESIP:

E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde⁴;

E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade⁴;

E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem⁴.

Como recursos globais para realizar as atividades pretendidas irei empregar, transversalmente para todos os contextos de estágio, o Enfermeiro Orientador, o Professor Orientador, o computador e revisão bibliográfica específica de cada contexto.

Tabela 1: Objetivos gerais e objetivo específico - transversais a todos os contextos de estágio

Objetivos gerais - transversais a todos os contextos de estágio
- Desenvolver competências para assistir a criança ou jovem em parceria com a família, em situações de especial complexidade; - Implementar intervenções de enfermagem em situações de Parentalidade Comprometida.

Objetivo específico transversal a todos os contextos de estágio	Atividades a Desenvolver	CrITÉrios de Avaliação
- Adequar o plano de projeto ao conhecimento sobre a dinâmica funcional e organizacional do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação ao SC e restantes elementos da equipa multidisciplinar (EM); - Visita ao serviço para conhecimento da sua estrutura e organização física; - Entrevista informal com a SC e elementos da equipa de enfermagem (EE), para obtenção de parecer sobre necessidades dos profissionais/ serviço relacionadas com a temática do projeto. - Adequação do Plano de projeto à observação e resultado das entrevistas informais realizadas; - Reunião com a SC/EE para a apresentação do plano de projeto, a implementar no módulo II. 	- Apresenta o plano de projeto adequado às características e necessidades da EE / serviço, validado positivamente pela SC e SP antes do término do Módulo I – Estágio de natureza profissional.

Tabela 2: Plano de Projeto – contexto de estágio de Urgência Pediátrica

Contexto de Estágio	Urgência Pediátrica	
Competências	A2; B2 ⁴⁰ ; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E3.3 ⁴ .	
Objetivo Específico	Atividades a Desenvolver	CrITÉrios de Avaliação
- Uniformizar a intervenção da EE na parentalidade positiva, através da gestão diferenciada da dor e do bemestar da criança e jovem.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de instrumento de formação/ informação para a EE relacionado com a classificação da dor em pediatria, dando resposta a uma das principais necessidades formativas identificadas. - Realização de sessão formativa dirigida à EE sobre o tema e apresentação do instrumento elaborado. - Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação dos profissionais relativamente ao instrumento elaborado; 	<ul style="list-style-type: none"> - 60 % dos profissionais considerou muito pertinente o instrumento elaborado para a sua prática clínica.
		<ul style="list-style-type: none"> - Promove a capacitação de, pelo menos uma família por turno, para o desenvolvimento de estratégias de conforto dirigidos à criança nos momentos

- Promover a capacitação parental para colaborar com os profissionais de saúde na gestão da dor e na promoção do conforto da criança.	- Elaboração de um Instrumento informativo/formativo para os pais com estratégias de conforto para colaboração/participação em procedimentos invasivos/ dolorosos.	de realização de procedimentos invasivos/ dolorosos, facultado o instrumento realizado;
	- Promoção da participação ativa dos pais, incentivando e apoiando a sua presença e colaboração na realização de estratégias de conforto à criança, em procedimentos invasivos.	- Promove a presença e colaboração dos pais, nas atividades propostas pela equipa, direcionadas ao conforto da criança, em 50 % dos procedimentos invasivos;
	- Avaliação da satisfação dos pais após participação nas estratégias de conforto dirigidas à criança após realização de procedimentos invasivos/dolorosos, através de questionário	-80% ou mais dos pais que participaram nas estratégias de conforto manifestaram que não sentiram dificuldades na sua intervenção;
- Aprofundar competências na área da prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de urgência e em particular às crianças vítimas de maus-tratos infantis	- Prestação autónoma de cuidados à criança/jovem e família no SUP, nas diferentes valências que constituem o SUP: Triagem, sala de tratamentos e sala de observação.	- Presta cuidados de forma autónoma a pelo menos 3 crianças/famílias, acompanhando-as em todo o circuito de urgência pediátrica.
	- Observação e participação na prestação de cuidados à criança e família suspeita ou vítima de maus-tratos infantis.	- Participa no atendimento e prestação de cuidados a pelo menos uma criança/família suspeita ou vítima de maus-tratos infantis.
- Contribuir para a uniformização da intervenção da EE em situações de atendimento da criança vítima de maus-tratos no SUP	- Realização de diagnóstico de necessidades formativas da equipa relativamente a este tema, através de entrevistas informais ou questionários;	- > 50 % dos elementos da EE responde à entrevista/ questionário;
	- Realização de sessão de formação à equipa sobre o tema, de acordo com os principais resultados obtidos no diagnóstico de necessidades; - Avaliação através de questionário, da satisfação da equipa com a sessão e instrumento elaborado,	- 70 % dos profissionais considerou muito pertinente o instrumento elaborado para a sua prática clínica.

Tabela 3: Plano de Projeto – contexto de estágio de Neonatologia

Contexto de Estágio	Neonatologia	
Competências	A2; B2 ⁴⁰ ; E1.1; E2.2; E2.4; E3.1; E3.2; E3.3 ⁴ .	
Objetivo Específico	Atividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação
- Uniformizar a intervenção da EE na parentalidade positiva, através da implementação de estratégias vinculativas.	- Realização de diagnóstico de necessidades formativas da equipa relativamente a estratégias de vinculação, através de questionário;	- > 50 % dos elementos da EE participa na entrevista;
	- Realização de instrumento de formação/ informação para a equipa, de acordo com os principais resultados obtidos no diagnóstico de necessidades; - Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação dos profissionais relativamente ao instrumento elaborado;	- 70 % dos profissionais considerou muito pertinente os instrumentos elaborados para a sua prática clínica.
- Promover a parentalidade positiva através da capacitação parental para a realização de estratégias vinculativas.	- Realização de instrumento orientador para as famílias, promotor de estratégias vinculativas, incluído nas “Oficinas do Cuidar”. - Solicitação de sugestões à equipa de enfermagem, disponibilizando aos seus elementos a versão preliminar do instrumento;	- > 50 % da EE participa com sugestões, para a construção do instrumento de formação/ informação;
	- Realização de sessão de sensibilização à EE sobre para a apresentação do instrumento elaborado para as “Oficinas do Cuidar”. -Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação dos profissionais relativamente ao instrumento elaborado;	- 70 % dos profissionais considerou muito pertinente o instrumento elaborado.
	- Capacitação dos pais para o desempenho do papel parental, promovendo a sua presença e intervenção, nos diferentes momentos de prestação de cuidados do seu RN;	- Que 50 % dos pais das crianças, sob responsabilidade partilhada entre SC/ estudante, estejam presentes e intervenham em diferentes momentos de prestação de cuidados do seu RN;

	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio dos pais na realização de estratégias de vinculação utilizando como suporte o instrumento elaborado; - Avaliação do feedback dos pais após estratégia vinculativa, através de instrumento de entrevista informal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove e avalia o toque nutritivo em pelo menos 3 famílias, recorrendo ao instrumento elaborado. - > 80% ou mais dos pais que participaram nas estratégias vinculativas, manifestaram que se sentiram capacitados e muito satisfeitos com o resultado da sua participação;
<p>- Aprofundar competências na área da prestação de cuidados ao RN prematuro ou com necessidades especiais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação da SC nas diferentes valências da UCIN. - Prestação autónoma de cuidados ao RN prematuro ou com necessidades especiais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados de forma autónoma, ao RN e suas famílias, sob responsabilidade partilhada entre SC e estudante;

Tabela 4: Plano de Projeto – contexto de estágio de Cuidados na Comunidade

Contexto de Estágio	Cuidados na Comunidade	
Competências	A2; B2 ⁴⁰ ; E1.1; E1.2; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3 ⁴ .	
Objetivo Específico	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação
<p>- Promover a parentalidade positiva, incentivando a adesão à vacinação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de instrumento de informação para os pais relativamente a doenças que obrigam a evicção escolar, prevenidas pela vacinação. - Solicitação de sugestões à EE disponibilizando aos seus elementos a versão preliminar do instrumento; 	<ul style="list-style-type: none"> - > 50 % da equipa participe, com sugestões, na construção do instrumento de formação/ informação elaborado; - Instrumento elaborado é submetido para aprovação superior pela chefia do serviço.
	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração no projeto da UCC “Bebé ao Colo”, sensibilizando os Pais para a importância da vacinação, através de uma sessão de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta a sessão de formação a pelo menos 2 famílias incluídas no projeto da UCC “Bebé ao Colo”.

	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de instrumento de formação/ informação para a EE, sobre estratégias para intervir no fenómeno da hesitação dos pais à vacinação; - Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação dos profissionais relativamente ao instrumento elaborado; 	- >70 % dos profissionais considerou muito pertinente o instrumento elaborado para a sua prática clínica.
	- Colaboração no Projeto da UCC sobre Parentalidade Positiva, proposto pelas equipas de RSI e SAF do Centro Paroquial do Estoril, com a realização de sessões de formação;	- Realiza pelo menos uma sessão de formação integrada no Projeto da UCC sobre Parentalidade Positiva;
- Intervir em situações de maus-tratos infantis, em contexto de cuidados à comunidade;	- Observação e participação com o SC em situações identificadas de maus-tratos infantis;	- Participa em pelo menos uma visita domiciliária de uma família sinalizada ao NACJR;
	- Acompanhamento do SC/ EESIP do núcleo de CJR em reuniões do NACJR do ACES.	- Participa em pelo menos uma reunião do núcleo de crianças e jovens em risco do ACES.

Tabela 5: Plano de Projeto – contexto de estágio de Internamento de Pediatria

Contexto de Estágio	Internamento de Pediatria	
Competências	A2; B2 ⁴⁰ ; E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.4; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3 ⁴ .	
Objetivo Específico	Atividades a Desenvolver	CrITÉrios de Avaliação
- Promover a parentalidade positiva, através de estratégias vincuLativas durante a hospitalização da criança.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de instrumento informativo para os pais, sobre a parentalidade positiva; - Capacitação dos pais sobre estratégias de parentalidade positiva utilizando o instrumento elaborado 	Apoia pelo menos 3 famílias na implementação das estratégias descritas no instrumento elaborado
	- Desenvolvimento de projeto de dinamização de atividades lúdicas pais-filhos no internamento.	- Início do funcionamento do projeto antes do final do EC;

<p>- Compreender a intervenção do EESIP, relativamente a situações de maus-tratos infantis, em contexto de internamento hospitalar.</p>	<p>- Acompanhamento do SC/ EESIP nas reuniões do núcleo de crianças e jovens em risco do NHACJR;</p>	<p>- Participa em pelo menos uma reunião do NHACJR;</p>
<p>- Contribuir para a uniformização da intervenção da EE em situações de internamento hospitalar protetor, por suspeita de maus-tratos infantis.</p>	<p>- Realização de diagnóstico de necessidades formativas da equipa relativamente a este tema, através de entrevistas informais ou questionários;</p>	<p>- > 50 % dos elementos da EE participou da entrevista/ questionário;</p>
	<p>- Realização de instrumento de formação/ informação para a equipa, de acordo com os principais resultados obtidos no diagnóstico de necessidades;</p> <p>- Solicitação da colaboração da equipa na construção do instrumento, facultando ao maior número de profissionais a versão provisória do mesmo;</p>	<p>- > 50 % da equipa participa na elaboração do instrumento de formação/ informação elaborado;</p>
	<p>- Realização de sessão de formação à equipa sobre o tema e para apresentação do instrumento elaborado;</p> <p>Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação dos profissionais relativamente ao instrumento elaborado;</p>	<p>- >50 % da equipa assiste à sessão de sensibilização/ formação;</p> <p>- >80 % dos profissionais presentes considerou muito pertinente o instrumento elaborado para a sua prática clínica.</p> <p>- Instrumento formativo/ informativo elaborado é submetido para aprovação superior pela chefia do serviço.</p>

Tabela 9: contexto de estágio de Internamento Pediátrico

Objetivos e Atividades Correspondentes	JUNHO					JULHO																															
	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1º Promover a parentalidade positiva, através de estratégias vinculativas durante a hospitalização da criança	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X																		
2º Compreender a intervenção do EESIP, relativamente a situações de maus-tratos infantis, em contexto de internamento hospitalar.															X	X	X	X	X			X	X	X	X	X											
3º Contribuir para a uniformização da intervenção da EE em situações de internamento hospitalar protetor, por suspeita de maus-tratos infantis.															X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X				

Apêndice C: Questionário: “Intervenção do Enfermeiro de Urgência Pediátrica, em situações de maus-tratos infantis”

Caro(a) colega,

No âmbito do Mestrado Em Saúde Infantil Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, solicito a vossa colaboração para responder às questões que se seguem, sobre a temática: Intervenção em situações de “MAUS-TRATOS INFANTIS”. Este questionário tem como objetivo compreender as necessidades formativas relativamente a esta temática. Para todas as respostas dadas será garantido o anonimato e a sua utilização é única e exclusivamente para o âmbito da minha atividade formativa.

1. Categoria Profissional:

Enfermeiro Generalista

Enfermeiro Especialista

2. Anos de experiência profissional:

Menos de 2 anos:

Entre 2 e 5 anos

Mais de 5 anos

3. Já fez formação sobre os Maus-Tratos Infantis?

Sim

Não

4. Numa escala de 1 a 4 (1- Nenhuma; 2- Pouca; 3- Regular; 4- Muito)

4.1 - Como considera a sua capacidade de identificação de sinais e sintomas de Maus-Tratos Infantis?

1	2	3	4
---	---	---	---

4.2 - Como avalia a sua capacidade de comunicação para comunicar com a Criança/ Jovem/ Família, nas situações e/ou suspeitas de maus-tratos infantis?

1	2	3	4
---	---	---	---

4.3 - Como considera o seu conhecimento para notificar situações de suspeitas de maus-tratos infantis?

1	2	3	4
---	---	---	---

4.4 - Considera importante para a sua prática profissional frequentar uma formação nesta área?

Sim

Não

4.5- Considera necessário existir na sua instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais sobre este tema?

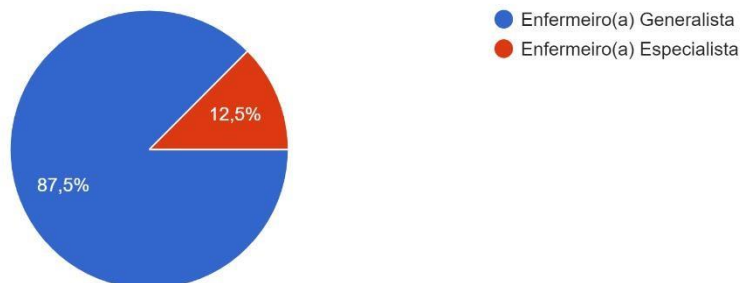
Sim

Não

Apêndice D: Resultados do Questionário da EE da Urgência Pediátrica sobre: “Intervenção do Enfermeiro em situações de maus-tratos infantis”

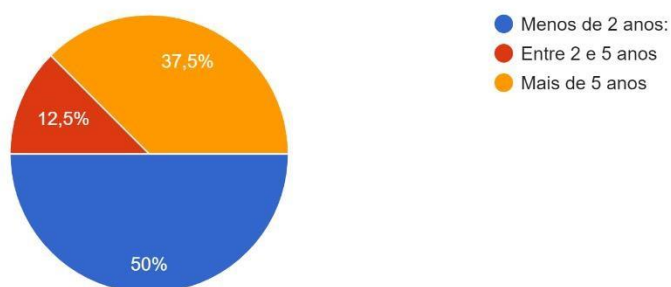
Categoria Profissional:

8 respostas



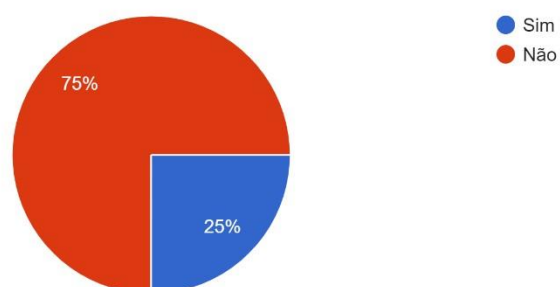
Anos de experiência profissional:

8 respostas



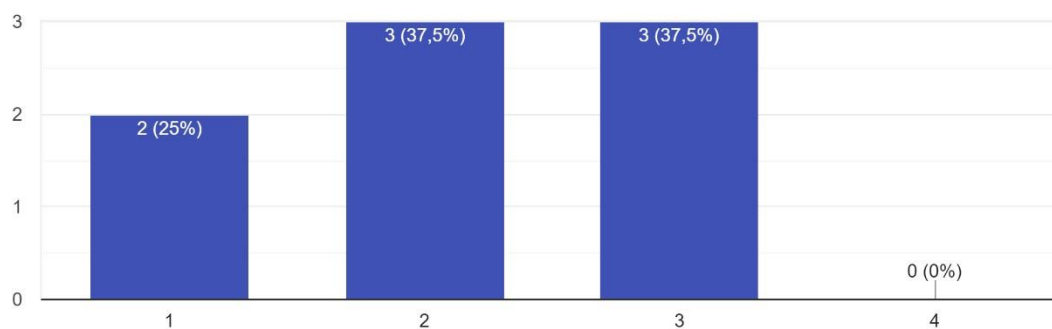
Já fez formação sobre os Maus-Tratos Infantis?

8 respostas



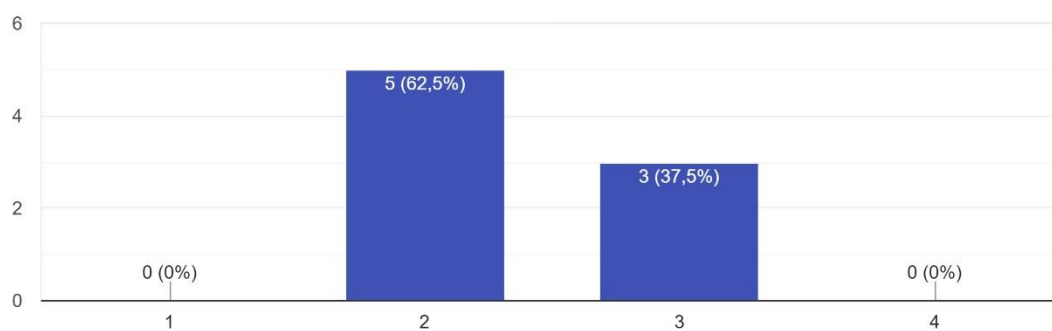
Como considera a sua capacidade de identificação de sinais e sintomas de Maus-Tratos Infantis?

8 respostas



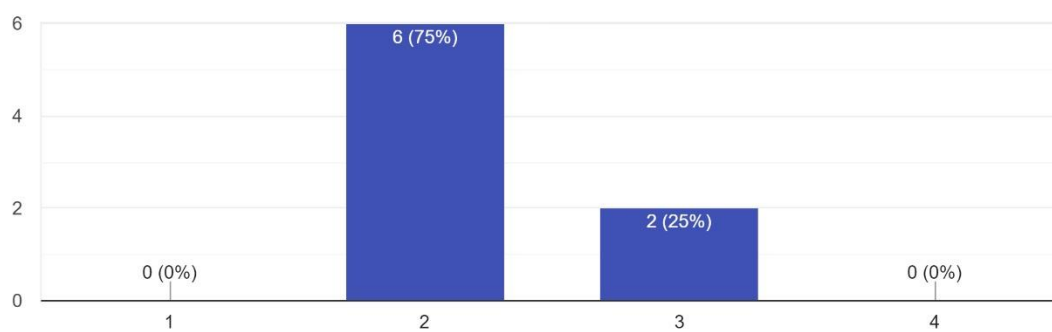
Como avalia a sua capacidade de comunicação para comunicar com a Criança/ Jovem/ Família, nas situações e/ou suspeitas de maus tratos infantis?

8 respostas



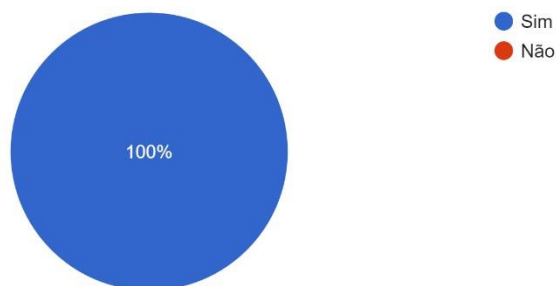
Como considera o seu conhecimento para notificar situações de suspeitas de maus-tratos infantis?

8 respostas



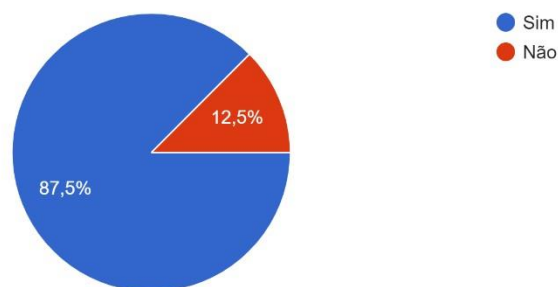
Considera importante para a sua prática profissional frequentar uma formação nesta área ?

8 respostas



Considera necessário existir na sua instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais sobre este tema ?

8 respostas



RESULTADOS:

De acordo com os resultados apresentados nos gráficos anteriores a maioria da EE é composta por enfermeiros generalistas e metade da mesma por profissionais com menos de dois anos de experiência. 75% nunca frequentou uma formação sobre a temática descrita. 62,5 % refere que a sua capacidade de identificação de sinais e sintomas de maus-tratos se encontra entre o "Pouca" e "Regular". A maioria da equipa de enfermagem, nomeadamente 62,5% e 75 % considera ter "Pouca" capacidade para comunicar com a família nestas situações, assim como notificá-las. Já a totalidade da EE considera importante frequentar uma formação sobre esta temática e 87,5% refere ser necessário existir na instituição mais documentos orientadores.

Apêndice E: Cartões: “Avaliação da Dor em Pediatria”

AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA
RECÉM-NASCIDOS (ATÉ 28 dias)

- **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo.
- **EDIN** (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. 1
- **N-PASS** (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida. 1

LACTENTES > 28 dias

- **FLACC** (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar. 1

A PARTIR DOS 3 ANOS

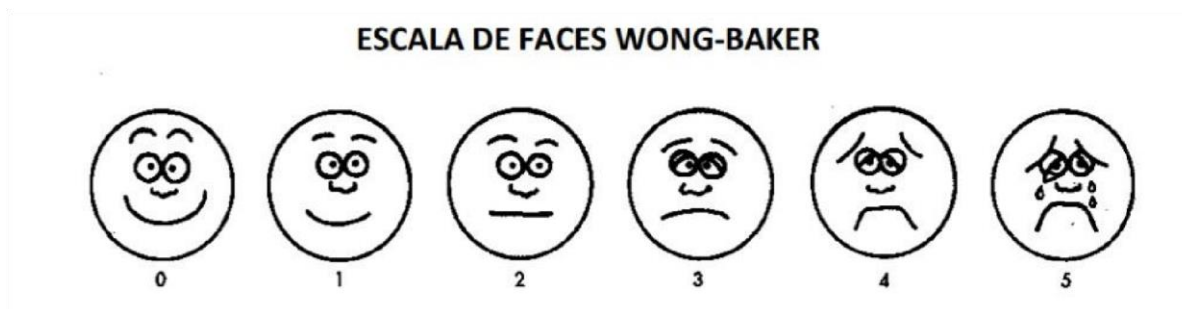
- **ESCALA DE FACES DE WONG-BAKER** (Válida a partir dos 3 anos; Pode ser usada em qualquer idade superior 1,
- **FPS-R** (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos. Pode ser usada em qualquer idade superior 2
- **N-PASS** (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida. 1

A PARTIR DOS 6 ANOS

- **ESCALA NUMÉRICA** (régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical e o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica. 1

CRIANÇAS COM MULTIDEFICIÊNCIA: FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) – Revised 1

1- Mateus A. DOR: Guia Orientador de Boas Práticas [Internet]. 1st ed. Ordem dos Enfermeiros



Estes cartões em formato A5, frente e verso, foram posteriormente plastificados e colocados na sala de triagem e de tratamento, para utilização da Equipa de Enfermagem.

Apêndice F: Sessão de Sensibilização para a EE sobre a temática “Avaliação da Dor em Pediatria”

AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA

ESCALAS DA DOR E RESPECTIVAS APLICABILIDADES

1

AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA

- A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é considerada, pelas entidades acreditadoras, como padrão de qualidade e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.¹
- Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática em todas as crianças, desde o primeiro contacto. No caso da criança internada, neste caso no SO, a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez a cada 8 horas.¹

2

BOA PRÁTICA NA AVALIAÇÃO DA DOR:²

- Acreditar sempre Na dor da criança!
- Privilegiar a autoavaliação da dor a partir dos 3 anos (se possível):
 - Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter em conta o comportamento habitual da criança, em conversação com os pais, ou de uma criança sem dor da mesma idade:
 - Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a mesma e utilizar um instrumento de avaliação da dor adequado à idade e desenvolvimento, utilizando o mesmo de forma rigorosa;
 - Realizar a história de dor da criança na admissão / primeira consulta;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações, exceto se a situação clínica justificar a mudança:
 - Em situação de dor intensa, dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

3

RECÉM-NASCIDOS EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.²

	IDENTIFICAÇÃO			DATA														
	0	1	2	HORA														
				3														
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passagereas: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trêmulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas.	Crição permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada														
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispção das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel														
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece														
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passagera no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação														
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsovel. Sucção desenganeada														
PONTUAÇÃO TOTAL																		

4

RECÉM-NASCIDOS

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo.²

DESCRIÇÃO	
Expressão facial	
0 - Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobranceiras, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa - nariz, boca e sobranceiras).
Choro	
0 - Ausente	Sereno, não chora.
1 - Choramingo	Choramingos brandos, intermitentes
2 - Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local).
Respiração	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 - Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
Braços	
0 - Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 - Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou estendido/flexão rígida e/ou rápida.
Pernas	
0 - Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 - Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou estendido/flexão rígida e/ou rápida.
Estado de vigília	
0 - Dormecalmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

5

RECÉM-NASCIDOS

PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos.²

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 - 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigênio basal	Estado de alerta	Activo/acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo/dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0 - 4 bpm	↑ 5 - 14 bpm	↑ 15 - 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO₂ mínimo	↓ 0 - 2,4 %	↓ 2,5 - 4,9 %	↓ 5,0 - 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

6

RECÉM-NASCIDOS

N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.²

IDENTIFICAÇÃO	DATA																					
	HORA																					
	0	1	2																			
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas																			
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	As pontapés ou esticadas																			
ATIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos																			
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.																			
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar																			
Pontuação total																						

7

RECÉM-NASCIDOS

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar.²

IDENTIFICAÇÃO	DATA																						
	HORA																						
	0	1	2																				
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas																				
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	As pontapés ou esticadas																				
ATIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos																				
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.																				
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar																				
Pontuação total																							

8

FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos. Pode ser usada em qualquer idade superior²

A PARTIR DOS 3 ANOS

ESCALA DE FACES Revista



Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correcto para determinada criança.

“Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita] – que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].”

9

Escala de faces de Wong-Baker: Válida a partir dos 3 anos; Pode ser usada em qualquer idade superior^{1,2}

A PARTIR DOS 3 ANOS

ESCALA DE FACES WONG-BAKER



Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

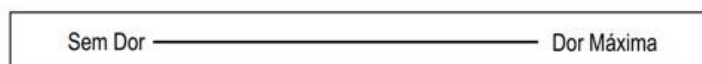
Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

10

A PARTIR DOS 6 ANOS

EVA (Escala Visual Analógica)¹

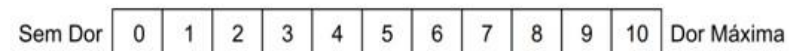


A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada, numa extremidade, a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente faz uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se a classificação numérica.

11

A PARTIR DOS 6 ANOS

EN (Escala Numérica)¹



A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical e o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica.

12

CRIANÇA COM MULTIDEFICIÊNCIA FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) – Revised?

<p>Face</p> <p>0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso</p> <p>1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada</p> <p>2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Pernas</p> <p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores</p> <p>1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais</p> <p>2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Actividade</p> <p>0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica</p> <p>1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.</p> <p>2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contracção muscular</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Choro</p> <p>0 = Sem choro/verbalização</p> <p>1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais</p> <p>2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Consolabilidade</p> <p>0 = Satisfeita e relaxada</p> <p>1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.</p> <p>2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p>Comportamento individualizado:</p>

13

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - DGS. Comissão Nacional de Controlo da Dor. A Dor como 5.ª sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. [Internet]. Lisboa: DGS; 2011 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Dor-como-5-Sinal-Vital-Registo-sistemático-da-intensidade-da-Dor.pdf>
- 2- Mateus A. DOR: Guia Orientador de Boas Práticas [Internet]. 1st ed. Ordem dos Enfermeiros, editor. Vol. 1. 2008 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf#:~:text=Ordem%20dos%20Enfermeiros%20reconhece%20a%20necessidade%20de%20ampliar,%20grupo%20de%20trabalho%20%C2%ABO%20Enfermeiro%20na%20Preven%C3%A7%C3%A3o>
- 3- DGS. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças [Internet]. Ministério da Saúde, editor. 2010 [cited 2023 Mar 10]. Available from: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014_2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

14

Esta sessão de sensibilização à EE, foi posteriormente introduzida, pelas chefias do serviço, numa pasta partilhada para que fosse consultada pela equipa sempre que houvesse questões sobre esta temática.

Apêndice G: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão “Avaliação da Dor em Pediatria”

1- Como classifica a **pertinência/ utilidade** do instrumento elaborado para a sua prática profissional?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

2- Como classifica a **qualidade científica** do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

3- Como classifica a qualidade da **estrutura e organização** do instrumento elaborado?

1	2	3	4 28%	5 72%
---	---	---	----------	----------

4- Como avalia o aspeto gráfico (formato, cores, figuras) do instrumento elaborado?

1	2	3	4 33%	5 67%
---	---	---	----------	----------

5- Como avalia a sua **satisfação** com instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

Apêndice H: Póster Informativo para os Pais “Como posso ajudar o meu filho durante procedimentos invasivos?”

COMO POSSO AJUDAR O MEU FILHO DURANTE PROCEDIMENTOS INVASIVOS?

Escolha pelo menos uma estratégia em cada etapa:

ANTES

- ☺ **Dê significação de um desafio** (ofereça algo à criança como prémio pelo resultado final)
- ☺ **Simulação / Ensaio** (simular a técnica num boneco, no profissional ou em si)
- ☺ **Informação antecipatória** (explicar o que vai acontecer)
- ☺ **Posicionamento / Contenção** (abraço)
- ☺ **Amamentação ou chupeta**
- ☺ **Sacarose** (bebés com menos de 3 meses, 2 minutos antes da intervenção)



DURANTE

- ☺ **Posicionamento / Contenção** (abraço)
- ☺ **Toque e conforto**
- ☺ **Amamentação ou chupeta**
- ☺ **Sacarose**
- ☺ **Distração:**
 - 0 – 6 meses: (exemplo) Utilizar música, “White noise”
 - 6 meses - 2 anos: (exemplo) utilizar música (canções, rimas), pequenos jogos.
 - A partir dos 3 anos: (exemplo), Utilizar musica, vídeos, contar histórias, imaginar um super-herói ou figura de referência, Humor
 - Adolescentes: Utilizar música, falar sobre o quotidiano, Humor;
- ☺ **Relaxamento:** (exemplo) Praticar técnicas de inspiração e expiração lentas e profundas)



DEPOIS

- ☺ **Posicionamento / Contenção** (abraço)
- ☺ **Toque e conforto**
- ☺ **Amamentação / sucção não nutritiva**
- ☺ **Relaxamento**
- ☺ **Reforço Positivo** (oferecer prémio, vangloriar a sua coragem)

Apêndice I: Póster Informativo para os Pais “Como posso ajudar o meu filho durante procedimentos invasivos?”

Avaliação Da Satisfação dos Pais

Caros Pais,

A equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica tem como principal objetivo garantir uma prestação de cuidados com máxima qualidade, pelo que solicita a sua preciosa colaboração respondendo às questões que a seguir se apresentam, relacionadas com a satisfação dos pais ao participar ativamente nas estratégias promotoras do conforto dos seus filhos, durante um procedimento invasivo.

Para todas as respostas dadas será garantido o anonimato e a sua utilização é única e exclusivamente para fins de melhoria da organização e funcionamento do serviço.

Identifique a estratégia promotora do conforto, utilizada por si, ANTES do procedimento invasivo:

- Dê a significação de um desafio (20%)
- Simulação / Ensaio
- Informação antecipatória (70%)
- Posicionamento / Contenção (abraço)
- Amamentação / sucção não nutritiva (10%)
- Sacarose

Identifique a estratégia promotora do conforto, utilizada por si, DURANTE do procedimento invasivo:

- Posicionamento / Contenção (abraço)
- Toque e conforto
- Amamentação / sucção não nutritiva (10%)
- Sacarose
- Distração (80%)
- Relaxamento (10%)

Identifique a estratégia promotora do conforto, utilizada por si, DEPOIS do procedimento invasivo:

- Posicionamento / Contenção (abraço)
- Toque e conforto (10%)
- Amamentação / sucção não nutritiva
- Relaxamento
- Reforço Positivo (90%)

Considera que a sua participação durante o procedimento invasivo, foi importante para o conforto do seu filho durante o mesmo?

- Sim (100%)
- Não

Expresse, através de uma palavra, como se sentiu durante a participação na promoção de estratégias promotoras do conforto do seu filho, durante o procedimento invasivo:

_____ útil; menos ansioso; mais presente; apto _____.

Considerou que estava devidamente preparado para colaborar na promoção de estratégias promotoras do conforto do seu filho?

- Sim (100%)
- Não

Se a sua resposta anterior for NÃO, o que considera que seria útil para melhorar a sua preparação? (SEM

RESPOSTAS) _____

Apêndice J: Sessão de Sensibilização para a EE “Maus-Tratos Infantis, detetar e encaminhar”

Tema	Maus-Tratos Infantis: Detetar e encaminhar
Público-alvo	Equipa de Enfermagem da Urgência Pediátrica
Formadores	Estudante do 1º MESIP: Inês Azevedo nº 8083
Data, hora e local	14 de Abril de 2023 às 8h na Sala de Reuniões
Duração	30 minutos
Metodologia	Expositiva
Recursos	Computador/ Ecrã/ Projetor
Objetivo geral	Contribuir para a uniformização da intervenção da EE em situações de atendimento da criança vítima de maus-tratos no SUP

Etapas	Objetivos	Conteúdos
Planeamento	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão.	Apresentação da formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo
Desenvolvimento	Salientar os diferentes tipos de maus-tratos infantis. Rever os sinais e sintomas dos mesmos. Evidenciar os diferentes tipos de algoritmos e protocolos de atuação.	Descrição dos diferentes tipos de maus-tratos infantis, sinais e sintomas dos mesmos. Exposição dos principais fatores de risco e sinais de alerta. Apresentação dos algoritmos e protocolos de atuação na identificação de sinais de alerta ou de maus-tratos infantis.
Conclusão	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados;	Síntese da sessão.
	Incentivar partilha de experiências e	

1



3

2



4

5



5

6



6

7



7

8



8

**LEI DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO:
LEI N.º 147/99, DE 1 DE SETEMBRO (ALTERADA EM 2003, 2015, 2017 E 2018)-**

Criança ou jovem a pessoa com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos.

9

TIPOS DE MAUS-TRATOS INFANTIS⁵

NEGLIGÊNCIA - Incapacidade de proporcionar à criança /jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados.

- CONTINUADA NO TEMPO
- ATIVA - em que existe intenção de causar dano à vítima
- PASSIVA - quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades

10

NEGLIGÊNCIA sinais e sintomas⁵

Carência de higiene (tanto em casa e nas normas culturais e o meio familiar);	Vestitário desadequado em relação à estação do ano e hábitos consequentes de exposições climáticas adversas;	Inexistência de rotinas (higiênico-alimentar, alimentação e ciclo sono/vigília);	Hematomas ou outros lesões incapacitantes e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, maturidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;	Incumprimento do Programa Tipo de Abação em Saúde Infantil e Juvenil (Jov) do Programa Nacional de Vacinação;	Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão à vigilância e terapêuticas programadas); e Interações e acidentes de repetição	

11



MAU TRATO FÍSICO⁵

Resulta de qualquer ação propositada, repetida ou isolada, realizada pelos cuidadores, pais ou outros responsáveis pela criança/jovem, que provoque (ou possa provocar) algum dano físico. Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas.

12

MAU TRATO FÍSICO sinais e sintomas⁵

Equimoses, hematomas, escoriações, escarificações, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (braço, perna, orelha, boca e pescoço da na parte proximal dos membros, genitais e nádegas);	Síndroma da criança abanada (lacrimado ou cheiroso); Análise traumática (suor por perfuração prolongada com deformação do crânio;	Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, de dedo, cordão, nádo, chicote, elástico...);	Sequelas de traumatismo antigo (cicatrizes resultantes de fracturas);
Fracturas das costelas e corpos vertebrais, fractura de metacarpo;	Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;	História inconsistente ou incoerente em explicar o mecanismo de lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;	Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);
Alterações graves do estado nutricional.			

13



MAU TRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL⁵

Resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar, carência de afeto indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.

14

MAU TRATO PSICOLÓGICO/ EMOCIONAL sinais e sintomas⁵

Episódios de urgência repetidos por cefaléias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;	Comportamentos agressivos (autogressividade e/ou heterogressividade) e/ou auto-mutilação;	Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;	Perturbações do comportamento alimentar;
Alterações do controlo dos esfíncteres (enuresis, encoprese);	Choro incontrolável no primeiro ano de vida;	Comportamento ou ideação suicida.	

15

Abuso Sexual⁵

Envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação autoridade em a criança ou jovem não apresenta capacidade para compreender que a vítima, não se encontra estruturalmente preparada ou capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Importunar a criança ou jovem

Obrigar a tomar conhecimento ou presenciar convérsas, escritos e espetáculos obscenos

Utiliza-la em sessões fotográficas e filmagens

Prática de coito (copula, coito anal ou oral)

Introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos passando

Manipulação dos órgãos sexuais

PUNIDAS PELO ACTUAL ART.º 171.º DO CÓDIGO PENAL (CP), QUE TRATA EXPRESSAMENTE DO CRIME DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS.

16

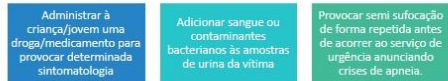
ABUSO SEXUAL sinais e sintomas⁵



17

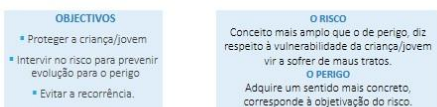
SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO⁵

Atribuição de sinais e sintomas vários à criança, por parte de algum elemento da família, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico. Exemplos:



18

INTERVENÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM⁶



19

ALGORÍTMO⁵

Deteção de:



20

FATORES DE RISCO⁵

NA CRIANÇA/JOVEM:

- Nascimento prematuro/baixo peso
- Temperamento difícil
- Filho não desejado
- Défice físico ou psíquico
- Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento
- Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.)
- Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc)
- Excessiva dependência ou alheamento
- Viver em lar ou instituição

21

FATORES DE RISCO⁵

FAMILIARES / CONTEXTOS DE VIDA

- Cuidadores vítimas de maus tratos em criança
- Défice de competências parentais
- Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança
- Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente
- História de comportamento violento e/ou antisocial
- Desajustamento psicossocial / comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.)
- Relações familiares conflituosas
- Inexistência de condições de habitabilidade
- Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários
- Ausência de suporte socio-familiar
- Ausência prolongada de um dos cuidadores
- Família disfuncional
- Insegurança económica /pobreza

22

FATORES DE PROTEÇÃO⁵

NA CRIANÇA/JOVEM:

- Bom nível de desenvolvimento global
- Temperamento fácil
- Vinculação segura à família/adulto de referência
- Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário
- Sucesso escolar
- Desejo de autonomia e comportamento exploratório
- Grupo de pares pró-social

23

FATORES DE PROTEÇÃO⁵

FAMILIARES/ CONTEXTOS DE VIDA

- Boas competências parentais
- Boa rede de suporte familiar e social
- Família organizada, com regras e controle da criança
- Boa integração comunitária
- Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros)
- Segurança económica

24

FATORES DE AGRAVAMENTO⁵

- Ruptura e reconstituições familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.)
- Luto
- Doença súbita grave
- Início de cuidados a pessoa dependente
- Desemprego
- Migração
- Alteração brusca da situação laboral/económica
- Institucionalização
- Detenção/prisão
- Desastre natural
- Conflito armado

25

DETECÇÃO DE SINAIS DE ALERTA⁵

CRIANÇA DOS 0 AOS 5 ANOS:

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

CRIANÇAS COM IDADE > 5 ANOS:

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

26

Procedimento 3: Intervenção para a detecção de factores de risco e/ou sinais de alerta em Meio Hospitalar e em Serviço de Urgência Básico⁵

Deteção	Objetivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
Factores de Risco (ver exemplos - Procedimento 1)	• Deteção activa de situação de mau trato	• Procura de informação complementar dos (informal/físico) apresentável(s)	• Exame objetivo • Observação do comportamento da criança/jovem, em particular a interação com os participantes • Entrevistas, em separado, quando possível	• Enfermeiro/Médico
	• Promover a continuidade, ou complementaridade, da intervenção em CSP	• Contactar NHAJCR ou NACJR	• Discussão da situação	• Enfermeiro/Médico
e/ou Sinais de Alerta (ver exemplos - Procedimento 2)		• Registrar informação resultante	• Em nota de acta, descrição de intervenções realizadas	• Enfermeiro/Médico
		• Articular intervenção com CSP (serviço de NHAJCR e NACJR)	• Envia de ficha de sinalização (ANEXOS I e II) ao NHAJCR ou NACJR	• Elemento de referência do NHAJCR
			• Envia de relatório pelo NHAJCR para NACJR da área de residência da criança/jovem	

27

CONCEITO DE URGÊNCIA NA PROTECÇÃO DOS MAUS TRATOS

De acordo com o disposto na alínea c) do art.º 5.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, entende-se por situação de urgência a que se reveste de **PERIGO ATUAL OU IMINENTE** para a vida ou integridade física da criança ou do jovem

Uma situação considerada GRAVE nem sempre obriga a um procedimento de urgência. Para se recorrer, assim, a um procedimento de urgência, a lei exige a verificação cumulativa de dois requisitos:

- A existência de **perigo atual ou iminente** para a vida ou integridade física da criança ou do jovem;
- A oposição à intervenção manifestada por quem exerça a responsabilidade parental ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem

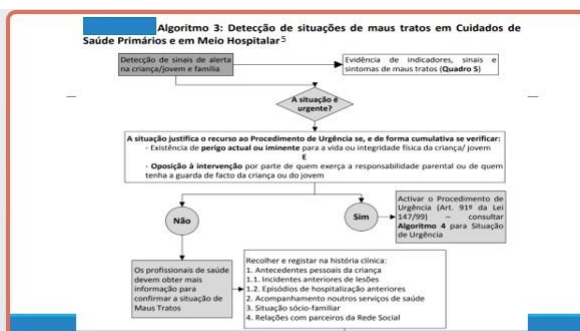
28

SITUAÇÕES DE PERIGO PARA A CRIANÇA OU JOVEM

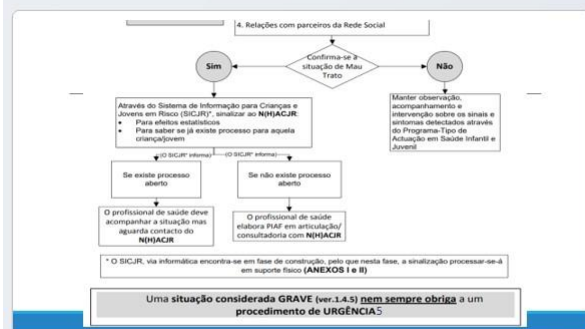
- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação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

Contudo, outros casos não especificados no mesmo poderão caber igualmente no grupo das "situações de perigo".

29



30



31



ABRIL MÊS DA PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS NA INFÂNCIA

Em 1989, uma mulher norte americana (Bonnie Finney) amarrou uma fita azul na antena do carro, em homenagem ao seu neto, vítima mortal de maus-tratos. Com esse gesto quis "fazer com que as pessoas se questionassem". A repercussão desta iniciativa foi de tal ordem, que abril passou a ser o Mês Internacional da Prevenção dos Maus-Tratos na Infância.

32

Apêndice L: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão “Maus-Tratos Infantis, detetar e encaminhar”

1- Como classifica a **pertinência/ utilidade** do instrumento elaborado para a sua prática profissional?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

2- Como classifica a **qualidade científica** do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

3- Como classifica a qualidade da **estrutura e organização** do instrumento elaborado?

1	2	3	4 8%	5 92%
---	---	---	---------	----------

4- Como avalia o aspeto gráfico (formato, cores, figuras) do instrumento elaborado?

1	2	3	4 8%	5 92%
---	---	---	---------	----------

5- Como avalia a sua **satisfação** com instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

Apêndice M: Questionário “O toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: A técnica de Massagem Infantil”

Caro(a) colega,

No âmbito do Mestrado Em Saúde Infantil Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, solicito a vossa colaboração para responder às questões que se seguem, sobre a temática: “O toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: A técnica de Massagem Infantil”. Este questionário tem como objetivo compreender as necessidades formativas relativamente a esta temática. Para todas as respostas dadas será garantido o anonimato e a sua utilização é única e exclusivamente para o âmbito da minha atividade formativa.

5. Categoria Profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

6. Anos de experiência profissional:

Menos de 2 anos:

Entre 2 e 5 anos

Mais de 5 anos

7. Sabe no que consiste a Massagem Infantil em Recém-nascidos Pré-Termo ou com necessidades especiais?

Sim

Não

8. Conhece projetos relacionados com a Massagem Infantil em UCIN's?

Sim

Não

9. Numa escala de 1 a 5 (1- Nenhuma; 2- Pouca; 3- Regular; 4- Muito; 5 - bastante)

5.1 - Como avalia o seu conhecimento sobre as diferentes técnicas de toque terapêutico possíveis de aplicar entre o Pais/ cuidadores e os seus Recém-Nascidos, internados numa UCIN?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.2 - Como avalia o seu conhecimento sobre os benefícios da massagem infantil, para os Pais/ cuidadores e para os Recém-Nascidos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3 - Considera importante para a sua prática profissional frequentar uma formação sobre as técnicas de toque terapêutico dirigidos a recém-nascidos prematuros ou com necessidades especiais?

Sim

Não

5.4- Considera necessário existir na sua instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais sobre este tema?

Sim

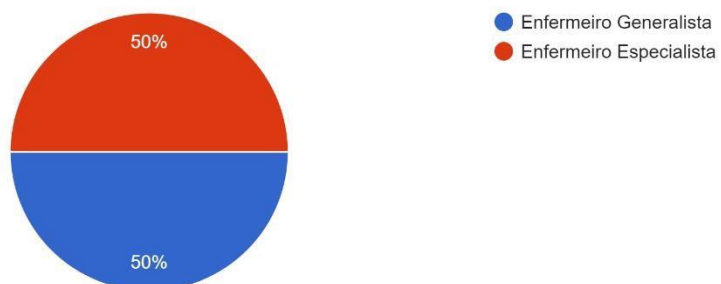
Não

Muito obrigada pela sua colaboração,

Apêndice N: Respostas ao Questionário “O toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: A técnica de Massagem Infantil”

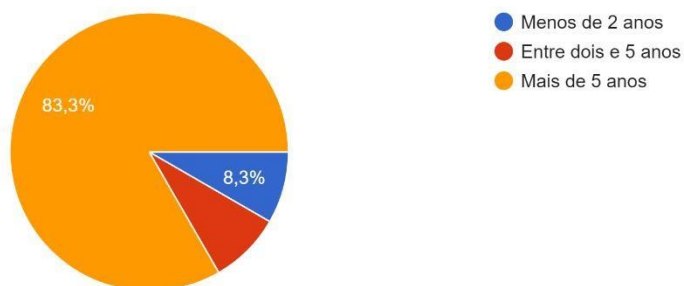
Categoria Profissional:

12 respostas



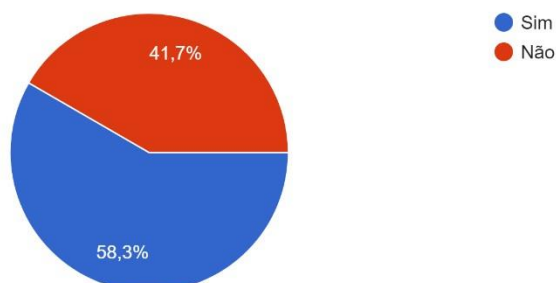
Anos de experiência profissional:

12 respostas



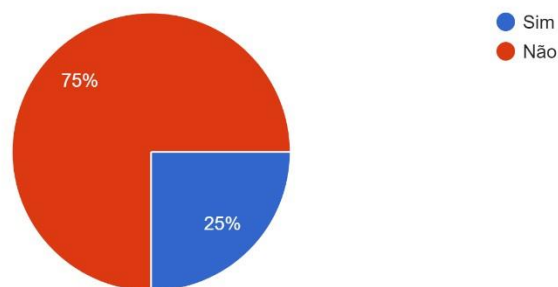
Sabe no que consiste a Massagem Infantil em Recém-nascidos Pré-Termo ou com necessidades especiais?

12 respostas



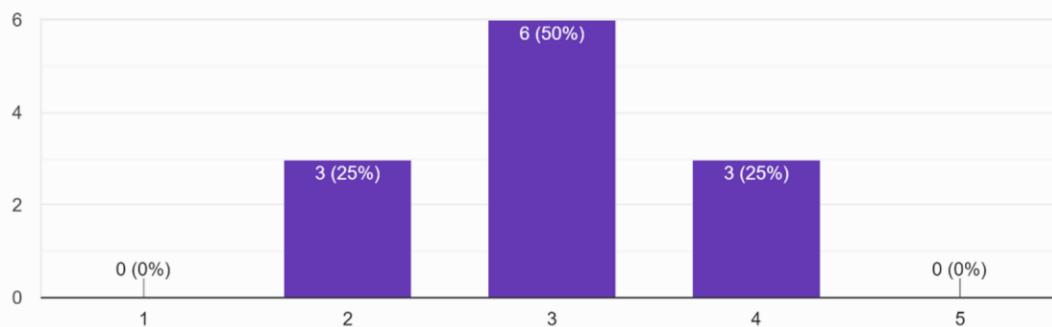
Conhece projetos relacionados com a Massagem Infantil em UCIN's?

12 respostas



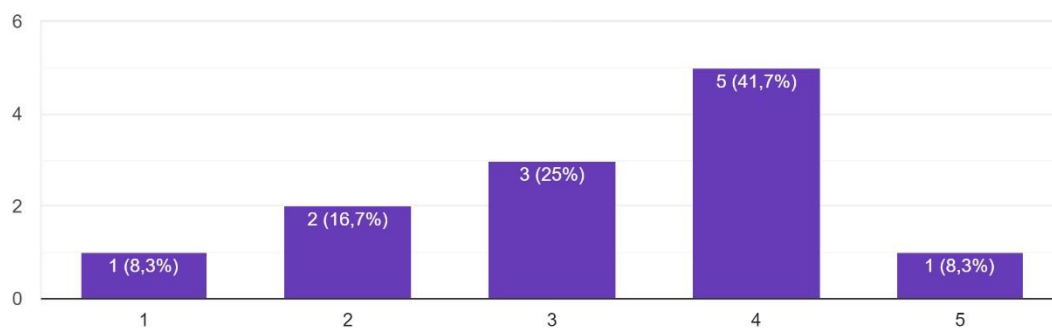
Como avalia o seu conhecimento sobre as diferentes técnicas de toque terapêutico possíveis de aplicar entre o Pais/ cuidadores e os seus Recém-Nascidos, internados numa UCIN ?

12 respostas



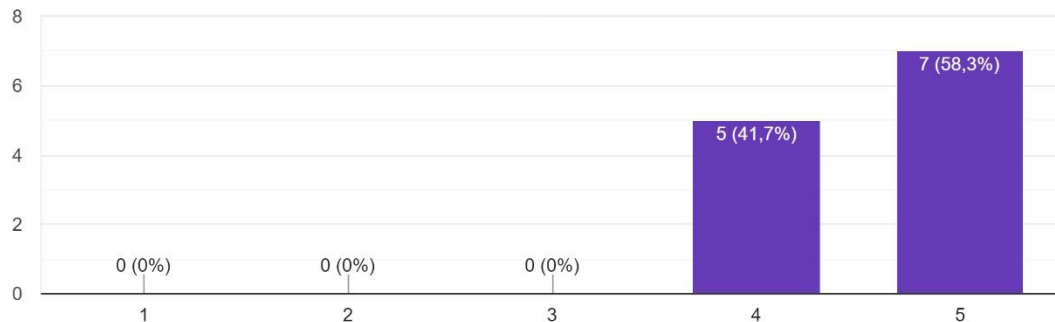
Como avalia o seu conhecimento sobre os benefícios da massagem infantil, para os Pais/ cuidadores e para os Recém-Nascidos ?

12 respostas



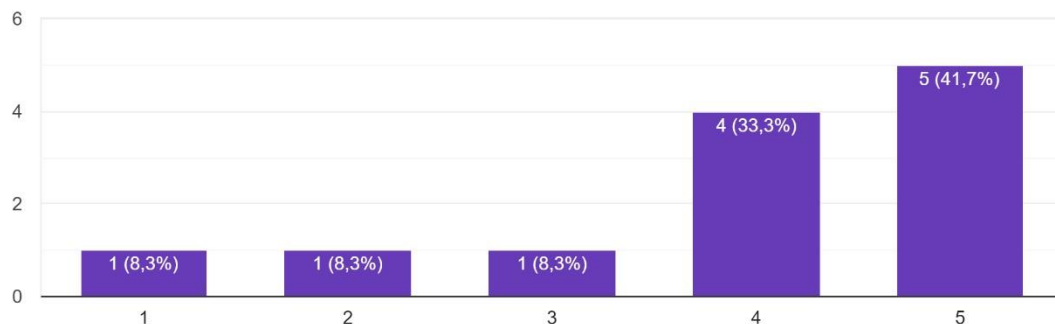
Considera importante para a sua prática profissional frequentar uma formação sobre as técnicas de toque terapêutico dirigidos a recém-nascidos prematuros ou com necessidades especiais?

12 respostas



Considera necessário existir na sua instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais sobre este tema ?

12 respostas



RESULTADOS:

De acordo com os resultados apresentados nos gráficos anteriores, a maioria da EE é composta pela sua metade de enfermeiros generalistas e pela outra metade de enfermeiros especialistas, sendo que 83,3% da equipa tem mais de 5 anos de experiência profissional. A maioria da EE já tinha ouvido falar da temática da massagem infantil, mas 75 % da equipa desconhecia projetos integrados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, relativos à massagem infantil.

Apesar da maioria da EE considerar-se conhecedora das diferentes técnicas existentes de toque terapêutico entre Pais e RN, metade da equipa (50%), considera entre “Nenhum” a “Regular” o seu conhecimento sobre a aplicabilidade e os benefícios da massagem infantil. A totalidade da EE considera entre “Muito” a “Bastante” importante a necessidade de frequentar uma formação relativamente a esta temática e 75 % considera que deveria existir, na instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais de saúde sobre a massagem infantil em UCIN’s.

Apêndice O: Sessão de informação e sensibilização à EE sobre “O Toque dos Pais no RN internado numa UCIN: Benefícios e Técnicas”

Tema	O Toque dos Pais no RN Internado numa UCIN: Benefícios e Técnicas
Público-alvo	Equipa de Enfermagem de Neonatologia
Formadores	Estudante do 1º MESIP: Inês Azevedo nº 8083
Data, hora e local	11 de Maio de 2023 às 8h na Sala de Reuniões
Duração	30 minutos
Metodologia	Expositiva
Recursos	Computador/ Ecrã/ Projetor
Objetivo geral	Uniformizar a intervenção da EE na parentalidade positiva, através da implementação de estratégias vinculativas.


1

Etapas	Objetivos	Conteúdos
Planeamento	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão.	Apresentação da formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo
Desenvolvimento	Abordar as diferentes técnicas que envolvem o toque dos pais no RN internado numa UCIN. Evidenciar a técnica de massagem infantil	Descrição das diferentes técnicas vinculativas existentes. Apresentação da história e origem da massagem infantil. Descrição do que consiste o curso de massagem infantil e os seus benefícios.
Conclusão	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados;	Síntese da sessão.
Debate	Incentivar partilha de experiências e conhecimentos.	Esclarecimento de dúvidas.

2


O TOQUE DOS PAIS NO RN INTERNADO EM UCIN

TÉCNICAS E BENEFÍCIOS
MSSAGEM INFANTIL




3

- Os RNPT apresentam maior risco de comprometimento do desenvolvimento neurológico, na infância e adolescência¹.
- O Toque é essencial para as intervenções interpessoais e para o desenvolvimento sensorial e cognitivo².
- A privação do toque materno/ paterno está associada a múltiplos défices que podem vir a ser manifestados mais tarde em concreto ao nível do neuro desenvolvimento e vinculação².
- O Enfermeiro deve adotar estratégias que envolvam a família e consequentemente venham a trazer benefícios a este nível².



4

Para além do toque, as intervenções que visam melhorar a vinculação entre RN e pais, concentram-se na sensibilização das famílias para a leitura dos sinais do neonato de modo a que estes consigam dar resposta às suas necessidades, influenciando positivamente o desenvolvimento cognitivo e social do RN pré-termo¹.



5

SCOPING REVIEW

Objetivos:

- Identificar as técnicas que envolvem o toque dos pais no recém-nascido pré-termo.
- Conhecer os benefícios do toque dos pais no recém-nascido pré-termo.

Questão de Pesquisa: Quais as técnicas que envolvem o toque dos pais no recém-nascido pré-termo e seus benefícios?

Equação de Pesquisa: (newborn OR neonatal) AND (parenting OR mothers OR fathers) AND (touch OR massage)

Bases de Dados: MedLine, Pubmed e CINAHL

6

76 artigos obtidos nas bases de dados

↓

44 artigos após filtragem inicial

→ 32 artigos excluídos pelo título

↓

17 artigos após leitura de resumo e remoção de duplicados

→ 27 artigos excluídos após leitura de resumo e remoção de duplicados


↓

15 artigos incluídos na revisão

→ 2 artigos excluídos após leitura integral por não estarem em concordância com a questão de pesquisa

7

TÉCNICAS QUE ENVOLVEM O TOQUE DOS PAIS




8

As técnicas que envolvem o toque dos pais no RN pré-termo são:

- O Contacto pele com pele na 1ª hora de vida^{1,2,5,6,7,8}
- A contenção/ abraço⁴
- O método canguru^{5,11}
- A massagem^{3,4,5,8,9,10,11}.

9




Método Canguru^{5,10,11}

- O RN, vestido apenas com fralda e gorro, é mantido numa posição vertical contra o peito nu dos pais e coberto com roupa e/ou cobertor.
- A duração deste contacto pele com pele é geralmente de uma 1h por sessão, com monitorização cardiorrespiratória e térmica do RN durante a mesma.
- Embora a maior parte das vezes seja recomendada para RN pré-termo estáveis que não necessitem de ventilação assistida, é possível fazer-se aos neonatos pré-termo com 26 semanas de idade gestacional e peso à nascença de 600g ou mais, que necessitem de suporte respiratório

10

Contato pele com pele na 1ª hora de vida^{1,7,8,10}



- O contacto pele com pele, refere-se à colocação do neonato despido em contacto direto com a pele da mãe, em que o lado exposto do RN seja coberto por toalhas ou cobertores secos. Recomendado para recém-nascidos saudáveis ou para prematuros a partir das 35 semanas.
- Toque do Pai na 1ª hora de vida

11

Contenção Física ou Abraço⁴



- Os Pais, sentados confortavelmente, realizam contenção ao recém-nascido, colocando as mãos sobre o mesmo ou colocando o RN sobre o seu peito envolvendo os braços em seu redor, em caso de choro acariar o RN é permitido.

12

MASSAGEM INFANTIL¹⁶

- IAIM (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INFANT MASSAGE)
- APMI (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MASSAGEM INFANTIL)

ENSINA OS PAIS QUE:

- O Toque é o primeiro sentido a desenvolver-se in útero e é o último sentido a deixar-nos quando morremos;
- A investigação refere que o nosso sentido tátil se desenvolve entre as 6ª e a 9ª semana de gestação;
- A pele é o nosso maior órgão e a ligação mais importante que o Homem possui com o mundo exterior e interior;

13

HISTÓRIA/ ORIGEM DA MASSAGEM INFANTIL¹⁶

- A massagem infantil é praticada tradicionalmente em muitas culturas há milhares de anos; O Programa da IAIM pretende criar uma ponte entre sabedorias passadas e conhecimentos atuais; É praticada em muitos países pelo mundo fora e é comprovadamente segura e eficaz;
- Vimala McClure é a fundadora do Programa da Massagem Infantil da IAIM. Esta defende que os bebés são seres humanos conscientes que merecem respeito, carinho, calor e acima de tudo, um coração atento. Em muitas culturas, a prática de massajar os bebés é uma tradição antiga que passa de geração em geração, sabedoria antiga que desapareceu praticamente nas sociedades modernas e industriais;

14

HISTÓRIA/ ORIGEM DA MASSAGEM INFANTIL¹⁶

- Vimala reconheceu a necessidade dos pais se ligarem com o seu bebé através do toque nutritivo. Ela combinou a sua experiência prática, os efeitos positivos da massagem Indiana e da massagem Sueca, bem como princípios do Yoga e da reflexologia e introduziu o curso em 1976;
- A massagem indiana move-se no sentido das extremidades para o alívio das tensões, enquanto que as técnicas suecas estimulam a circulação do sangue em direção ao coração; (por esse motivo o corpo do bebé se mantém quente enquanto recebe massagem e não existe problema em estar despido)

15

BENEFÍCIOS PARA O RN¹⁶

Interação
Promove a pré-linguagem; comunicação verbal e não verbal; a vinculação segura; tempo de qualidade na diade; contacto precoce e atenção unilateral para ambos os Pais;

Estimulação
Promove o Desenvolvimento muscular e tónico; o crescimento e o ganho de peso. Estimula os sistemas principais como o circulatório, digestivo, hormonal, imunitário, nervoso, proprioceptivo e sistema vestibular responsável pela coordenação e equilíbrio;


Alívio
Ajuda a reduzir dores, tais como cólicas, obstipação, câlbras, tensão muscular, e choro.

Relaxamento
Redução dos níveis de hormonas do stress (adrenalina e o cortisol) e aumenta as hormonas calmantes (oxitocina); regula os estados comportamentais e padrões de sono;



Massagem

16




BENEFÍCIOS PARA¹⁶

Pais
Promove o relaxamento, reduz depressão pós-parto, envolvimento precoce do pai, promoção de vinculação segura, melhor capacidade de ler e compreender, respeitar os sinais do bebé.

Família alargada
Envolve irmãos, diminui rivalidade entre irmãos, promove comunicação aberta;

Sociedade
Benefícios a longo prazo, como o aumento do respeito e da empatia, reduz abuso, violência, vandalismo e crime;

17



Massagem Infantil da APMI¹⁶

FORMATO DO CURSO
5 SESSÕES DE 60 MINUTOS // 1 VEZ POR SEMANA

SUMÁRIO DAS SESSÕES:


Prática	Teoria
<ul style="list-style-type: none"> Relaxamento e posicionamento Pedido de Permissão Técnicas de Massagem da IAIM Ginástica Massagem para o alívio das Cólicas Pousar as mãos, toque de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> Origem da Massagem infantil Óleos Condições ideais para a Massagem Estádios Comportamentais Sinais do Bebê Choro Benefícios da Massagem Infantil Reflexos Durante a Massagem Adaptações para a criança em desenvolvimento

DISCUSSÕES PARENTAIS

18

MASSAGEM INFANTIL¹⁶

▪ McClure, refere que técnicas de massagem que devem ser lentas, firmes e com ritmo, aplicando pressão suficiente para serem confortáveis e estimulantes. A pressão deve ser ajustada dependendo dos sinais de tolerância do RN. A pressão mais leve pode ser hiper estimulante, enquanto que técnicas mais profundas e lentas podem ter um efeito relaxante¹⁶.



19

Massagem^{14,15,18,19,111}

RNPT

- Sessões entre o 5º e o 7º dia de hospitalização (melhoria da estabilização das condições físicas dos RN).
- A estimulação táctil-cinestésica é realizada **pelos Pais ao RN** pré-termo, após estes se apresentarem clinicamente estáveis até à alta hospitalar.
- Recomendada 4 vezes por dia com um intervalo de 6 h durante 15 min. É feita com dois ou três dedos com uma pressão gentil, três vezes, numa direção e de seguida na direção contrária, na região temporal, frontal, periorbital, nasal e peribial, seguida da região externa dos membros superiores e inferiores.
- Anteriormente deve-se instruir as mães, a observar **os sinais de tolerância dos RN** para evitar estímulos excessivos. A massagem deve ser suave, rítmica, uniforme e constante.

20

POUSAR DAS MÃOS - RNPT¹⁶

▪ A contenção/ abraço, descrita nos estudos analisados⁴, é também denominada por McClure como "pousar das mãos", sendo uma abordagem utilizada para introduzir uma experiência de toque positiva em áreas do corpo que poderão ter sido expostas a algum toque traumático ou negativo.



21

TOQUE DE RELAXAMENTO – RNPT¹⁶

▪ McClure menciona que também o Toque de relaxamento, que combina o toque dos pais, a voz e um reforço positivo, é uma técnica de toque nutritivo utilizada como complemento ou alternativa à massagem, caso o RN prematuro não tenha estabilidade para tal.

Composto por 3 passos:

- Moldar as mãos ao segmento de intolerância;
- Associar toque à voz e ligeiro baloiço;
- Dar feedback positivo.



22

SINAIS DE HIPER-ESTIMULAÇÃO¹⁶

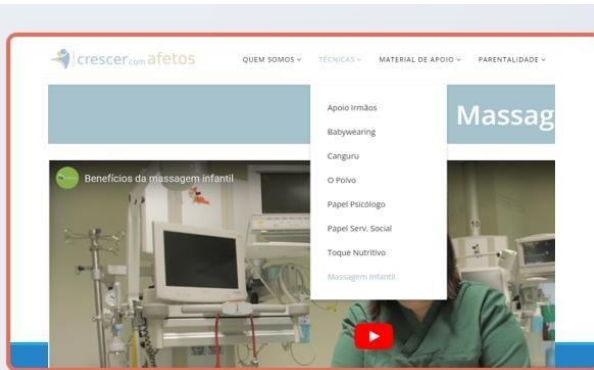
<ul style="list-style-type: none"> Bolgar / vomitar Soluçar Evitar contacto visual / Olhar fixo Caretas Bocejar Tossir Fechar os olhos em estado de alerta Extensão de língua Barriga desconfortável Gemido / choramingar Movimentos boca 	<ul style="list-style-type: none"> Espirrar Suspirar Irritabilidade Tremores/ Desorganização postural Mãos na face Mãos na boca Arqueamento do corpo Rigidez postural Mudança na cor da pele Alteração dos sinais vitais (FC, FR) e da SpO2
--	--

23

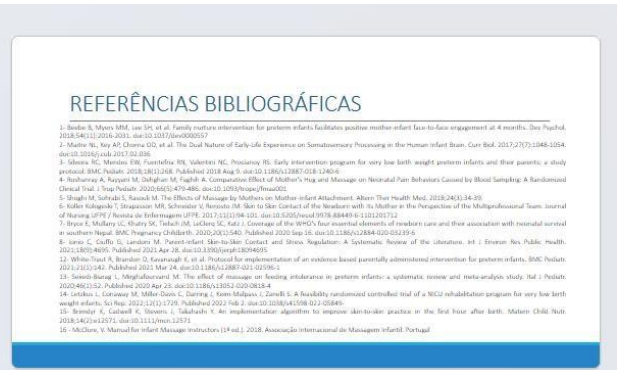
PROJETO
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

“CRESCER COM AFETOS”
Este projeto surgiu da necessidade de ajudar e acompanhar os bebés e as suas famílias ao longo do internamento e mesmo após a alta.

24



25



26

Esta sessão de sensibilização à EE, foi posteriormente introduzida, pelas chefias do serviço, numa pasta partilhada para que fosse consultada pela equipa sempre que houvesse questões sobre esta temática, durante as formações aos pais, implementadas posteriormente.

Apêndice P: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão: “O Toque dos Pais no RN internado numa UCIN: Benefícios e Técnicas”

1- Como classifica a **pertinência/ utilidade** do instrumento elaborado para a sua prática profissional?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

2- Como classifica a **qualidade científica** do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

3- Como classifica a qualidade da **estrutura e organização** do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

4- Como avalia o aspeto gráfico (formato, cores, figuras) do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

5- Como avalia a sua **satisfação** com instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

Apêndice Q: Sessão para os Pais “Oficinas do Cuidar”

OFICINAS DO CUIDAR
Promoção do Desenvolvimento

1

As “Oficinas do Cuidar”, é um projeto implementado na Neonatologia do Hospital de Cascais desde 2014, que pretende contribuir para a capacitação e autonomia dos pais/cuidadores, promovendo igualmente a otimização da saúde e da parentalidade, através de uma comunicação efetiva.

As sessões, ministradas por profissionais do Hospital de Cascais com recurso a uma metodologia expositiva com reflexão e espaço para esclarecimentos de dúvidas, têm uma periodicidade semanal, e tem a duração variada entre:

- ✓ Alimentação
- ✓ Amamentação
- ✓ Higiene e Conforto
- ✓ Promoção do Desenvolvimento
- ✓ Sono
- ✓ Vigilância de Saúde.

Hospital de Cascais

2

Ponto, Chave

- O desenvolvimento do Recém-Nascido
- Atividades promotoras do desenvolvimento durante o internamento
- Atividades promotoras do desenvolvimento em casa

3

Ambiente Uterino

- Líquido
- Quente
- Protetor
- Escuro
- Contido

4

Ambiente na Unidade

- Ruído Excessivo
- Luminosidade Intensa
- Procedimentos Constantes
- Oscilação de Temperatura

5

Desenvolvimento Fetal

- 23 semanas: Estruturas auditivas desenvolvidas
- 24-25 semanas: escape ao som
- 24-30 semanas: Abertura das pálpebras
- 25-27 semanas: Capacidade para sentir o paladar
- Capacidade para cheirar
- 32-36 semanas: Olhar dirigido e capacidade de focar a 20-30cm
- 34-35 semanas: Coordenação sucção/digitação/respiração

6

Competências do Recém-Nascido

- Gostam de olhar o rosto humano
- Conseguem identificar o rosto de quem cuida deles
- Seguem e fixam o olhar a uma distância de 20-30 cm
- Reconhecem vozes familiares
- Gostam de ouvir canções de embalar

7

Como promover o desenvolvimento do bebê?

8

Promover o desenvolvimento do RN na Unidade



Combinar com a/o enfermeira/o responsável pelo bebê a melhor hora para realizar os cuidados



Respeitar o silêncio



Não interromper o sono do bebê



Falar e cantar em tom baixo e suave

Promover o desenvolvimento do RN na Unidade – O Toque



Cansura



Cuidar do bebê



Massagem

MASSAGEM INFANTIL

Importância do toque

- O nosso sentido tátil se desenvolve entre as 6ª e a 9ª semana de gestação;
- A pele é o nosso maior órgão e a ligação mais importante que o Homem possui com o mundo exterior e interior;
- O Toque é o primeiro sentido a desenvolver-se in útero e é o último sentido a deixar-nos quando morremos;



Benefícios da Massagem Infantil para o Bebê

- Interação**
 - Promove a pré-linguagem; comunicação verbal e não verbal; a vinculação segura; tempo de qualidade na diade; contacto precoce e atenção unilateral para ambos os Pais;
- Estimulação**
 - Promove o Desenvolvimento muscular e tónico; o crescimento e o ganho de peso. Estimula os sistemas principais como o circulatório, digestivo, hormonal, imunitário, nervoso, proprioceptivo e sistema vestibular responsável pela coordenação e equilíbrio;
- Alívio**
 - Ajuda a reduzir dores, tais como cólicas, obstipação, cáibras, tensão muscular, e choro.
- Relaxamento**
 - Redução dos níveis de hormonas do stress (adrenalina e o cortisol) e aumenta as hormonas calmantes (oxitocina); regula os estados comportamentais e padrões de sono;

Benefícios da Massagem Infantil

- Pais**

Promove o relaxamento, reduz depressão pós-parto, envolvimento precoce do pai, promoção da vinculação segura, melhor capacidade de ler e compreender, respeitar os sinais do bebê.
- Família alargada**

Envolve irmãos, diminui rivalidade entre irmãos, promove comunicação aberta;
- Sociedade**

Benefícios a longo prazo, como o aumento do respeito e da empatia, reduz abuso, violência, vandalismo e crime;

MASSAGEM INFANTIL

- As técnicas de massagem que devem ser lentas, firmes e com ritmo, aplicando pressão suficiente para serem confortáveis e estimulantes. A pressão deve ser ajustada dependendo dos sinais de tolerância do RN.
- A pressão mais leve pode ser hiper estimulante, enquanto que técnicas mais profundas e lentas podem ter um efeito relaxante⁶.



MASSAGEM INFANTIL

<ul style="list-style-type: none"> Bolçar / vomitar Soluçar Evitar contacto visual / Olhar fixo Caretas Bocejar Tossir Fechar os olhos em estado de alerta Extensão de língua Barriga desconfortável Gemido / choramingar Movimentos boca 	<ul style="list-style-type: none"> Espirrar Suspirar Irritabilidade Tremores/ Desorganização postural Mãos na face Mãos na boca Arqueamento do corpo Rigidez postural Mudança na cor da pele Alteração dos sinais vitais (FC, FR) e da SpO2
--	--

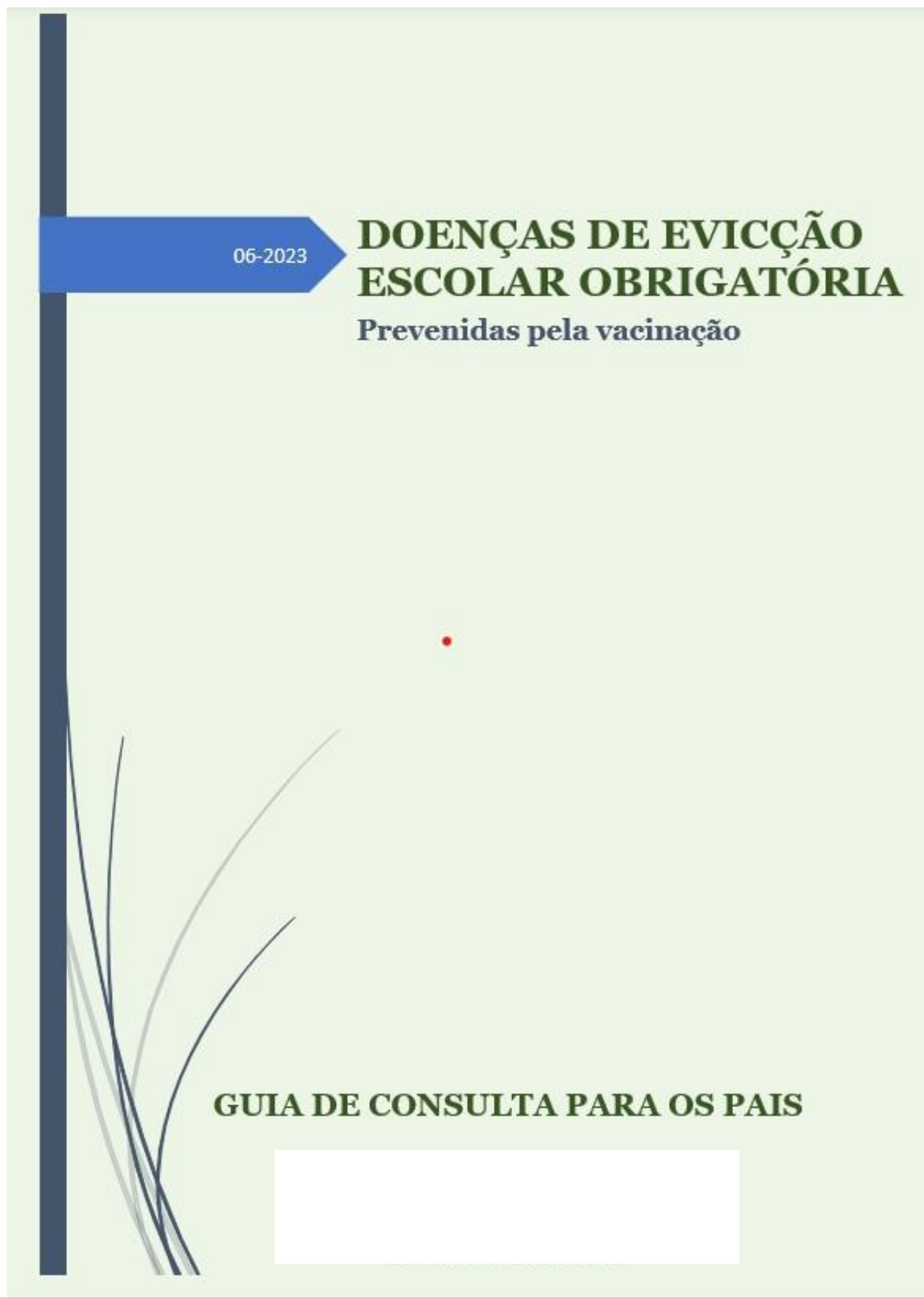
MASSAGEM INFANTIL

- DOUSAR DAS MÃOS**

A contenção/ abraço, é também denominada como o "pousar das mãos", sendo uma abordagem utilizada para introduzir uma experiência de toque positivo em áreas do corpo que poderão ter sido expostas a algum toque traumático ou negativo. (exemplo: locais de antigos cateteres ou punções)



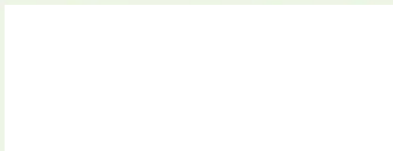
Apêndice R: E-BOOK Guia de consulta para os Pais “Oficinas do Cuidar”



FEBRES: TIFÓIDE E PARATIFÓIDE

• SABIA QUE...

Nos inícios do século XX, esta doença era considerada um problema de saúde pública. Em Portugal, a sua ocorrência estava relacionada com o consumo de água contaminada, recolhida em poços, nascentes, chafarizes, e com a inexistente ou deficiente rede pública de abastecimento de água nas vilas e cidades. Um surto epidémico que se arrastava no tempo, em Moita (1933) a epidemia alastrou-se durante quatro meses, provocando um elevado número de internamentos e de óbitos.



• O QUE É:

As febres Tifóide e Paratifóide, também conhecidas como febres entéricas, são provocadas, respetivamente, pelas bactérias Salmonella entérica tiphy e Salmonella enterica paratiphy A, B ou C. A febre tifoide e paratifoide são doenças semelhantes com os mesmos sintomas e tratamento, no entanto, a febre paratifóide é geralmente menos grave.

• SINTOMAS:

Febre, fraqueza, dor de cabeça, dor musculares e nas articulações, tosse, diarreia ou obstipação, falta de apetite, dor abdominal. Podem também surgir manchas rosadas no tronco.

• COMPLICAÇÕES:

Com a ausência de tratamento, a temperatura vai subindo, permanecendo elevada (39,4 a 40º C). Na segunda semana de doença podem surgir manchas cor-de-rosa discretas no tórax e no abdómen, assim como dor abdominal.

Na terceira semana, um aumento do tamanho do fígado e do baço, hemorragia, perfuração do intestino e uma infeção generalizada, podendo levar à morte.

• TRANSMISSÃO:

Ingestão de água ou alimentos contaminados com fezes humanas ou com urina que contenha Salmonella Typhi; Contato direto (mão-boca) com fezes ou urina; Partilha de objetos contaminados; Ingestão alimentos que foram lavados ou preparados com água contaminada.

Os principais fatores de risco que potenciam a transmissão são: Ida a lugares/países com fracas condições sanitárias; Preparação e o consumo de alimentos de forma inadequada (malcozinhados ou mal lavados), hábitos de higiene inadequados;

• PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) é, em geral, de 5 a 21 dias.

• DIAGNÓSTICO:

História clínica completa do utente, com despiste de sintomas; História de viagem a local endémico; Análises às fezes, urina ou ao sangue.

• COMO PREVENIR?

O saneamento básico, higiene pessoal e a preparação adequada dos alimentos. Assim como: Beber água potável ou engarrafada, consumir alimentos frescos com boa aparência, cozinhar bem os alimentos (nomeadamente, carne e ovos), lavar e desinfetar bem os alimentos antes de os consumir, lavar as mãos regularmente.

VACINAÇÃO: vacine-se, caso vá viajar para uma zona endémica onde exista febre tifoide

A vacina está disponível em Portugal e pode ser administrada em pessoas com mais de 2 anos de idade, com uma dose que confere imunidade até 3 anos.

A Sociedade Portuguesa da Medicina dos Viajantes recomenda a vacina a todos os que viajam para locais de risco. Recomenda ainda a vacinação aos viajantes com idade superior a 2 anos, que se desloquem para áreas endémicas e cuja estadia se prolongue por mais de 1 mês.

As áreas consideradas endémicas da febre tifoide incluem: África, Zona Oriental e Sul da Ásia (especialmente Paquistão, Índia e Bangladesh), América Central e do Sul, Caraíbas, Médio Oriente).

• TRATAMENTO:

O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível, pois uma das complicações da evolução da doença sem tratamento é a morte.

Inclui a toma de medicamentos (antibióticos). Durante o tratamento deve manter-se uma lavagem adequada das mãos e evitar preparar ou servir comida a outras pessoas.

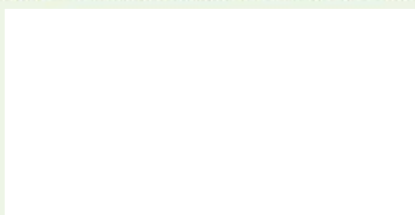
• O MEU FILHO TEM FEBRE TIFÓIDE. DEVE IR À ESCOLA?

Não. É uma doença de evicção escolar obrigatória. O afastamento deve manter-se pelo menos durante quatro semanas após o início da doença e até à apresentação de três análises de fezes negativas, colhidas com um mínimo de vinte e quatro horas de intervalo e oito horas após a interrupção da terapêutica antibiótica;

DIFTERIA

- **SABIA QUE...**

A difteria foi, antes da descoberta da vacina, uma das doenças mais temidas e prevalentes a nível mundial, com epidemias mortíferas. Nos anos 1920, houve uma epidemia mundial que causou cerca de 13 a 14 mil mortes por ano. Em novembro de 1931, Portugal foi atacado por uma vaga de difteria que praticamente esgotou a capacidade das enfermarias do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.



- **O QUE É:**

A difteria é uma doença infecciosa causada pela toxina da bactéria *Corynebacterium diphtheriae* (toxina diftérica). A infeção pode ocorrer na pele (difteria cutânea) e também ao nível das vias respiratórias superiores, com aparecimento de lesões localizadas nas amígdalas, laringe e nariz (difteria respiratória).

- **SINTOMAS:**

Febre ligeira, cansaço/mal-estar, dor de garganta, gânglios inflamados no pescoço, exantema descamativo (difteria cutânea). Quando a infeção ocorre ao nível das mucosas do nariz e da garganta, pode ainda surgir: Revestimento espesso acinzentado (pseudomembrana) nas mucosas; Pescoço visivelmente inchado (Chamado de pescoço de touro, nos casos de difteria respiratória); Dificuldade em engolir; Rouquidão e/ou estridor; Dificuldade respiratória; Apesar de menos frequente, para além da infeção da pele pode também ocorrer infeção do sistema nervoso, rins e coração (miocardite).

- **COMPLICAÇÕES:**

Obstrução das vias aéreas (pela formação da membrana na garganta ou aspiração desta membrana); Falência cardíaca e renal; Inflamação dos nervos; Paralisia dos músculos da deglutição (ato de engolir); Pneumonia; Morte (caso a toxina esteja presente no corpo em grande quantidade, pode levar à morte em 6 a 10 dias).

- **TRANSMISSÃO:**

Os seres humanos são os únicos reservatórios conhecidos para *C. diphtheriae*. Transmitindo a doença: Através do contacto direto com gotículas de saliva transmitidas pelo espirro ou tosse; feridas/úlceras abertas e contacto indireto com objetos contaminados pela bactéria (menos frequente);

- **PERIODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) é, em média, de 2 a 5 dias, podendo ser mais longo (1 a 10 dias), dependendo dos casos.

- **PERIODO DE CONTÁGIO:**

O período de contágio, em pessoas com difteria não tratada, pode durar até 4 semanas.

- **DIAGNÓSTICO:**

Pode incluir a realização de uma análise às secreções presentes na garganta e às lesões da pele.

- **COMO PREVENIR?**

A prevenção desta doença passa principalmente pela **VACINAÇÃO**. O Programa Nacional de Vacinação inclui uma vacina que deve ser administrada aos 2, 4, 6, 18 meses e 5 anos, 10, 25, 45, 65 anos e depois de 10 em 10 anos. As grávidas devem fazer uma vacina em cada gravidez. A vacinação é também necessária após a recuperação da doença, porque a infeção por difteria não promove imunidade.

- **TRATAMENTO:**

Assim que for detetada a infeção, o doente deve ser isolado e iniciar tratamento com medicamentos (Anti-Toxina e antibióticos).

- **O MEU FILHO TEM DIFTERIA. DEVE IR À ESCOLA?**

NÃO. A Direção Geral de Saúde recomenda que as crianças que apresentem diagnóstico de difteria devem evitar ir à escola até à apresentação de duas análises negativas dos exsudados nasal e faríngeo, feitas com o mínimo de 24 horas de intervalo e após 24 horas de suspensão do tratamento antimicrobiano.

SARAMPO

- **SABIA QUE:**

Há notícia de epidemias de sarampo nos séculos XI e XII em Portugal, atingindo sobretudo crianças, embora não poupasse também os adultos. Ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, houve surtos de sarampo em diversas regiões do país. Entre os principais mecanismos de controlo constava o encerramento de escolas. Em julho de 1935 sucedeu-se uma grande epidemia em Braga, com elevado número de casos fatais, muitos dos casos de sarampo, acompanhados de pneumonia ou meningite.

- **O QUE É:**

O sarampo é uma infeção viral altamente contagiosa, muito comum nas crianças. Habitualmente a doença é benigna, mas, em alguns casos, pode ser grave ou levar à morte. É caracterizada por febre, tosse, comichão, conjuntivite, um enantema (manchas de Koplik) na mucosa oral e um exantema maculopapular que se dissemina no sentido craniocaudal; as complicações, principalmente a pneumonia ou a encefalite, podem ser fatais, particularmente em áreas com atendimento de saúde precário. O diagnóstico costuma ser clínico. O tratamento é de suporte. A vacinação é altamente efetiva.

- **SINTOMAS:**

Início com febre e mal-estar, seguido de corrimento nasal, conjuntivite e tosse de seguida e nalgumas situações podem surgir pontos brancos no interior da bochecha, cerca de 1 a 2 dias antes do aparecimento das erupções cutâneas aparecimento da erupção cutânea ("manchas" de Koplik que se iniciam na face, orelhas, pescoço e que depois se espalham para o tronco e para os membros), febre alta e estado de extremo cansaço físico e psíquico.

- **COMPLICAÇÕES:**

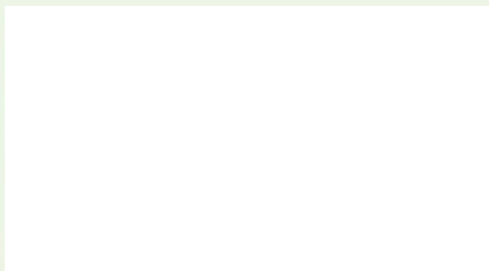
- Pneumonia;
- Infeção secundária bacteriana (otite por exemplo);
- Púrpura trombocitopênica aguda;
- Encefalite;
- Hepatite transitória;
- Panencefalite esclerosante subaguda

- **TRANSMISSÃO:**

É extremamente contagioso. Dissemina-se principalmente através de gotículas no ar (tosse, secreções nasais ou da boca), que permanecem no meio até 2 horas nos locais fechados. O contágio pode ocorrer desde 4 dias antes e até 4 dias após o início das erupções cutâneas. O período de contágio pode ser mais prolongado nas pessoas com imunidades comprometidas. Evite o contacto com outras pessoas para prevenir o contágio.

- **DIAGNÓSTICO:**

Análises ao sangue, urina e secreções orais, cujos resultados são enviados para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) para confirmação ou não do diagnóstico de sarampo. (É importante comunicar quais as pessoas com quem contactou durante o período de contágio, para que possam ser sinalizadas.)



- **COMO PREVENIR?**

A **VACINAÇÃO** é a principal medida de prevenção do sarampo. A vacina é gratuita e está disponível para todas as pessoas a nível nacional. É administrada aos 12 meses e aos 5 anos de idade. As pessoas não vacinadas e que nunca tiveram sarampo têm uma elevada probabilidade de contrair a doença se forem expostas ao vírus.

- **TRATAMENTO:**

A maioria das pessoas recupera apenas com o tratamento dos sintomas. Os antibióticos não são eficazes contra o vírus do sarampo, mas são prescritos pelo para tratar as complicações. Se tiver contacto com uma pessoa com diagnóstico de sarampo deve ser vacinado, de preferência nas primeiras 72 horas pós-exposição. Se a vacina for contraindicada, é realizada administração de imunoglobulina.

- **O MEU FILHO TEM SARAMPO. DEVE IR À ESCOLA?**

Não. É uma doença de evicção escolar obrigatória

MENINGITE

- **SABIA QUE...**

A região da África subsaariana é conhecida como o cinturão da meningite, englobando 26 países.

- **O QUE É:**

Meningite é o nome que damos à inflamação da meninge, membrana que envolve o sistema nervoso central. É uma doença grave, potencialmente fatal, que costuma ser causada por agentes infecciosos, tais como bactérias, vírus ou fungos.

A meningite bacteriana é a forma mais grave (causada pelas bactérias *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ou *Neisseria meningitidis* - sendo o grupo A, B, C, W135, X e Y, os mais comuns entre os humanos). As pessoas infetadas com mais frequência são: Crianças de 6 meses a 3 anos de idade e Adolescentes e jovens adultos (16 a 20 anos).

- **SINTOMAS:**

Febre alta, cefaleias, rigidez da nuca, dores de cabeça, cansaço, dificuldade em olhar para a luz, lesões avermelhadas na pele. Nos bebés é mais frequente a recusa alimentar, intolerância ao ruído, choro agudo ou gemido, sintomas gastrointestinais e episódios convulsivos em estados mais avançados da doença.

- **COMPLICAÇÕES:**

Acontece quando a bactéria se espalha pelos diversos órgãos do corpo, provocando infeções nos pulmões, articulações, vias respiratórias, órgãos genitourinários, reto, olhos e coração.

- **TRANSMISSÃO:**

Contato com secreções respiratórias de pessoas infetadas. Ao contrário da crença popular, a meningite não é transmitida com tanta facilidade como a gripe, mas sim através de um contato prolongado. É transmitida pela saliva, porém, compartilhar copos e talheres parece não ser um fator de risco grande. É preciso que esse comportamento se repita com frequência para haver um risco elevado.

- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) é, em média, de 3 a 4 dias. A maioria dos pacientes são internados 24 horas após o aparecimento dos primeiros sintomas.

- **PERÍODO DE CONTÁGIO:**

O período de contágio persiste até que a bactéria desapareça da rinofaringe. Em geral, o contágio deixa de existir 24 horas após o início da terapêutica eficaz.

- **DIAGNÓSTICO:**

Através de exame clínico com sinais sugestivos de meningite, análises ao sangue e análises ao líquido cefalorraquidiano, que implica uma punção lombar.

- **COMO PREVENIR?**

VACINAÇÃO

Em Portugal, esta doença grave consegue prevenir-se desde a infância através do cumprimento do atual Plano Nacional de Vacinação, que inclui prevenção de pelo menos 3 tipos de meningite: contra o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria Meningitidis B*.

Estas vacinas e os respetivos reforços são administradas gratuitamente aos 2 meses, 4 meses, 6 meses, 12 meses e 18 meses de vida. A profilaxia reduz em 95% a probabilidade de infeção, além de eliminar o estado de portador assintomático da bactéria, reduzindo, assim, a cadeia de transmissão.

- **TRATAMENTO:**

Antibióticos e corticoides. A meningite bacteriana é uma emergência médica e o tratamento com antibióticos intravenosos deve ser iniciado o mais rápido possível, de preferência logo após a realização da punção lombar.

- **O MEU FILHO TEM MENINGITE. DEVE IR À ESCOLA?**

Não. O afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa do início da medicação adequada.

PAROTIDITE/ PAPEIRA

- **SABIA QUE...**

O pico de incidência da Papeira é durante o final do inverno e o início da primavera. A doença ocorre em qualquer idade, mas é incomum em crianças < 2 anos, particularmente aquelas < 1 anos. Aproximadamente 25 a 30% dos casos são clinicamente inaparentes.

- **O QUE É:**

A papeira ou parotidite é uma doença aguda provocada pelo vírus paramixovírus, que provoca um inchaço de uma ou de ambas as glândulas parótidas. Estas são glândulas da salivação que se encontram na zona da mandíbula, abaixo de cada ouvido. A vacinação é eficaz para a sua prevenção.

- **SINTOMAS:**

Febre; Inchaço das glândulas salivares (surge aproximadamente no 2º dia e pode durar até 10 dias); Inchaço na cara, principalmente na zona das bochechas; Dor ao mastigar e engolir; Dor de cabeça; Perda de apetite; Mal-estar; Fadiga

- **COMPLICAÇÕES:**

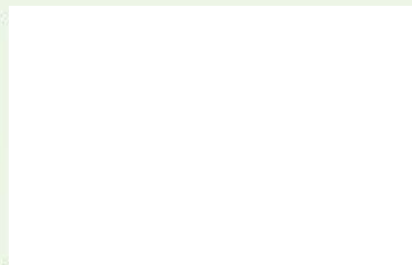
Inflamação dos testículos ou ovários; Meningite; Encefalite (infecção do cérebro); Perda parcial ou total da audição; Inflamação do pâncreas.

- **TRANSMISSÃO:**

Através da saliva e da secreção nasal, pela tosse e espirros, bem como pelo contacto direto com pessoas e com objetos e superfícies contaminadas pelo vírus

- **PERIODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) pode ser de 12 a 25 dias.



- **DIAGNÓSTICO:**

Através da observação de sinais e sintomas da doença, através da história de contactos com pessoas infetadas e pode ser confirmado a partir de análises de sangue ou de outros líquidos como saliva, urina ou de líquido cefalorraquidiano (o líquido que envolve o cérebro e a medula espinhal).

- **COMO PREVENIR?**

VACINAÇÃO

- Vacina pertence ao Plano nacional de Vacinação.
- Higiene das mãos
- Etiqueta Respiratória
- Evitar partilhar comida, bebida e objetos pessoais.

- **TRATAMENTO:**

- Aplicação de calor na zona inflamada através de compressas aquecidas durante 10 a 15 minutos;
- Aumentar a ingestão de água.
- Medicação para alívio de sintomas

- **O MEU FILHO TEM PAPEIRA. DEVE IR À ESCOLA?**

Não. É uma doença de evicção escolar obrigatória

POLIOMIELITE

- **SABIA QUE...**

É causada por um vírus que já existia há vários séculos, mas que só foi identificado no século XIX. Portugal iniciou o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite em 1995, mas a eliminação só foi conseguida através de uma campanha de vacinação em 1965/1966 e pela aplicação do Programa Nacional de Vacinação desde 1965 até aos dias de hoje. O último caso da doença, registado em Portugal, foi em 1986. Desde 2002 a região europeia está considerada livre desta doença, graças à vacinação.

- **O QUE É:**

A poliomielite é uma doença infecciosa causada pelo poliovírus, um vírus muito contagioso do grupo dos enterovírus. Pode ser extremamente incapacitante ou mesmo mortal, uma vez que ao invadir o sistema nervoso pode provocar paralisia dos músculos respiratórios.

- **SINTOMAS:**

Febre; Fadiga; Dor de Cabeça; Dor de Garganta; Vômitos; Rigidez no pescoço; Dor nos músculos.

- **COMPLICAÇÕES:**

- Paralisia – Incapacidade de mover partes do corpo, sendo potencialmente fatal se atingir os músculos respiratórios;
- Meningite
- Síndrome pós-poliomielite (condição que afeta entre 20 e 50% dos sobreviventes da poliomielite – manifestam-se ao longo de 35 anos, em média, incluindo fraqueza muscular progressiva, fadiga mental e física, dor associada a deformidades nas articulações).

- **TRANSMISSÃO:**

Através de contacto direto com fezes de pessoa infetada, gotículas e secreções faríngeas contaminadas (tosse, espirro), através de inalação de gotículas. Contacto direto com água, alimentos e objetos contaminados

- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) é de 3 a 6 dias. Quando há paralisia esta ocorre geralmente 7 a 21 dias após o contágio.

- **DIAGNÓSTICO:**

Inclui a história clínica completa do doente (viagens recentes e história vacinal com pesquisa de sintomas), pode incluir a realização de análises às fezes, sangue, urina, líquido cefalorraquidiano para deteção do vírus.

- **COMO PREVENIR?**

VACINAÇÃO

Vacina pertence ao Plano Nacional de Vacinação

- **TRATAMENTO:**

- Repouso
- Evitar esforços
- Fisioterapia para reabilitação e fortalecimento dos músculos afetados.

No entanto não existe nenhum medicamento que impeça a progressão da paralisia.

- **O MEU FILHO TEM POLIOMIELITE. DEVE IR À ESCOLA?**

Não. É uma doença de evicção escolar obrigatória

RUBÉOLA

- **SABIA QUE...**

A rubéola foi descrita pela primeira vez em meados do século XVIII por dois médicos alemães que a denominaram por roteln, no entanto, a doença ficou globalmente conhecida como sarampo alemão.

- **O QUE É:**

A rubéola é uma doença transmissível, causada pelo vírus da rubéola. É uma infecção viral contagiosa, sendo mais comum de acontecer durante a infância.

- **SINTOMAS:**

Os sintomas da infecção costumam aparecer 12 a 21 dias após o contacto com o vírus, sendo os principais:

- Febre
- Dor de cabeça
- Mal-estar
- Conjuntivite ligeira
- Inflamação e corrimento nasal
- Dor nas articulações
- Tosse

A maior parte dos casos apresenta erupções na pele, com aspeto rosa-pálido e textura lisa e regular. A distribuição destas é rápida (24 a 48 horas), iniciando-se na face, passando para o pescoço, tronco e extremidades e geralmente, desaparecem pelo 3º dia.

- **COMPLICAÇÕES:**

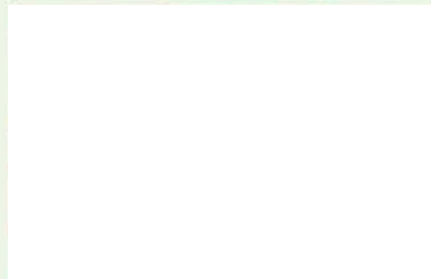
Artrite (mais comum em mulheres adultas); Infecções cerebrais. A resolução completa é típica, mas é ocasionalmente fatal. Púrpura trombocitopénica e otite média ocorrem poucas vezes.

- **TRANSMISSÃO:**

O vírus transmite-se por contato com secreções nasofaríngeas por dispersão de gotículas de pessoas infetadas (tosse, espirros, fala). Pode ser transmitido da mãe para o feto durante a gravidez

- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) varia de 14 a 17 dias, podendo ir até aos 21 dias.



- **DIAGNÓSTICO:**

O diagnóstico inicial da rubéola é feito a partir da avaliação dos sinais e sintomas apresentados pela pessoa, além de ser indicada a realização de exame de sangue para verificar a presença dos anticorpos contra a rubéola.

- **COMO PREVENIR?**

VACINAÇÃO

A vacina pertence ao plano nacional de vacinação. É administrada aos 12 meses e aos 5 anos de idade.

- **TRATAMENTO:**

- Cuidados de Suporte, como a toma de medicamentos para o alívio de sintomas, como a febre e dores no corpo.
- Hidratação
- Isolamento

- **O MEU FILHO TEM RUBÉOLA. DEVE IR À ESCOLA?**

Não. O afastamento deve manter-se pelo período mínimo de 7 dias após o início do exantema (manchas na pele).

TUBERCULOSE

• **SABIA QUE...**

No século XX, a tuberculose foi considerada um dos maiores problemas de saúde pública, pois atingia elevada incidência e letalidade. Tomando como exemplo o ano de 1927 e tendo como base os óbitos registados em contexto hospitalar, verifica-se que a tuberculose foi a principal causa de morte com 1.103 óbitos

• **O QUE É:**

É uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. É uma doença grave, mas potencialmente curável nos dias de hoje

• **SINTOMAS:**

Os sintomas são: Tosse persistente há mais de 2/3 semana, com expectoração amarelada ou esverdeada, que pode conter sangue cansaço, emagrecimento, suores noturnos e aumento da temperatura corporal ao final do dia (febrícula vespertina);

• **COMPLICAÇÕES:**

Existem 3 formas de tuberculose:

- **Pulmonar** - O pulmão é o principal órgão a ser atingido pela doença;

- **Extrapulmonar** - podem ser atingidos órgãos como gânglios linfáticos, pleura, meninges, ossos, rins, fígado, intestinos, pele, etc.

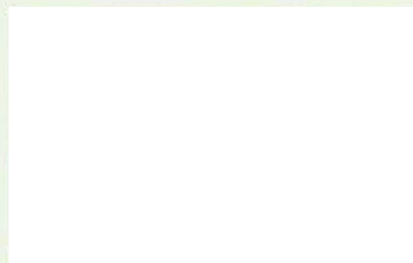
- **Disseminada** - Quando o bacilo atinge a circulação sanguínea.

• **TRANSMISSÃO:**

A tuberculose transmite-se principalmente por via aérea através da inalação de gotículas, expelidas pela pessoa doente quando respira, tosse, fala ou espirra. Ao inalar o ar com bacilos, estes vão depositar-se nos pulmões

• **PERÍODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas)



• **DIAGNÓSTICO:**

O diagnóstico da tuberculose assenta na identificação laboratorial do bacilo em produtos orgânicos (expectoração, na maioria das vezes).

• **COMO PREVENIR?**

- Uso de máscara
- Distanciamento físico em espaço arejado e exposto à luz solar (o bacilo é muito sensível à ação dos raios UV)
- Assegurar boas condições de higiene, habitação e nutrição.

Em junho de 2016, dada a evolução epidemiológica da tuberculose em Portugal, foi decidido alterar a estratégia de vacinação com BCG - passando a vacinar-se apenas as crianças com fatores de risco individuais ou comunitários para a tuberculose.

• **TRATAMENTO:**

É feito através da administração, por via oral, de medicamentos (antis bacilares de primeira linha), fornecidos gratuitamente nos Centros de Diagnóstico Pneumológico, unidades de saúde diferenciadas na área da tuberculose

• **O MEU FILHO TEM TUBERCULOSE. DEVE IR À ESCOLA?**

Não. É uma doença de evicção escolar obrigatória.

HEPATITE A

- **SABIA QUE...**

É a causa mais comum de hepatite viral aguda, particularmente comum em crianças e adultos jovens

- **O QUE É:**

A hepatite A é uma infecção aguda do fígado causada pelo vírus da hepatite A (VHA).

- **SINTOMAS:**

- Febre
- Mal-estar
- Náuseas
- Vômitos
- Dor abdominal
- Falta de apetite
- Fadiga
- Urina escura
- Fezes esbranquiçadas
- Icterícia (coloração amarela da pele e olhos)

A infecção geralmente é assintomática em idades inferiores a 6 anos. Em crianças mais velhas e adultos a infecção provoca, geralmente, doença clínica em mais de 70% dos casos

- **COMPLICAÇÕES:**

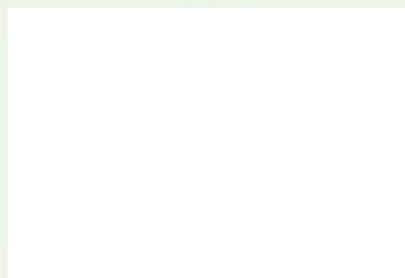
Alguns pacientes têm colestase prolongada (hepatite colestática) decorrente de hepatite A; É caracterizada por icterícia acentuada com prurido (comichão), febre contínua, perda de peso, diarreia e mal-estar. A recuperação da hepatite A aguda é geralmente total.

- **TRANSMISSÃO:**

O principal modo de transmissão é por contacto da boca com fezes, através da ingestão de alimentos ou água contaminados (locais com saneamento básico deficitário). Também pode ser transmitido em contacto com fluidos corporais

- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) é de 28 dias, variando de 15 a 50 dias.



- **DIAGNÓSTICO:**

Através da recolha da história clínica completa do utente, com pesquisa de sintomas e a realização de exames, como análises de sangue com pesquisa de anticorpos para o vírus.

- **COMO PREVENIR?**

VACINAÇÃO: Não pertencente ao Plano Nacional de Vacinação: Está disponível, mas necessita de prescrição médica.

Medidas como: lavar e desinfetar as mãos frequentemente, beber água potável ou engarrafada, cozinhar bem os alimentos (nomeadamente carne, legumes e ovos), lavar e desinfetar bem os alimentos antes de os consumir.

- **TRATAMENTO:**

Não existe tratamento específico para a hepatite A, por isso, o tratamento é dirigido aos sintomas causados pela infecção. São usados medicamentos para alívio de sintomas e recomenda-se a ingestão de muitos líquidos e repouso. A ingestão de álcool é absolutamente desaconselhada e os fármacos com metabolização hepática ou que possam ser prejudiciais para o fígado devem ser utilizados com precaução

- **O MEU FILHO TEM HEPATITE A. DEVE IR À ESCOLA?**

O afastamento deve manter-se nos casos de doença aguda e até à cura clínica; É uma doença de evicção escolar obrigatória.

HEPATITE B

• SABIA QUE...

A hepatite B tem sido conhecida, ao longo da história, por diversos nomes: hepatite sérica, hepatite de inoculação, hepatite pós-transfusão, hepatite do antígeno Austrália, hepatite hippy, hepatite sérica. A adoção do termo hepatite B surgiu em oposição à hepatite A, doença de curta incubação.

• O QUE É:

A hepatite B é causada pelo vírus da hepatite B (VHB). Este, é o vírus da hepatite mais complexo e mais estudado sendo a 2ª causa mais comum de hepatite aguda de após a hepatite A.

• SINTOMAS:

A infecção por hepatite B causa um amplo espectro de doenças hepáticas.

A maioria dos sintomas incluem: anorexia, mal-estar, febre, náuseas, vômitos e icterícia (pele e mucosas amarelas). Os sintomas persistem de algumas semanas até 6 meses.

De todos os pacientes, 5 a 10% desenvolvem hepatite B crônica. Quanto menor a faixa etária em que a hepatite B aguda ocorre, maior o risco desta evoluir para uma doença crônica. Para crianças com um normal sistema imunitário, o risco de desenvolver uma infecção crônica por hepatite B é:

- Para recém-nascidos: 90%
- Para crianças com 1 a 5 anos: 25 a 50%

• COMPLICAÇÕES:

Ao desenvolver uma hepatite crônica, esta pode desencadear uma cirrose e/ou um carcinoma hepatocelular.

• TRANSMISSÃO:

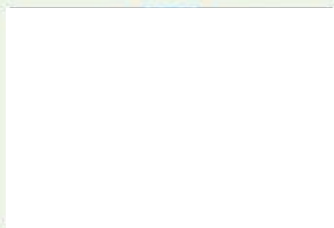
Os portadores crônicos do VHB são um reservatório mundial da infecção.

O HBV é mais frequentemente transmitido por contato direto com fluidos corporais como é o exemplo do sangue ou hemoderivados. Também é possível ocorrer o contágio através de intervenções odontológicas e cirúrgicas, hemodiálise, tatuagens, colocação de brincos ou piercings, uso de drogas com compartilhamento de seringas, agulhas ou outros equipamentos, transfusão de sangue e derivados contaminados, transmissão vertical (mãe/filho), aleitamento materno e acidentes com objetos perfuro cortantes.

Picadas de insetos não têm um papel claro na transmissão do VHB, assim como muitos casos ocorrem esporadicamente sem uma fonte conhecida.

• PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) varia de 30 a 180 dias (média de 70 dias).



• DIAGNÓSTICO:

Através de exames ao sangue para detetar o antígeno e anticorpo e/ou o vírus da hepatite B. Pode ainda ser indicada a realização de exames para avaliar o funcionamento do fígado.

O vírus pode ser detetado 1 a 9 semanas após o contacto e persiste no organismo por períodos variáveis. Nos indivíduos que recuperam da infecção, este antígeno desaparece após 4 a 6 meses. Se persistir > 6 meses indica infecção crônica

• COMO PREVENIR?

- Evitar comportamentos de risco;
- **VACINAÇÃO** contra hepatite B: pertencente ao Plano Nacional de Vacinação para crianças nascidas depois de 2019. (constituída por 3 administrações gratuitas: Ao nascimento, aos 2 meses e 6 meses)
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todas as crianças sejam vacinadas contra a hepatite B, idealmente nas primeiras 24 horas de vida. A eficácia desta vacina depende da administração de todas as doses recomendadas.

• TRATAMENTO:

Hepatite aguda: acompanhamento ambulatorial, com tratamento sintomático, repouso relativo, dieta conforme a aceitação, evicção do consumo de álcool por pelo menos seis meses e uso de medicações para vômitos e febre, se necessário.

Hepatite crônica: O tratamento medicamentoso (antivirais) está indicado para algumas formas da doença crônica. Embora não cure a infecção, tem o potencial de reduzir a lesão do fígado, prevenindo complicações a longo prazo.

• O MEU FILHO TEM HEPATITE B. DEVE IR À ESCOLA?

O afastamento deve manter-se nos casos de doença aguda e até à cura clínica; nos portadores crônicos com ou sem doença hepática ativa deve manter-se isolados quando se verificarem feridas exsudativas ou em fase de hemorragia ativa.

TOSSE CONVULSA

- **SABIA QUE...**

A tosse convulsa, também conhecida como coqueluche, esteve muito presente nas páginas dos jornais do século XIX e dos primeiros 35 anos do século XX, pelas suas consequências.

- **O QUE É:**

A tosse convulsa, também denominada como tosse coqueluche ou pertússis, é uma doença infecciosa aguda, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, que compromete o aparelho respiratório (traqueia e brônquios).

- **SINTOMAS:**

A tosse convulsa caracteriza-se por três fases:

- **Fase catarral (1-2 semanas)**, ocorre inflamação e corrimento nasal, tosse não produtiva, febre baixa (sintomas do trato respiratório alto)

- **Fase paroxística (2-6 semanas)**, verifica-se um agravamento da tosse com momentos de intensidade, que podem ser acompanhados de cianose (coloração azulada da pele e dos lábios) e inchaço da língua. Tipicamente existe um ruído inspiratório e a tosse pode provocar o vômito. A tosse é mais frequente no período noturno e agrava-se com o choro ou a deglutição

- **Fase de convalescença (2-6 semanas)**, há uma diminuição progressiva da intensidade e frequência da tosse, desaparecendo o ruído inspiratório e os vômitos. Pode prolongar-se durante meses com episódios recorrentes de tosse, desencadeados por infeções respiratórias virais;

Podem ocorrer formas atípicas de doença em:

- Recém-nascidos e lactentes, em que a fase catarral é muito curta ou mesmo ausente, inexistência de guincho inspiratório, apneia e dificuldade respiratória

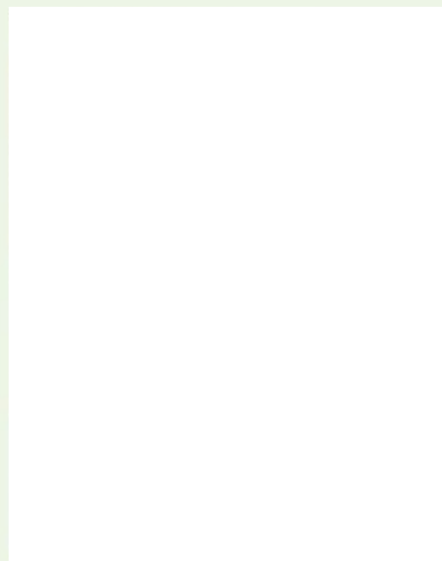
- Crianças vacinadas, adolescentes e jovens adultos, em que a sintomatologia é menos pronunciada, podendo manifestar-se como tosse persistente

- **TRANSMISSÃO:**

A tosse convulsa transmite-se de pessoa para pessoa através de gotículas de saliva expelidas pelo espirro ou tosse. Também pode ser transmitida pelo contacto com objetos contaminados com secreções do doente. O período de contágio é mais intenso na primeira semana.

- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO:**

O período de incubação (isto é, o período entre o momento em que a pessoa é infetada e o aparecimento dos primeiros sintomas) é 7 a 10 dias, podendo variar de 5 a 21 dias.



- **DIAGNÓSTICO:**

Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito por observação clínica, podendo ser realizados exames laboratoriais para pesquisa da bactéria.

- **COMO PREVENIR?**

A **VACINAÇÃO** constitui a medida preventiva mais importante.

No Programa Nacional de Vacinação, está contemplada a administração de 5 doses da vacina pertussis acelular, segundo o esquema: 2, 4, 6, 18 meses e 5 anos.

- **TRATAMENTO:**

O tratamento antibiótico é recomendado sempre que se suspeite de tosse convulsa, após colheita de secreções para pesquisa da bactéria. Este tratamento é eficaz para prevenir a doença na fase de incubação. Na fase catarral esta terapêutica diminui ou elimina os sintomas e na fase paroxística não altera o estado clínico.

- **O MEU FILHO TEM TOSSE CONVULSA. DEVE IR À ESCOLA?**

Não, é uma doença de evicção escolar obrigatória.

VARICELA

- **O QUE É:**

A varicela é uma das doenças transmissíveis mais comuns na infância, sendo bastante contagiosa. É caracterizada por bolhas ou borbulhas que provocam comichão intensa, podendo afetar toda a pele. É uma doença infecciosa causada pelo vírus varicela zoster, do grupo Herpesvirus.

- **SINTOMAS:**

- febre ligeira (por vezes grave no adolescente)
- dor de cabeça
- mal-estar
- falta de apetite
- erupção da pele
- Surgem pequenas manchas vermelhas (máculas) que evoluem para lesões sólidas da pele, em horas, seguindo-se, durante 3-4 dias, a formação de pequenas bolhas (vesículas) que progridem para a formação de crostas. Estas lesões da pele caracterizam-se também pela comichão que causam.

A erupção da pele inicia-se no tronco, passando para extremidades como couro cabeludo, axilas, boca, face, trato respiratório ou para áreas com irritação cutânea, como é o caso de queimaduras solares e dermatites por fraldas.

- **COMPLICAÇÕES:**

- A infeção bacteriana secundária (tipicamente por estreptococos ou estafilococos) das vesículas pode ocorrer, causando celulite ou, raramente, fascite necrotizante ou choque tóxico.
- Pneumonia
- Miocardite, hepatite e complicações hemorrágicas
- Ataxia cerebral pós-infecciosa aguda é uma das complicações neurológicas mais comuns; ela ocorre em 1/4.000 dos casos em crianças.

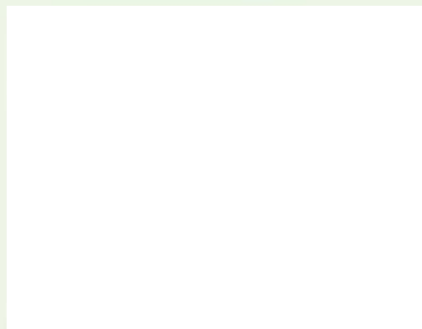
- **TRANSMISSÃO:**

A varicela transmite-se de pessoa para pessoa:

- Por contacto direto, quando alguém toca nas borbulhas ou em objetos contaminados
- Por gotículas de saliva existentes no ar da pessoa com varicela, quando espirra, tosse ou fala

- **PERIODO DE INCUBAÇÃO:**

O período médio de incubação é de 14 a 16 dias após exposição a varicela, variando entre 10 a 21 dias.



- **DIAGNÓSTICO:**

Avaliação clínica (exantema característico, que geralmente é a base para o diagnóstico).

Se o diagnóstico for duvidoso, pode ser feita a confirmação laboratorial.

- **COMO PREVENIR?**

VACINAÇÃO: No entanto, em Portugal a vacina da varicela não está incluída no Programa Nacional de Vacinação, mas está autorizada pelo Infarmed e disponível para prescrição médica.

A vacina da varicela é recomendada em adolescentes e adultos suscetíveis. Os grupos de risco incluem:

- Mulheres não imunes antes da gravidez
- Pais de crianças jovens, não imunizados
- Adultos ou Crianças que contactam habitualmente com doentes imunodeprimidos
- Indivíduos não imunes em ocupações de alto risco (trabalhadores de creches e infantários, professores, profissionais de saúde)

- **TRATAMENTO:**

- Tratamento sintomático
- Às vezes, fármacos antivirais orais

- **O MEU FILHO TEM VARICELA. DEVE IR À ESCOLA?**

Não. É uma doença de evicção escolar obrigatória. Apenas poderá regressar à escola quando todas as lesões cutâneas estiverem secas.

BIBLIOGRAFIA

1. História da Medicina [Internet]. 2008 Dec [citado a 2023 Fev 4];15(No 4). Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_291_307.pdf
2. DRE. Decreto Regulamentar nº3/95 [Internet]. Ministério da Saúde, editor. DRE. 1995 [citado a 2023 Fev 5]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/3-1995-140370>
3. Korndörfer AP, Brum C, Rossi D, Fleck E. Em tempos de pandemia: Reflexões necessárias sobre saúde e doenças no passado e no presente [Internet]. 2a Edição. OIKOS EDITORA, editor. São Leopoldo; 2021 [citado a 2023 Fev 3]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ana-Korndorfer/publication/357091733_Em_tempos_de_pandemia_Reflexoes_necessarias_sobre_saude_e_doencas_no_passado_e_no_presente_Oikos_2021/links/61bb384363bbd93242986826/Em-tempos-de-pandemia-Reflexoes-necessarias-sobre-saude-e-doencas-no-passado-e-no-presente-Oikos-2021.pdf#page=153
4. Bush LM, Vazquez Pertejo M. Febre Tifoide [Internet]. Manual MSD: Versão para profissionais de saúde. 2022 [citado a 2023 Fev 6]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/bacilos-gram-negativos/febre-tifoide?query=febre%20tifoide>
5. DGS. Doenças Infecciosas: Febre tifoide [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Fev 6]. Disponível em: Febre tifoide (sns24.gov.pt)
6. DGS. Doenças Infecciosas: Difteria [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Fev 6]. Disponível em: Difteria (sns24.gov.pt)
7. Bush LM, Vazquez Pertejo M. Difteria [Internet]. Manual MSD: Versão para profissionais de saúde. 2021 [citado a 2023 Fev 6]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/bacilos-gram-positivos/difteria>
8. L. Tesini , B. Sarampo [Internet]. MD, editor. Manual MSD: Versão Para Profissionais de Saúde. 2021 [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/miscel%C3%A2nea-de-infec%C3%A7%C3%B5es-virais-em-lactentes-e-crian%C3%A7as/sarampo?query=sarampo>
9. DGS. Doenças Infecciosas: Sarampo [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Mar 1]. Disponível em: Sarampo (sns24.gov.pt)
10. DGS. Doenças Infecciosas: Meningite Bacteriana [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Fev 5]. Disponível em: Meningite bacteriana (sns24.gov.pt)
11. Mbaeyi S, MD, Duffy J, A. McNamara L. Meningococcal Disease. CDC, editor. Epidemiologia e Prevenção de Doenças Imunopreveníveis [Internet]. 2021 Aug [cited 2022 Feb 9];14a. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/mening.html>
12. Mbaeyi SA. Meningococcal Vaccination: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, United States, 2020. MMWR Recommendations and Reports [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 27];69. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm?s_cid=rr6909a1_x#:~:text=ACIP%20recommends%20routine%20vaccination%20with
13. DGS. Doenças Infecciosas: Parotidite [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Jun 8]. Disponível em: [ww.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/papeira-ou-parotidite/](https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/papeira-ou-parotidite/)
14. Brenda L. Caxumba [Internet]. MSD, editor. Manual MSD. Versão para Profissionais de Saúde. 2022 [cited 2023 Jun 8]. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/miscel%C3%A2nea-de-infec%C3%A7%C3%B5es-virais-em-lactentes-e-crian%C3%A7as/caxumba?query=parotidite>
15. DGS. Doenças Infecciosas: Poliomielite [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Jun 8]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/poliomielite/>
16. Brenda L. Poliomielite [Internet]. MSD, editor. Manual MSD. Versão para Profissionais de Saúde. 2022 [cited 2023 Jun 8]. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/enterov%C3%ADrus/poliomielite?query=poliomielite>
17. DGS. Doenças Infecciosas: Rubéola [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Jun 8]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/rubeola/#o-que-e-a-rubeola>
18. Brenda L. Rubéola (Sarampo Alemão) [Internet]. MSD, editor. Manual MSD. Versão para Profissionais de Saúde. 2022 [cited 2023 Jun 8]. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/miscel%C3%A2nea-de-infec%C3%A7%C3%B5es-virais-em-lactentes-e-crian%C3%A7as/rub%C3%A9ola?query=rub%C3%A9ola>
19. DGS. Doenças Infecciosas: Tuberculose [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2022 [citado a 2023 Jun 8]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/micobact%C3%A9rias/tuberculose-tb?query=tuberculose>
20. Edward A. Tuberculose [Internet]. MSD, editor. Manual MSD. Versão para Profissionais de Saúde. 2022 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/micobact%C3%A9rias/tuberculose-tb?query=tuberculose>
21. DGS. Doenças Infecciosas: Varicela [Internet]. SNS24, editor. SNS24. 2023 [citado a 2023 Jun 8]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/varicela/>

S: Sessão sobre a importância da Vacinação: Projeto Bebê ao Colo

Tema	A importância da vacinação
Público-alvo	Utentes da UCC incluídos no Projeto "Bebê ao Colo"
Formadores	Estudante do 1º MESIP: Inês Azevedo nº 8083
Data, hora e local	x de Junho de 2023 às 10h na Associação Geronimo Usera
Duração	15 minutos
Metodologia	Expositiva
Recursos	Computador/ Ecrã/ Projetor
Objetivo geral	Promover a parentalidade positiva, incentivando a adesão à vacinação.

1

Etapas	Objetivos	Conteúdos
Planeamento	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão.	Apresentação da formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo
Desenvolvimento	Salientar a importância do cumprimento do PNV. Evidenciar no que consiste o PNV	Descrição dos benefícios da vacinação; Apresentação do PNV português atualizado.
Conclusão	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados;	Síntese da sessão.
Debate	Incentivar partilha de experiências e conhecimentos.	Esclarecimento de dúvidas.

2

ESS+

A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO

Estudante do 1º MESIP,
Enfermeira Inês Azevedo
nº 8083

3

OMS A **vacina** é um fragmento não perigoso para o organismo, minúsculo e enfraquecido, que tem na sua constituição um antígeno. Este ajuda o corpo a construir um anticorpo específico que tem a capacidade de derrotar a doença.

Através de uma injeção no músculo ou por via oral, tem como objetivo produzir uma resposta no nosso corpo que nos protege contra determinados agentes infecciosos.

A vacinação constitui uma das mais significativas descobertas da medicina, calculando-se que previna cerca de seis milhões de mortes por ano em todo o mundo

1- OMS (2020); 2- Nunes (2022); 3- Mendes (2020)

4

PNV
1965

Revela um impacto significativo na saúde dos portugueses, constatando-se a eliminação de várias doenças alvo, bem como o controlo das restantes para níveis muito baixos.

Este abrange todos os Portugueses e os estrangeiros residentes em Portugal, sendo que os vacinos incluídos no Plano Nacional de Vacinação são também fornecidas gratuitamente.

4- Diário da República, No 57 20 de Março de 2008. Despacho no 8378/2008 5- DSE (2002)

5

Em Portugal...

- ❖ O PNV em Portugal, contribuiu de forma significativa para a redução e erradicação de algumas doenças infecciosas.
- ❖ Está comprovado que as vacinas são responsáveis por salvar mais vidas e prevenir mais doenças do que os restantes tratamentos médicos, associando-se a rentabilidade

6- Diário da República, 1ª série — No 93 (2013) 7- Ordem dos Enfermeiros (2010)

6

Plano Nacional de Vacinação

NASCENÇA:

- ❖ 1ª dose da vacina contra a hepatite B (VHB)

2 MESES DE IDADE:

- ❖ vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB
 - 1ª dose contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa)
 - 1ª dose contra doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)
 - 1ª dose contra a poliomielite (VIP)
 - 2ª dose da vacina contra a hepatite B (VHB)
- ❖ 1ª dose da vacina conjugada contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos (Pn13)
- ❖ 1ª dose da vacina contra *Neisseria meningitidis* B (MenB 1)

8- SNS (2022)

7

Plano Nacional de Vacinação

4 MESES DE IDADE:

- ❖ 2ª dose de DTPa, Hib e VIP (vacina pentavalente DTPaHibVIP)
- ❖ 2ª dose de Pn13
- ❖ 2ª dose da vacina contra *Neisseria meningitidis* B (MenB 2)

6 MESES DE IDADE:

- ❖ 3ª dose de DTPa, Hib, VIP e VHB (vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB)

12 MESES DE IDADE:

- ❖ 3ª dose da Pn13
- ❖ 3ª dose da vacina contra *Neisseria meningitidis* B (MenB 3)
- ❖ vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C – MenC (dose única)
- ❖ 1ª dose da vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR)

8- SNS (2022)

8

Plano Nacional de Vacinação

18 MESES DE IDADE:

- ❖ vacina pentavalente DTPaHibVIP
 - 1º reforço de DTPa (4ª dose) e de VIP (4ª dose)
 - único reforço de Hib (4ª dose)

5 ANOS DE IDADE:

- ❖ 2º reforço (5ª dose) de DTPa e de VIP – vacina tetravalente DTPaVIP
- ❖ 2ª dose de VASPR

10 ANOS DE IDADE:

- ❖ Reforço da vacina contra o tétano e difteria (Td)
- ❖ 2 doses da vacina (com intervalos de 6 meses) contra infeções pelo vírus do Papiloma humano de 9 genótipos (HPV9)

8- SNS (2022)

9

Plano Nacional de Vacinação

DURANTE TODA A VIDA:

- ❖ Reforços das vacinas contra o tétano e difteria (Td) em doses reduzidas aos 25, 45, 65 anos de idade e, posteriormente, de 10 em 10 anos;

CRÁVIDAS

- ❖ em cada gravidez, dose única da vacina contra tétano, difteria e tosse convulsa (Tdpa), em doses reduzidas

GRUPOS DE RISCO ACRESCIDO:

- ❖ vacina contra a tuberculose (BCG)
- ❖ vacina contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 23 serótipos (Pneumo23)
- ❖ vacina contra doença invasiva por *Neisseria meningitidis* dos grupos ACWY
- ❖ vacina contra hepatite A, quando expressamente referidas e recomendadas

8- SNS (2022)

10

Plano Nacional de Vacinação

DURANTE TODA A VIDA:

- ❖ Os adultos não vacinados ou com atraso na dose de reforço contra o tétano devem fazer esta vacina em qualquer idade.
- ❖ As pessoas que não tenham registo vacinal de determinada vacina, são consideradas não vacinadas.

8- SNS (2022)

11

Obrigada

12

T: Sessão realizada na comunidade com o tema “Fases do desenvolvimento Infantojuvenil: Que Desafios? Parentalidade Positiva”

Tema	Parentalidade Positiva: Desafios
Público-alvo	Mães que frequentam o Centro Paroquial do Estoril
Formadores	Estudante do 1º MESIP: Inês Azevedo nº 8083
Data, hora e local	21 de Junho de 2023 às 10h na Ludoteca de Alcoitão
Duração	15 minutos
Metodologia	Expositiva
Recursos	Computador/ Ecrã/ Projetor
Objetivo geral	Promover a parentalidade positiva

1

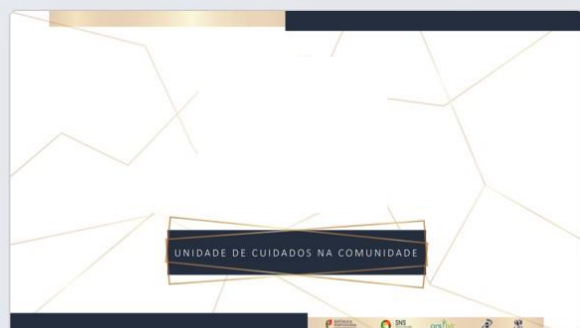
★

Etapas	Objetivos	Conteúdos
Planeamento	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão.	Apresentação da formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo
Desenvolvimento	Salientar os principais conceitos de parentalidade. Evidenciar no que consiste a parentalidade positiva ao longo do desenvolvimento da criança	Descrição dos estádios de desenvolvimento da criança e adaptação da parentalidade positiva aos mesmos.
Conclusão	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados;	Síntese da sessão.
Debate	Incentivar partilha de experiências e conhecimentos.	Esclarecimento de dúvidas.

2



3



4

PRINCIPAIS CONCEITOS¹

- ✓ **Cuidador:** Um adulto responsável pelos cuidados diários e apoio a uma criança. Os principais prestadores de cuidados incluem pais, famílias e outras pessoas que são diretamente responsáveis pela criança em casa.
- ✓ **Desenvolvimento infantil precoce:** Desenvolvimento cognitivo, físico, linguístico, linguagem, motor, social e emocional dos 0-8 anos de idade.
- ✓ **Intervenções parentais:** Um conjunto de atividades ou serviços destinados a melhorar a forma como os pais e cuidadores e executam o seu papel de pais ou cuidadores, especificamente os seus conhecimentos parentais, atitudes, competências, comportamentos e práticas parentais.
- ✓ **Parentalidade severa:** Reação excessiva, hostil, autoritária, e abusiva.
- ✓ **Parentalidade negativa:** Comportamentos parentais que são prejudiciais (incluindo maus-tratos e maus tratos e educação severa), ineficazes para a gestão do comportamento ou refletem uma má relação entre pais e filhos. (Ex: superproteção dos pais, a monitorização, laxismo, parentalidade hostil e violência emocional).
- ✓ **Parentalidade Positiva:** comportamento parental que assenta no princípio da defesa do superior interesse da criança e da promoção do seu desenvolvimento equilibrado. Procura assegurar a satisfação das suas necessidades e a capacitação da criança, de uma forma não violenta, recorrendo pelo contrário, à fixação de limites do seu comportamento, salvaguardando-a das situações de perigo.



5

DESENVOLVIMENTO INFANTO-JUVENIL²

CADA CRIANÇA, É UMA CRIANÇA

- ✓ **2 MESES** – Acompanha os movimentos das pessoas que estão próximas; Segura a cabeça quando deitado de bruços; Reage à voz humana e dá muita atenção ao rosto das pessoas
- ✓ **3 MESES** – Mantém peçoço direito por alguns instantes – Leva os objetos à boca; Tem dificuldade em engolir toda a saliva que produz; Desenvolve o sorriso social
- ✓ **4 MESES** – Ergue o tronco e a cabeça quando deitado de bruços, apoiando-se nas mãos; Vira-se de costas; Responde socialmente a todas as pessoas
- ✓ **5 MESES** – Segura a cabeça quando é puxado para se sentar; Aguenta-se em pé por alguns instantes; Balbucia novos sons.
- ✓ **6 MESES** – Começa a sentar-se sem apoio; Brinca com os pés; Usa polegar para agarrar objetos; Podem surgir os primeiros dentes; A capacidade de visão é total.



6

DESENVOLVIMENTO INFANTO-JUVENIL²

CADA CRIANÇA, É UMA CRIANÇA

- ✓ **7 MESES** – Apresenta cada vez uma maior mobilidade; Coloca o pé na boca quando deitado de costas; Passa os objetos de uma mão para outra; Bate palmas; Começam a mostrar um grande apego às pessoas do seu ambiente
- ✓ **9 MESES** – Gatinha e consegue ficar de pé apoiando-se nos móveis; Senta-se sozinho, mostrando controlo da cabeça e tronco; Surgem novos dentes
- ✓ **10 MESES** – Dá os primeiros passos apoiado; Grande avanço na coordenação motora; Segura os objetos com a ponta dos dedos;
- ✓ **11 MESES** – Usa corretamente alguns vocábulos; Começa a dar os primeiros passos sozinho;
- ✓ **12 MESES** – Dá os primeiros passos sozinho; A coordenação motora está mais evoluída; Consegue sentar-se a partir da posição de pé; A linguagem desenvolve-se;
- ✓ **15 MESES** – Impeto de autonomia/independência, exploração do ambiente que rodeia a criança; DEVEMOS: Escolher os temas realmente importantes para o conflito – Impor limites; Fase do “Bater e morder”; maior labilidade emocional, necessitando muito do adulto;
- ✓ **18 MESES** – Testar limites, testar tolerância;
- ✓ **24 MESES** – Mantém-se as alterações bruscas de humor com a irritação/frustração contrariada; Importância de considerar as características individuais da criança



7

NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA³:

A criança é o foco da atenção, com direitos, características positivas e potencialidades a desenvolver.

É IMPORTANTE:

- ✓ **A necessidade dos pais conhecerem e promoverem o desenvolvimento do seu filho**
- ✓ **Interação pais-criança positiva** : melhorar a adaptação entre pais e crianças e promover a sensibilidade ao choro e às solicitações da mesma. Responder com Afeto
- ✓ **Segurança e saúde da criança:** compreender/ responder positivamente às necessidades físicas e emocionais da criança (sono, na alimentação, atenção e brincar). Incentivar a sua presença em consultas regulares e ao cumprimento do calendário vacinal.
- ✓ **Cuidados seguros e adequados** (manutenção de ambiente seguro em casa e proteção da criança dos perigos).
- ✓ **Disciplina positiva** : Para a confiança e autoestima da criança, é fundamental uma disciplina adequada, com estratégias de disciplina positivas anulando as restrições e punições.
- ✓ **Construção de capital social:** Capacidade dos pais para desenvolverem relações sociais positivas com outros membros locais e da comunidade. (Família, colegas, vizinhos, outros pais e a otimização no uso de recursos comunitários).



8

INTERVENÇÕES PARENTAIS PARA PAIS / CUIDADORES DE CRIANÇAS 0-3 ANOS: A NÍVEL MUNDIAL¹

- ✓ As crianças de 0-3 anos são particularmente mais vulneráveis aos maus-tratos e a uma parentalidade severa.
- ✓ As intervenções parentais relativamente a estas idades, são baseadas na **estimulação e nas competências parentais não violentas**. Estas competências, recentemente aprendidas, durante esta janela de oportunidade, são suscetíveis de **potenciar comportamentos parentais positivos para crianças mais velhas**.
- ✓ As intervenções com pais e prestadores de cuidados de crianças dos 0 aos 3 anos têm o objetivo melhorar o desenvolvimento cognitivo, linguístico, socio-emocional e motor das crianças, assim como a **linguagem, cuidados responsivos e oportunidades de aprendizagem precoce**.
- ✓ Através de atividades lúdicas, comunicação eficaz, elogio ou reforço positivo carinhoso e disciplina adequada, é possível aumentar a sensibilidade e a capacidade de reação do prestador de cuidados às necessidades da criança e promovendo interações positivas entre ambos, assim como melhora a saúde mental dos pais.



9

INTERVENÇÕES PARENTAIS PARA PAIS / CUIDADORES DE CRIANÇAS 2-10 ANOS: A NÍVEL MUNDIAL¹

- ✓ Existe uma **janela de oportunidade fundamental** para a prevenção dos comportamentos de risco dos adolescentes entre as crianças dos 2-10 anos.
- ✓ Estas intervenções são eficazes na redução dos maus-tratos infantis e da parentalidade severa; **Melhora a parentalidade positiva a longo prazo, reduz o stress e melhora a saúde mental dos pais**. Diminui comportamentos de internalização da criança, pelo menos a curto prazo.
- ✓ A teoria da aprendizagem social, que combina abordagens parentais positivas e alternativas ao castigo severo, é a abordagem mais comum e mais adequada para este grupo etário, quando os pais são desafiados por mais interações disciplinares e baseadas em conflitos com os seus filhos, em comparação com a infância.



10

INTERVENÇÕES PARENTAIS PARA PAIS / CUIDADORES DE CRIANÇAS ADOLESCENTES: A NÍVEL MUNDIAL¹

- ✓ A adolescência é uma idade caracterizada por um aumento conflito entre pais e adolescentes, por vezes associado a uma tomada de decisão mais autónoma e a comportamentos de risco.
- ✓ É um período de desenvolvimento marcado tanto pelo aumento da autonomia como pela diminuição da influência dos pais, uma vez que as crianças começam a passar mais tempo de forma independente com os seus pares. Como tal, a expressão da exigência e da capacidade de resposta muda à medida que as crianças entram na adolescência.
- ✓ No que respeita à exigência, a utilização pelos pais da estrutura e do estabelecimento de limites continua a ser importante. No que diz respeito à capacidade de resposta, uma atitude parental que se adapte à necessidade de maior autonomia do adolescente pode promover o desenvolvimento bem sucedido da independência, melhorar a comunicação entre pais e filhos e apoiar a aprendizagem e o desenvolvimento de uma alimentação saudável por parte dos adolescentes.
- ✓ Além disso, o controlo parental torna-se cada vez mais importante. Alguns debates centram-se na relação entre a monitorização e a consequente adoção efetiva de normas sociais e expectativas sociais pelos adolescentes.



11

“Pais felizes, Crianças felizes”

PARENTALIDADE POSITIVA^{1,2}

- ✓ Previne os maus tratos infantis
- ✓ Aumenta a autoestima da criança
- ✓ Facilita o seu desenvolvimento
- ✓ Fortalece laços



12

OBRIGADA!



13

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - OMS. WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years. OMS, editor; 2022.¹
- 2 - Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em saúde da criança e do jovem. Lisboa: Lidet; 2020.
- 3 - Dixe M. Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. 2010 Jul [cited 2022 May 30]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/262429135_Parentalidade_Positiva_e_Enfermagem_Revisao_Sistemática_da_literatura



14

Apêndice U: Questionário: “Intervenção do Enfermeiro de Internamento Pediátrico em situações de maus-tratos infantis”

Caro(a) colega,

No âmbito do Mestrado Em Saúde Infantil Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, solicito a vossa colaboração para responder às questões que se seguem, sobre a temática: Intervenção em situações de “MAUS-TRATOS INFANTIS”. Este questionário tem como objetivo compreender as necessidades formativas relativamente a esta temática. Para todas as respostas dadas será garantido o anonimato e a sua utilização é única e exclusivamente para o âmbito da minha atividade formativa.

1. Categoria Profissional:

Enfermeiro Generalista

Enfermeiro Especialista

2. Anos de experiência profissional:

Menos de 2 anos:

Entre 2 e 5 anos

Mais de 5 anos

3. Já fez formação sobre os Maus-Tratos Infantis?

Sim

Não

4. Numa escala de 1 a 4 (1- Nenhuma; 2- Pouca; 3- Regular; 4- Muito)

4.1 - Como considera a sua capacidade de identificação de sinais e sintomas de Maus-Tratos Infantis?

1	2	3	4
---	---	---	---

4.2 - Como avalia a sua capacidade de comunicação para comunicar com a Criança/ Jovem/ Família, nas situações e/ou suspeitas de maus-tratos infantis?

1	2	3	4
---	---	---	---

4.3 - Como considera o seu conhecimento para notificar situações de suspeitas de maus-tratos infantis?

1	2	3	4
---	---	---	---

4.4 - Considera importante para a sua prática profissional frequentar uma formação nesta área?

Sim

Não

4.5- Considera necessário existir na sua instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais sobre este tema, nomeadamente sobre a Carta de Parentalidade?

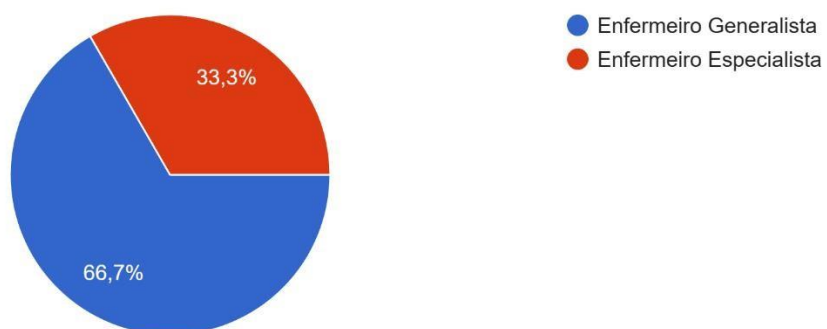
Sim

Não

**Apêndice V: Resultados do Questionário da EE de Internamento Pediátrico sobre:
“Intervenção do Enfermeiro em situações de maus-tratos infantis”**

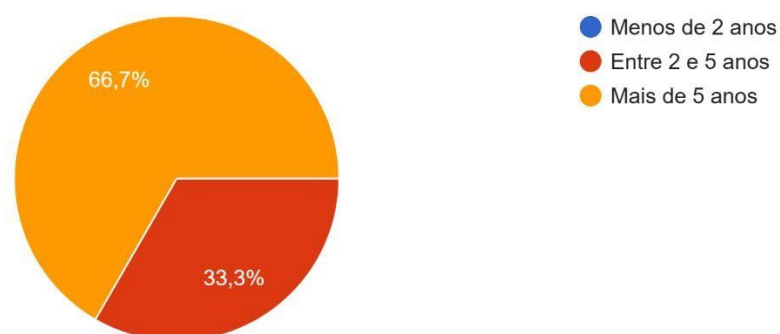
Categoria Profissional:

9 respostas



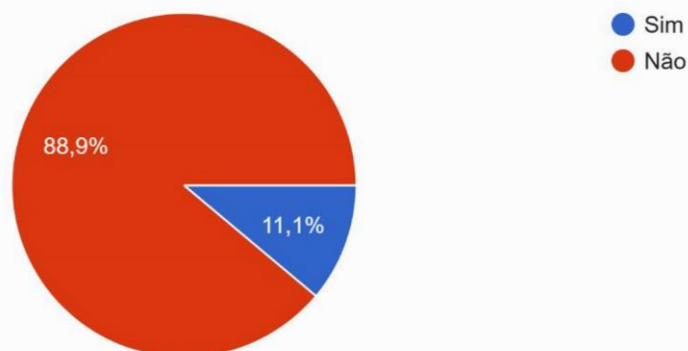
Anos de experiência profissional:

9 respostas



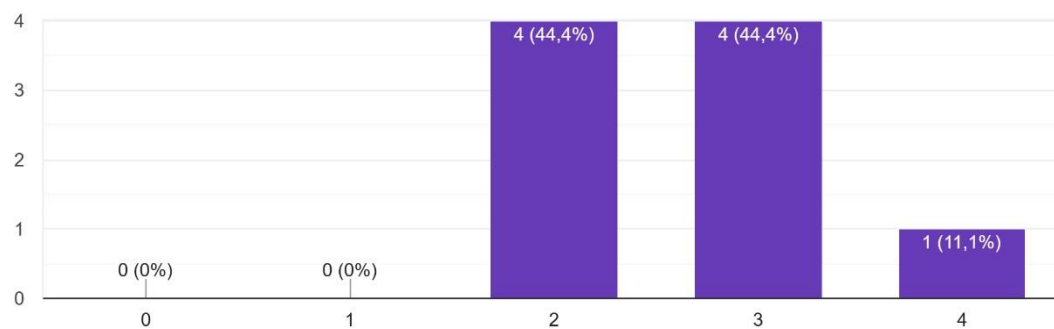
Já fez formação sobre os Maus-Tratos Infantis?

9 respostas



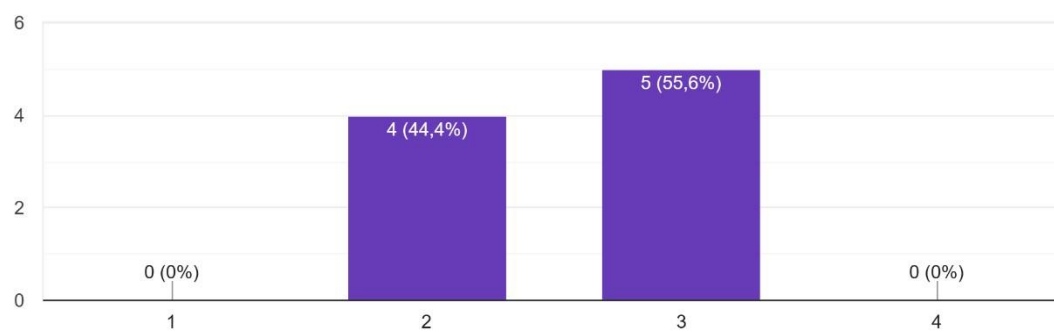
Numa escala de 1 a 4 (1- Nenhuma; 2- Pouca; 3- Regular; 4- Muito): Como considera a sua capacidade de identificação de sinais e sintomas de Maus-Tratos Infantis?

9 respostas



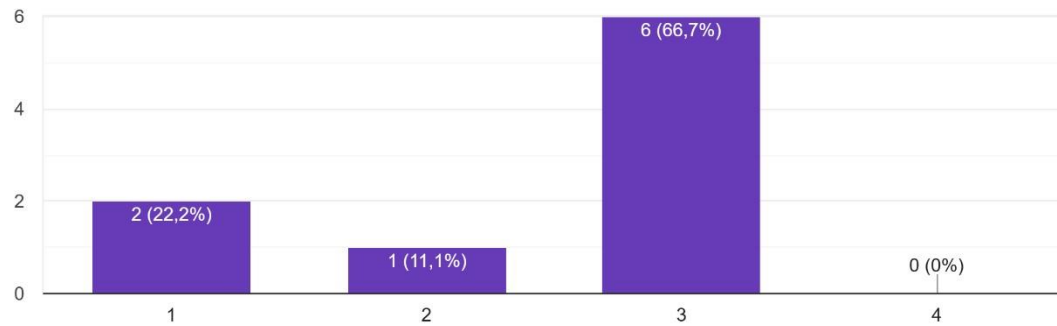
Numa escala de 1 a 4 (1- Nenhuma; 2- Pouca; 3- Regular; 4- Muito): Como avalia a sua capacidade de comunicação para comunicar com a Criança/ Jov...tuações e/ou suspeitas de maus tratos infantis?

9 respostas



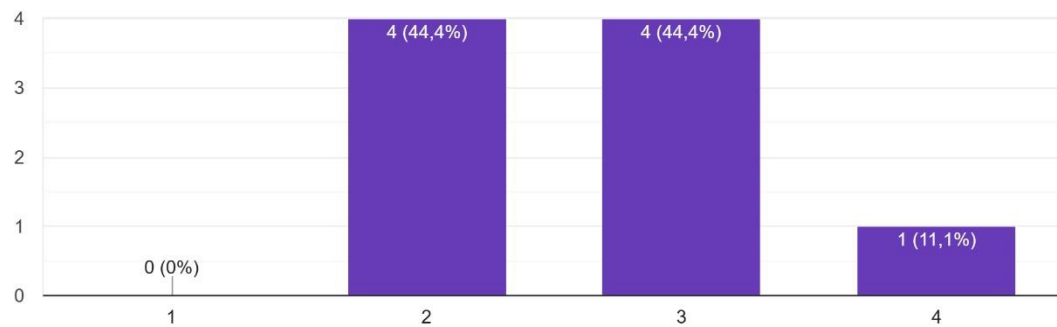
Numa escala de 1 a 4 (1- Nenhuma; 2- Pouca; 3- Regular; 4- Muito): Como considera o seu conhecimento para notificar situações de suspeitas de maus-tratos infantis?

9 respostas



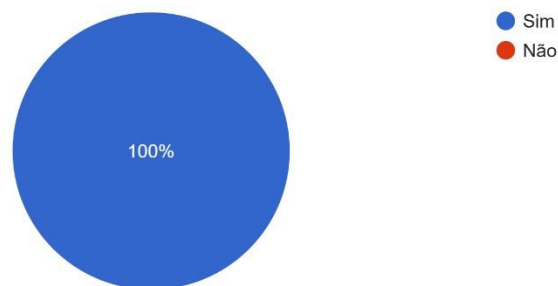
Numa escala de 1 a 4 (1- Nenhuma; 2- Pouca; 3- Regular; 4- Muito): Como considera a sua capacidade de identificação de sinais e sintomas de Maus-Tratos Infantis?

9 respostas



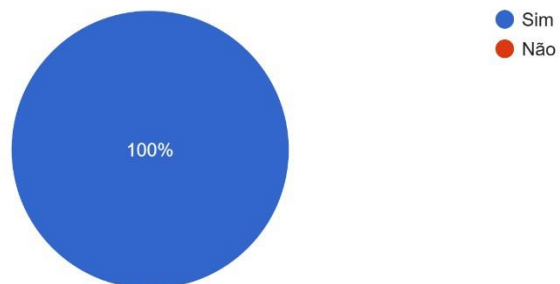
Considera importante para a sua prática profissional frequentar uma formação nesta aera ?

9 respostas



Considera necessário existir na sua instituição, mais documentos orientadores dirigidos aos profissionais sobre este tema, nomeadamente sobre a Carta de Parentalidade ?

9 respostas



Apêndice X: Póster “Parentalidade Positiva”

“Pais felizes, Crianças felizes”

PARENTALIDADE POSITIVA^{1,2}

- ✓ Previne os maus tratos infantis
- ✓ Aumenta a autoestima da criança
- ✓ Facilita o seu desenvolvimento
- ✓ Fortalece laços



Respeito mútuo entre pais e filhos.

Opte por conversar em vez de castigar!

Elogie o seu filho, em especial após comportamentos positivos!

Imponha limites: Diminua número de ordens, dê uma de cada vez. Espere o resultado!

Compartilhe tarefas e brinque com ele!

Ensine pelo exemplo e seja firme nas decisões que toma!

O seu filho é único, Evite comparações

Escuta Ativa: Oiça com atenção e compreenda sem julgar ou criticar.

Conte e partilhe **histórias** com o seu filho!

1 - OMS. WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years. OMS, editor. 2022.
2 - Ramos AL, Barberi-Figueiredo MC. Enfermagem em saúde da criança e do jovem. Lisboa: Lidel, 2020.

Apêndice Z: Resultados do Questionário de Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão “Maus-Tratos Infantis, detetar e encaminhar”

1- Como classifica a **pertinência/ utilidade** do instrumento elaborado para a sua prática profissional?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

2- Como classifica a **qualidade científica** do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

3- Como classifica a qualidade da **estrutura e organização** do instrumento elaborado?

1	2	3	4 5%	5 95%
---	---	---	---------	----------

4- Como avalia o aspeto gráfico (formato, cores, figuras) do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

5- Como avalia a sua **satisfação** com instrumento elaborado?

1	2	3	4	5 100%
---	---	---	---	-----------

VII – ANEXOS

ANEXO 1: Satisfação dos Profissionais relativamente à sessão de formação realizada

Com o objetivo de avaliar a satisfação dos profissionais e melhorar a elaboração futura deste tipo de instrumentos, solicito a sua colaboração respondendo às questões que se seguem. Será garantido o total anonimato e os resultados obtidos serão apenas utilizados para o momento académico ao qual se destina.

Utilizando uma escala de 1 a 5 (1- Insuficiente/ 2- Satisfaz/ 3- Bom/ 4- Muito bom /5- Excelente), identifique a que melhor traduz a sua opinião:

1- Como classifica a **pertinência/ utilidade** do instrumento elaborado para a sua prática profissional?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2- Como classifica a **qualidade científica** do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3- Como classifica a qualidade da **estrutura e organização** do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4- Como avalia o aspeto gráfico (formato, cores, figuras) do instrumento elaborado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5- Como avalia a sua **satisfação** com instrumento elaborado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

ANEXO 2: Protocolo: Promover a Vinculação – Neonatologia

1. Designação

Protocolo – Promover a Vinculação

2. Padrão JCI

Cuidados ao Doente (COP)

COP.1. Políticas e procedimentos que orientam a uniformização dos cuidados a todos os pacientes.

COP.2. Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado a cada doente.

3. Objetivos

- Reconhecer sinais de vinculação
- Identificar fatores de risco que comprometam a relação de vinculação
- Aplicar intervenções de enfermagem promotoras de uma vinculação eficaz
- Documentar a vinculação no processo de enfermagem

Aplicação/ Destinatários

Equipa da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Neonatologia.

4. Descrição

Promover – Assitir: ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa (CIPE,2015)

Vinculação - Parentalidade: ligação entre criança e a mãe e/ou pai; formação de laços afetivos (CIPE, 2015)

A vinculação é crucial ao desenvolvimento da vida de um indivíduo, segundo a Teoria da Vinculação desenvolvida por Bowlby, os seres humanos apresentam um conjunto de comportamentos que resultam na aquisição e manutenção de um relacionamento afetivo, com um prestador de cuidados, de modo a promover a saúde mental, bem-estar e segurança. A vinculação do RN à pessoa que o cuida é a base de todas as relações posteriores que desenvolverá com outros. (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011)

A vinculação dos pais ao filho inicia-se ainda no período pré-natal com o desejo da gravidez e consequente organização de um bebé imaginário, ultrapassando diferentes fases de acordo com a

evolução da mesma. Após esta fase, e com a possibilidade de ouvir os batimentos cardíacos fetais, os pais concretizam uma dimensão de vida. O terceiro momento é o da visualização da primeira ecografia dando acesso à “imagem real” do bebé. Por fim, o sentir dos movimentos fetais proporciona aos pais a ideia da individualidade do feto. (Baber, 2015)

Portanto, o planeamento e aceitação da gravidez, a consciencialização dos movimentos do feto, a perceção do feto com uma pessoa separada, a vivência do trabalho de parto e nascimento, bem como ver o RN, tocá-lo e cuidar dele, promove a aceitação do mesmo com uma pessoa individual na família, constituem factos importantes para o vínculo da tríade mãe-pai-RN. (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011)

Os processos de vinculação materna e paterna manifestam-se de formas distintas. A vinculação materna assenta na reciprocidade, processo pelo qual, quando a mãe responde ao bebé, este responde à mãe num ciclo de comportamentos de atenção-desatenção, que deverá ser respeitado evitando o excesso estimulação do bebé, promovendo o desenvolvimento infantil. Por sua vez a vinculação paterna manifesta-se por fascinação, preocupação e interesse no RN. (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011)

Quando o RN nasce prematuro e é internado, ocorre uma disrupção no processo de vinculação da tríade que inevitavelmente prejudica a ligação da família com o RN. Para além disso, o nascimento de um RNPT é uma situação geradora de stress num momento em que o casal está a organizar-se para a transição para a parentalidade e sentimentos, como impotência e incapacidade, podem ser agravados pelas barreiras físicas (por exemplo incubadora e aparelhos de monitorização) colocadas no contacto com o RN. Com o internamento de um filho prematuro os pais ficam numa situação vulnerável, forçados a enfrentar um internamento com características que desconhecem, facilmente invadidos por sentimentos como culpa, fracasso inadaptação, medo, ansiedade, raiva e culpa, que comprometem o processo de vinculação com o RNPT. (Medina, et al., 2018).

Os pais que têm filhos prematuros necessitam de manter o equilíbrio entre dois sentimentos opostos, a dor e a ligação ao RN. Para conseguirem lidar com estes sentimentos carecem, através da consciencialização da imaturidade do filho, de se apoderar de conhecimento das necessidades fisiológicas e de comportamento do RNPT, ao mesmo tempo que devem aprender a reconhecer os sinais subtis que conduzem ao desenvolvimento de competências que lhe permitam saber que respostas podem esperar do filho e os cuidados específicos que um RNPT necessita. (Hoffenkamp, 2012).

Fatores de risco que comprometem a vinculação:

- Antecedentes familiares (Psiquiátricos e obstétricos)
- Gravidez não planeada e/ou não desejada

- Gravidez de alto risco
- Complicações maternas no pós-parto
- Separação do casal antes ou pouco tempo depois do parto
- Morte de figura de referência durante a gravidez
- Separação do recém-nascido e da mãe no pós-parto
- Recém-nascido (até 28 dias) internado
- Recém-nascidos prematuros
- Recém-nascidos com malformações
- Recém-nascido com doenças genéticas
- Recém-nascidos com doenças crônicas
- Pais/cuidadores não estejam presentes durante o internamento
- Pais/cuidadores apresentem comportamentos de vinculação do tipo Insegura

5. Procedimento

Promover a Interação entre pais/cuidadores e o recém-nascido

O contacto precoce entre os pais e o RN é crucial para o início do relacionamento promovendo o processo de vinculação. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no processo de apego e vinculação, sobretudo na promoção e incentivando à interação precoce entre os pais e o seu filho. Este contacto precoce é de extrema importância, determinante no construto da imagem mental que os pais têm do seu filho, que irá facilitar o início da vinculação (PhumaNgaiyaye, 2006).

Deste modo, são sugestões para prática de enfermagem:

- Promover a visita do pai na primeira hora de vida, sempre que possível;
- Incentivar o pai a tirar fotografias do RN e posteriormente mostrá-las à mãe;
- Se o RN não tiver a visita do pai na primeira hora de vida, tirar fotografia do RN e mostrá-la à mãe;
- Acolher e informar os pais sobre o estado do RN, ambiente envolvente e equipamentos na unidade, na primeira visita ao RN internado antes de terem contacto com o filho;
- Incentivar os pais a acariciar o RN e confortá-lo;
- Pedir aos pais para colocarem uma fralda de pano junto ao pescoço e trazê-las para utilizar no posicionamento e contenção do RN.

Proximidade Física

Os enfermeiros podem desenvolver intervenções precoces para ajudar os pais a transitarem para a parentalidade avaliando as necessidades dos pais (Lindberg, Axelsson, & Öhrling, 2008). O contacto precoce protege e estimula a vinculação (Francis & Pugsley, 2018)

(Francis & Pugsley, 2018). Neste sentido, os enfermeiros têm um papel crucial em apoiar a proximidade e o vínculo precoce (Mäkelä, Axelin, Feeley, & Niela-Vilén, 2018) (Fleck, 2016) (Özdemir & Alemdar, 2017)

O cuidado individualizado e centrado na família facilita a proximidade entre os pais, o RN e a equipa de enfermagem (Skelton, Dahlen, Psaila, & Schmied, 2019). É crucial estabelecer um contato/vínculo entre o RN e ambos os pais nas primeiras horas de vida (Sponsler, Weatherspoon, Weatherspoon, & Campbell, 2015) (Kurt, Kucukoglu, Ozdemir, & Ozcan, 2020)

O toque desempenhou um papel fundamental nas experiências dos pais e apresenta uma progressão sequencial, começando a interação pelas extremidades e estendendo-se ao restante corpo (Mäkelä, Axelin, Feeley, & Niela-Vilén, 2018) (Kim, Kim, & Cho, 2016) (Skelton, Dahlen, Psaila, & Schmied, 2019) (Valizadeh, Ajoodaniyan, Namnabati, Zamanzadeh, & Layegh, 2013) (Potgieter & Adams, 2019).

O método canguru consiste no contacto pele-a-pele entre o RN e um dos pais/ cuidadores; traz inúmeros benefícios para o RN a nível da estabilidade hemodinâmica e contribui para o relaxamento do RN. Através deste método, reduz-se a possibilidade de os pais expressarem sentimentos de impotência e separação, e é favorecido o desenvolvimento do vínculo afectivo entre os pais/ cuidadores e o RN, concedendo uma maior confiança e competência dos pais, no cuidado ao seu filho. (Kearvell, 2010)

Amamentação

Com o nascimento de um RN pré-termo, o processo de amamentação torna-se uma experiência bastante diferente da idealizada pela mãe ainda durante a gravidez. A maioria das vezes, este torna-se um processo complexo, intimamente relacionado com o processo de realização materna que modifica a transição para a parentalidade da tríade (Flacking, 2006). Neste sentido, é de extrema importância a qualidade dos laços sociais que se desenvolvem entre o RN e os pais.

Os enfermeiros através do apoio e disponibilidade para transmissão de informação, desempenham um papel decisivo na transição para a parentalidade e a adaptação da mãe à amamentação (Hasselberg, 2016).

Assim, estes profissionais devem:

- Promover a extração de colostro na primeira hora de vida do RN, sempre que seja possível;
- Promover a extração manual e/ou mecânica de leite materno periodicamente;
- Incentivar a mãe a observar fotos/vídeos do RN durante a extração de leite;

- Promover a adaptação à mama o mais precoce possível, tendo em consideração o desenvolvimento e as competências oromotoras do RN;
- Privilegiar a adaptação à mama como a primeira estimulação oral;

Participação dos pais nos cuidados de rotina ao RN

A participação dos pais nos cuidados ao RN promove o decréscimo de sentimentos como a angústia, separação e culpa. Os enfermeiros desempenham um papel facilitador na promoção do vínculo através da instigação aos pais de contato com o filho, fortalecendo a confiança dos mesmos ao envolvê-los na prestação de cuidados ao RN (Altimier, 2016).

Os enfermeiros devem adotar como medidas:

- Estabelecer com os pais um momento benéfico ao RN para que estes estejam presentes e envolvidos na prestação de cuidados;
- Após alta hospitalar da mãe, promover um contacto telefónico prévio aos cuidados de forma a incentivar a presença dos mesmos na unidade;
- Incentivar a permanência dos pais junto do RN o máximo tempo possível;
- Incentivar os pais a tocarem no RN quando se encontram presentes na unidade;
- Priorizar os pais nos cuidados ao RN
- Envolver os pais nos cuidados de higiene e conforto precocemente;
- Incentivar os pais na participação na estimulação oral do RN.

Interação Pais-Enfermeiro – Apoio psicológico e comunicação

A comunicação entre os enfermeiros e os pais é fundamental para o sucesso da vinculação, bem como o apoio psicológico, capacitação e reforço positivo na prestação de cuidados. Os pais de RNPT vivenciam um processo em que deixam de ser espectadores do percurso do seu filho, para se tornarem cuidadores independentes, através do ensino e treino, apoiado pelos enfermeiros (Kearvell, 2010). Destarte, os enfermeiros devem aproveitar todas as oportunidades que surjam durante a evolução do RN para encorajar, educar e capacitar os pais a participarem nos cuidados ao RN, envolvendo todos os fatores que possam influenciar positivamente o processo do vínculo (Phuma-Ngaiyaye, 2006).

É essencial que, os profissionais, colaborem de forma a:

- Apoiar a família de forma acolhedora e respeitadora das suas decisões;
- Ouvir e incentivar a expressão de sentimentos e preocupações dos pais;
- Incentivar os pais a personalizar a unidade do RN de forma a individualizá-la;

- Promover a privacidade da família (Por exemplo: fechar cortinados, encerrar parcialmente a porta dos quartos do RN quando estão em canguru);
- Promover a visita dos irmãos e familiares mais próximos, segundo as normas do serviço;
- Promover a participação dos pais nas Oficinas do Cuidar;
- Fornecer apoio psicológico e estabelecer contacto com a psicóloga do serviço.

Registos Enfermagem

1. Promover Vinculação – Registrar as atividades promovidas ao longo do turno. Esta intervenção deve ser aberta no momento da admissão e apenas deve ser encerrada no momento da alta.
2. Promover envolvimento da Família - Registrar a articulação/promoção do envolvimento dos pais/cuidadores nos cuidados
3. Supervisionar Papel Parental - Descrever os comportamentos dos pais/cuidadores durante o turno, conforme os comportamentos dos Padrões de Vinculação (descritos no quadro seguinte).

Tipos de Vinculação	Comportamento do Cuidador
Vinculação Segura	O cuidador responde às necessidades da criança de forma calorosa e sensível. Está disponível física e emocionalmente e tem prazer na interação com o bebé.
Vinculação Insegura Evitante	O cuidador responde às necessidades do bebé de modo inconsistente ou imprevisível.
Vinculação Ambivalente Insegura	O cuidador tende a ser indisponível, não responde às necessidades ou rejeita-as.
Vinculação Desorganizada Insegura	O cuidador apresenta um comportamento abusivo ou negligente. As respostas podem ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas.

Referências Bibliográficas

- Altimier, L. &. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and infant nursing reviews*, 230-244.
- Baber, K. (2015). *Promoting Maternal-Newborn Bonding During the Postpartum Period*. Lynchburg: Honors Program of Liberty University.

- Flacking, R. E. (2006). Trustful bonds: a key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social science & medicine*, 70-80.
- Fleck, P. (2016). Connecting Mothers and Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. doi:10.1053/j.nainr.2016.03.007
- Francis, K., & Pugsley, L. (2018). Care Through the Newborn’s Eyes. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 80-90.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2011). Psicologia. Em *O Desenvolvimento Social* (pp. 785-848). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hasselberg, M. H. (2016). Breastfeeding preterm infants at a neonatal care unit in rural Tanzania. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 825-835.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2016). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Lisboa: Lusociência.
- Hoffenkamp, H. N. (2012). The impact of premature childbirth on parental bonding. *Evolutionary Psychology*, 543-561.
- Kearvell, H. &. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 75-82.
- Kim, A., Kim, S., & Cho, H. (2016). Effects of tactile stimulation by fathers on physiological responses and paternal attachment in infants in the NICU A pilot study. *Journal of Child Health Care*. doi:10.1177/1367493516666729
- Kurt, F., Kucukoglu, S., Ozdemir, A., & Ozcan, Z. (2020). The Effect of Kangaroo Care on Maternal Attachment in Preterm Infants. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 26-32.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhring, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring*, 79-85.
- Mäkelä, H., Axelin, A., Feeley, N., & Niela-Vilén, H. (2018). Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. *Midwifery*, 183-188.
- Medina, I. M., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Ávila, M. C., & Rodríguez, M. D. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: experiences of extremely preterm infants’ mothers. *Women and Birth*, 325-330.
- Özdemir, F., & Alemdar, D. (2017). Supporting of the Fathers to Visit Their Infants in Neonatal Intensive Care Unit Decreases Their Stress Level A Pretest-Posttest Quasi-Experimental Study. *Community Mental Health Journal*, 490-495. doi:10.1007/s10597-016-0066-7
- Phuma-Ngaiyaye, E. &. (2006). Supporting mothers to bond with their newborn babies: strategies used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in Malawi. *International Journal of Nursing Sciences*, 362-366.
- Potgieter, K., & Adams, F. (2019). The influence of mother-infant skin-to-skin contact on bonding and touch. *South African Journal of Occupational Therapy*, 11-17. doi:10.17159/2310-3833/2019/vol49n2a3

- Skelton, H., Dahlen, H., Psaila, K., & Schmied, V. (2019). Facilitating closeness between babies with congenital abnormalities and their parents in the NICU A qualitative study of neonatal nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 2979–2989. doi:10.1111/jocn.14894
- Sponsler, W., Weatherspoon, C., Weatherspoon, D., & Campbell, D. (2015). Fear of Fatherhood. *International Journal of Childbirth Education*, 33-37.
- Valizadeh, L., Ajoodaniyan, N., Namnabati, M., Zamanzadeh, V., & Layegh, V. (2013). Nurses' viewpoint about the impact of Kangaroo Mother Care on the mother-infant attachment. *Journal os Neonatal Nursing*, 38-43.

ANEXO 3: Protocolo: Oficinas do Cuidar

DESIGNAÇÃO Procedimento: Oficinas do Cuidar PADRÃO JCI

Cuidados ao Doente (COP)

COP.1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes.

COP.2 Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada doente.

OBJETIVOS

. Uniformizar os procedimentos relativos à realização das Oficinas do Cuidar, na unidade de Neonatologia

APLICAÇÃO/DESTINATÁRIOS

. Equipe da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Neonatologia.

DEFINIÇÕES

A doença e hospitalização são acontecimentos inesperados que, segundo a OE (2015), podem causar dor e sofrimento às famílias e dificultar a sua adaptação à parentalidade, uma das transições mais importantes e significativas do ser humano.

A enfermagem pediátrica, particularmente sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados, foca a sua essência no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, o que requer uma interação integral com a família/pessoa significativa (Mendes & Martins, 2012).

A participação dos pais no processo de cuidados assume-se complexa e desafiante para os profissionais, exigindo que desenvolvam competências e capacidades que facilitem a relação, comunicação e a colaboração da criança/família no cuidar. Elencando a singularidade de cada família, os Cuidados Centrados na Família objetivam a maximização da utilização de todos os momentos de contacto para a otimização e promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança (Hockenberry & Wilson, 2015).

A “Oficina do Cuidar”, projeto implementado na Neonatologia desde 2012, pretende assim contribuir para a capacitação e autonomia dos pais/cuidadores, promovendo igualmente a otimização da saúde e da parentalidade, através de uma comunicação efetiva. As sessões são calendarizadas anualmente, com periodicidade semanal, e têm como temas: Alimentação, Amamentação, Higiene e Conforto, Promoção do Desenvolvimento, Sono e Vigilância de Saúde.

A implementação deste projeto integra os valores da instituição, implicando a prática baseada na evidência, promovendo a vinculação e a capacitação parental através da construção da confiança, cuidando em parceria, assumindo o compromisso da prestação de cuidados de excelência aos nossos utentes.

PROCEDIMENTO

A Oficina do Cuidar é um projeto de partilha entre pais e enfermeiros.

Organiza-se da seguinte forma:

1. Sessão semanal, realizada à sexta-feira às 16h (hora a validar mediante necessidade de cuidados das crianças internadas), que segue um cronograma elaborado no início de cada ano.
2. Compõe-se de 6 temas, cujas apresentações e respetivos guiões constam da pasta partilhada.
3. No dia da sessão, no início do turno:

- O chefe de equipa distribui e destaca um enfermeiro para a realização da Oficina do Cuidar.
4. Antes da sessão:
- Prepara-se a sala e relembram-se os pais;
 - Imprime-se o sumário das oficinas e a folha de avaliação da oficina correspondente, caso não esteja impresso no dossier (ver anexo).
5. No momento da sessão:
- Mobilizam-se os pais para a sala;
 - As sessões devem seguir o cronograma, contudo se houver motivo para o alterar, podese fazê-lo;
 - Proporcionar um ambiente interativo e permitir que, no final da sessão, haja discussão e partilha de ideias entre os pais e o profissional de saúde.
6. No final da sessão:
- O enfermeiro que deu a sessão fica responsável pelo preenchimento do sumário, bem como pela recolha das folhas de avaliação;
 - Deve ser fornecida uma folha a cada pessoa que está presente na sessão (independentemente de serem da mesma família);
 - As folhas de avaliação e do sumário, preenchidas, devem ser arquivadas no dossier das oficinas.
 - Registo: no processo clínico de cada recém-nascido, identificar qual a sessão e quem assistiu, na intervenção “supervisionar papel parental”.

REFERÊNCIAS

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização. Lisboa: OE.

Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, pp. 113-121.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th edition). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

ANEXO 4: Póster de divulgação

Encontros sobre a Parentalidade

à descoberta de uma parentalidade positiva

**Fases do Desenvolvimento Infanto-Juvenil:
Que desafios?**



**O Impacto da violência doméstica nas
Crianças e Jovens**

**Promoção de uma utilização segura das novas
tecnologias: Controlo Parental**



A Parentalidade dos novos tempos

Adolescência: Desafios e Respostas

