



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

**Cuidar da criança e jovem em risco de maus-tratos:
Intervenções de Enfermagem**

Vânia Gonçalves López

**Lisboa
2020**



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

**Cuidar da criança e jovem em risco de maus-tratos:
Intervenções de Enfermagem**

Vânia Gonçalves López



Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Sousa



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Aprendi que o ser humano tem possibilidades - potencialidades quase infinitas no início da vida - se o terreno em que crescem lhes é favorável”.

Teresa Ferreira

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à Lela, por serem o meu suporte e acreditarem em mim.
Ao meu amor, Kiko, pela paciência, reforço positivo, companheirismo e, por
nunca me deixar desistir.

À Maria, que apesar das poucas visitas, recebeu-me sempre com muita
alegria e excitação.

Ao Pepe, que ouviu muitas vezes o meu desespero.

Aos meus amigos, obrigada.

À Raquel, sem ti não tinha conseguido.

À Professora Doutora Maria Filomena Sousa pela sua força, orientação, apoio
e disponibilidade.

RESUMO

Pelas suas características, a criança, tem necessidade de cuidados especiais, protetores e promotores do seu desenvolvimento. A enfermagem de saúde infantil e pediátrica tem como objetivo primordial prestar cuidados de qualidade à criança, ao jovem e à família, de acordo com a sua condição de saúde, quer saudável ou doente, estágio de desenvolvimento e cultura. Um dos problemas de saúde da população infantil e juvenil são os maus-tratos. Estes, constituem um problema de saúde pública e assumem contornos de gravidade progressiva, pelo que a identificação precoce e intervenção imediata são uma prioridade. As suspeitas devem ser partilhadas na fase mais inicial possível para que possam ser implementadas as apropriadas medidas de intervenção e suporte, antes que a situação atinja proporções irreversíveis. O enfermeiro tem o dever de cooperar, manter-se atento e informado, potenciando esforços e estratégias para intervir nestes casos e prevenir o aparecimento de outros. Deve trabalhar em parceria com os familiares, identificando as suas metas e necessidades e delineando as intervenções que melhor atendam aos problemas que emergem.

Este relatório expõe o percurso formativo e as competências desenvolvidas tendo como horizonte a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à criança, ao jovem e à família. Tem como tema central o cuidado de enfermagem à criança, jovem e família em risco ou vítima de maus-tratos. O modelo sistémico de *Betty Neuman* foi utilizado como orientador dos cuidados assim como dos cuidados centrados na família, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos. Utilizei uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, descrevendo-se as experiências vividas na prática de cuidados, as atividades desenvolvidas e as aprendizagens resultantes. O Estágio permitiu o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e vai contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à criança, ao jovem e à família de quem cuidarei, baseados na sua proteção e defesa dos seus direitos.

Palavras-Chave: Criança; Maus-tratos infantis; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Due to its characteristics, the child needs special care, protectors and promoters of its development. Child and pediatric health nursing has the primary objective of providing quality care to children, young people and the family, according to their health condition, whether healthy or ill, stage of development and culture. One of the health problems of the child and youth population is mistreatment. These constitute a public health problem and assume outlines of progressive severity, so early identification and immediate intervention is a priority. Suspicions should be shared at the earliest possible stage so that appropriate intervention and support measures can be implemented, before the situation reaches irreversible proportions. The nurse has a duty to cooperate, remain attentive and informed, enhancing efforts and strategies to intervene in these cases and prevent the appearance of others. It must work in partnership with family members, identifying their goals and needs and outlining the interventions that best address the problems that emerge.

This report sets out the training path and the skills developed with a view to improving the quality of care to be provided to children, young people and the family. Its central theme is nursing care for children, young people and families at risk or victims of abuse. Betty Neuman's systemic model was used as a guide for care as well as family-centered care, care partnership and non-traumatic care. I used a descriptive, analytical and reflective methodology, describing the experiences lived in the care practice, the activities developed and the resulting learning. The internship allowed the skills development of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and will contribute to the provision of quality nursing care to the child, youth and the family I will care for, based on their protection and defense of their rights.

Keywords: Child; Child abuse; Nursing care.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CCF – Cuidados Centrados na Família

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGPJ – Direção-Geral da Política de Justiça

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMIJ - Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IP – Internamento de Pediatria

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

nCPAP – Nasal Continuous Positive Airway Pressure

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

RN – Recém-nascido

SAN – Síndrome de Abstinência Neonatal

SNC – Sistema Nervoso Central

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – United Nations Children´s Fund

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1. Contextualização e justificação da problemática	12
1.2. Enfermagem Pediátrica	14
1.3. Maus-tratos infantis	16
1.3.1. Fatores de risco e perigo para os maus-tratos	19
1.3.2. Políticas e estratégias de proteção da criança e jovem	20
1.4. Intervenção profissional nos maus-tratos	22
1.4.1. Cuidar da criança e jovem vítima e em risco de maus-tratos de acordo com o Modelo de Sistemas de <i>Betty Neuman</i>	26
2. METODOLOGIA	29
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO	30
3.1. Internamento de pediatria	30
3.2. Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos Neonatais	36
3.3. Consulta de Desenvolvimento Infantil	41
3.4. Serviço de Urgência Pediátrica	46
3.5. Cuidados de Saúde Primários	52
4. SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	58
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I. Modelo de sistemas de *Betty Neuman* adaptado à problemática dos maus-tratos à criança, jovem e família com base em Freese (2004)

APÊNDICE II. Cronograma de estágios

APÊNDICE III. Objetivos e atividades desenvolvidas em cada local de estágio

APÊNDICE IV. Guiões de entrevistas exploratórias

APÊNDICE V. Jornal de Aprendizagem em contexto de estágio no serviço de IP

APÊNDICE VI. Instrumento de trabalho em contexto de estágio no serviço de UCIN: “Orientações para o Desenvolvimento de Competências Parentais na UCIN”

APÊNDICE VII. Diapositivos da Sessão de Formação em contexto de estágio na consulta de Desenvolvimento Infantil: “Capacitação parental em crianças com PEA (Modelo de Denver de Intervenção Precoce)”

APÊNDICE VIII. Documento de orientação para a utilização da equipa de enfermagem em contexto de estágio na consulta de Desenvolvimento Infantil: “Capacitação parental: Estratégias para ajudar a criança com PEA a envolver-se, a comunicar e aprender todos os dias”

APÊNDICE IX. Instrumentos da sessão de formação em contexto de estágio no SUP: “Cuidar da criança e jovem em risco e vítima de maus-tratos no SUP”

APÊNDICE X. Instrumentos da sessão de formação em contexto de estágio de CSP: “Crianças e jovens em risco de maus-tratos: Cuidar em CSP”

APÊNDICE XI. Instrução de trabalho em contexto de estágio em CSP: “Cuidar e proteger a criança, jovem e família em risco de maus-tratos”

INTRODUÇÃO

O presente trabalho que foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, visa apresentar o trabalho desenvolvido durante o percurso formativo que conduziu ao desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) o Enfermeiro Especialista (EE) é aquele a quem é reconhecido competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem que estejam integradas nos domínios de competências da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Ao EEESIP é exigido que tenha competências que lhe permitam assistir a criança/jovem e a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e ainda, prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

O meu percurso formativo foi orientado tendo presente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015, p. 16661) que refere que *“o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível”*.

Para prestar cuidados de qualidade é necessário o desenvolvimento pessoal e profissional que possa contestar as formas tradicionais e encontrar modos de ação mais eficazes e baseados na evidência científica e refletir na ação. Pensar de forma

crítica revela empenho na aprendizagem que aumenta, por sua vez, a capacidade de influenciar, de modo positivo, a prática e a aprendizagem.

A enfermagem pediátrica tem como objetivo o “*diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais*” (Hockenberry & Barrera, 2014, p11). A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) reconhece a família como constante na vida da criança, pelo que os cuidados de enfermagem devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e as competências da família. Para tal terá que haver o desenvolvimento de parcerias baseadas no reconhecimento das capacidades familiares e no seu empoderamento e cuidados terapêuticos usando intervenções que eliminem ou minimizem a dor - Cuidados Não Traumáticos (CNT).

O referencial teórico, o modelo de sistemas de *Betty Neuman* foi o selecionado para sustentar a minha prática. Este modelo permite alargar a visão da enfermagem, sendo orientada para o holismo e o bem-estar do cliente (Neuman & Fawcett, 2011). Este modelo permite uma avaliação integral do doente, no qual as partes ou subpartes (variáveis) estão organizadas num todo inter-relacionado e em constante interação com o ambiente. Estas interações podem afetar de forma positiva ou negativa o cliente. A aplicação deste modelo favorece a adaptação da criança e família aos valores e à condição fisiológica.

Durante o processo de formação, mais concretamente durante a unidade Curricular Estágio com Relatório elegi os cuidados à criança, ao jovem e à família como foco de atenção especial. A escolha desta temática surge da conjugação entre o interesse individual, do percurso formativo e das práticas profissionais na instituição onde exerço funções.

As crianças enfrentam, diariamente, situações de desigualdade e de violência. Segundo o relatório da United Nations Children’s Fund (UNICEF) de 2017 cerca de 300 milhões de crianças em todo o mundo vivem em situação de violência, seja física, sexual ou moral. Apesar das iniciativas políticas desenvolvidas que procuram proteger a criança e o jovem, extinguir os maus-tratos na infância e adolescência, muito caminho ainda falta percorrer. Destaca-se a necessidade de se intensificar ações de prevenção e promover discussões e reflexões entre os diferentes setores que possam culminar em políticas e estratégias preventivas. É necessário que os profissionais de saúde, dominem a legislação específica e o tema, para assim, intervirem da melhor forma perante uma situação suspeita e/ou confirmada de maus-

tratos, respeitando a proteção da criança e do jovem bem como a prevenção da ocorrência de novos eventos violentos. O profissional cientificamente preparado contribui ativamente para o diagnóstico, tratamento, assistência e proteção da criança e jovem em situação de maus-tratos (Martins & Jorge, 2010). Os enfermeiros têm um papel fundamental perante esta situação de saúde pública. O enfermeiro deve estabelecer uma relação empática, harmoniosa e de confiança com a família, evitando qualquer juízo de valor moral. A escuta e o olhar no momento do atendimento devem ser abrangentes, para correlacionar os dados recolhidos no exame físico com a história da criança e da família, verificando simultaneamente se existem discrepâncias (Sacramento et al., 2017).

Na elaboração deste relatório utilizou-se uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva. Aplicando uma metodologia narrativa, descrevi as experiências vividas na prática de cuidados, os contextos em que as atividades foram concluídas e as atividades desenvolvidas. Neste sentido, foram também efetuadas análises e reflexões contributo para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos cuidados à criança e jovem em risco de maus-tratos.

A estrutura do presente relatório integra, cinco capítulos: Enquadramento conceptual; metodologia; análise crítica e reflexiva do percurso formativo; síntese de competências desenvolvidas e considerações finais. Por fim, incluem-se as referências bibliográficas utilizadas e em apêndice, os documentos resultantes do processo formativo considerados relevantes para a compreensão da temática em estudo e para o desenvolvimento das competências gerais e específicas do EEESIP.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Contextualização e justificação da problemática.

A prestação de cuidados à criança e família em cuidados de saúde primários, durante nove anos, permitiu-me o desenvolvimento de conhecimentos e competências que se aproximam das competências especializadas gerais e específicas de saúde infantil e pediátrica. Estas competências profissionais que se referem às capacidades passíveis de aplicar o conhecimento resultaram de um conjunto de microinterações interação intrapessoal, interpessoal e interdisciplinar (Alarcão & Rua, 2005) que desenvolvi durante o meu desempenho ao aplicar os conhecimentos teóricos que possuía. No desenvolvimento destas competências foram determinantes os atores, os saberes e o contexto, como sublinham Serrano, Costa, & Costa (2011). Para Benner (2001), que identificou cinco níveis de desenvolvimento do enfermeiro, que vai de iniciado a perito, o desenvolvimento de competências, na prática, permite ao enfermeiro o planeamento e coordenação dos diversos cuidados, valorizando as necessidades dos clientes. Na análise do meu desempenho, por não me considerar perito procurei aumentar os meus conhecimentos de modo a me permitir uma prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família de grande qualidade, especializada. Centrada neste objetivo integrei o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica de modo a me tornar especialista nesta área. A OE (2018) considera EEESIP, aquele que aplica um modelo concetual centrado na criança e família, focando a sua intervenção em torno de uma fase importante do ciclo vital, promove o mais elevado estado de saúde possível trabalhando em parceria com a criança e família.

No contexto de prestação de cuidados em que me encontro inserida, presto cuidados de enfermagem a crianças com diferentes situações de saúde, estando algumas delas institucionalizadas. Estas, vêm às consultas acompanhadas por técnicos das instituições, por pais identificados como maltratantes ou por familiares que não os pais de quem foram retiradas por antecedentes de maus-tratos. Estas situações têm evidenciado as minhas dificuldades, enquanto enfermeiro, na identificação do risco de maus tratos e quando já identificadas, na gestão de emoções e na prestação de cuidados de enfermagem às vítimas.

O Relatório de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) no ano de 2019 diagnosticou 13.825 situações de perigo em que 34,5% dizem respeito à negligência; 22,14% correspondem à violência doméstica; comportamentos de perigo na infância e juventude perfazem um total de 20,96%; 15,20% incidem na educação; 2,64% referem-se ao mau-trato físico; 2,05% ao mau-trato psicológico e 1,48 correspondem ao abandono. No ano em análise, as CPCJ acompanharam 68.962 crianças e jovens. As principais entidades que participaram situações de perigo às CPCJ foram as forças de segurança (38,14%) e os estabelecimentos de ensino (20,25%). A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) de 2013 a 2018 revelou que 8,52% dos crimes foram praticados na escola, 71,37% em contexto de violência doméstica em que os crimes de maus-tratos psíquicos e físicos representam uma fatia significativa dos crimes registados. Evidencia-se o abuso sexual como o crime mais assinalado entre 2013 e 2018. Neste período, das formas de violência o grande destaque assinalado, no que diz respeito aos crimes contra crianças, vai para o crime de *bullying* com um total de 301 crimes. Identificaram-se uma média de 44,72% de queixas, sendo maioritariamente as vítimas do sexo feminino e provenientes de família nuclear com filhos.

Esta realidade aumentou o meu desejo de aprofundar conhecimentos e consequente desenvolvimento de competências que me capacitem para a prestação de cuidados à criança, jovem e família em situação de risco ou vítimas de maus-tratos, que vão desde o reconhecimento dos fatores de risco, assim como efeitos ou possíveis efeitos dos maus-tratos e curto e longo prazo. A pouca sensibilização e a necessidade de formação foi expressada através de uma entrevista exploratória realizada à equipa multidisciplinar do meu local de trabalho, durante a Unidade Curricular - Opção II (Apêndice IV).

De acordo com a OE (2018) o enfermeiro é responsável pelo diagnóstico e intervenção nas situações de risco que possam prejudicar a vida ou qualidade de vida da criança e jovem; identificação de evidências fisiológicas e emocionais e mal-estar psíquico; reconhecimento de situações de risco para a criança e jovem (maus-tratos, negligência e comportamentos de risco); sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção e assistência da criança e jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015) incidem na orientação

antecipatória, gestão do bem-estar, detecção precoce, encaminhamento e, promoção da autoestima.

1.2. Enfermagem Pediátrica

A enfermagem pediátrica centra-se no “*diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais (...)*” (Hockenberry, 2014, p.11) à criança e família. Agrega quatro aspetos essenciais da prática da enfermagem contemporânea, designadamente: focalização nas experiências humanas e nas respostas à saúde e à doença sem ser uma orientação centrada apenas no problema; incorporação de dados objetivos com o conhecimento alcançado permitindo a compreensão dos conhecimentos da pessoa relativamente à situação; aplicação do conhecimento científico ao processo de diagnóstico e tratamento e por último, relacionamentos harmoniosos que favoreçam a saúde e a cura (Hockenberry & Barrera, 2014).

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro evidencia-se pela formação e experiência que lhe possibilita compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural. É fundamental reconhecer os clientes no âmbito social a fim de propiciar uma prática em saúde centrada na criança, na sua família, nos seus contextos socioespirituais e culturais (Rodrigues et al., 2013).

Os profissionais de saúde que sustentam a sua prática nos CCF reconhecem a importância do sistema familiar na manutenção da saúde e do bem-estar da criança e jovem. Os CCF reconhecem que a família tem grande importância no desenvolvimento da criança. Esta filosofia de cuidados defende que a família é um elemento fundamental no cuidado dos seus membros e possui um conhecimento único da sua criança. No quotidiano são os pais que se responsabilizam por identificar e satisfazer as necessidades da criança, proporcionando-lhe um ambiente e um funcionamento familiar saudável propício ao seu adequado crescimento e desenvolvimento (Osti & Sei, 2016). De acordo com os CCF a família tem grande influência sobre a saúde da criança, razão pela qual, esta filosofia de cuidados a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado. O CCF define esta abordagem de cuidados de saúde como um processo que envolve o planeamento, a prestação e a avaliação baseados em parceria, com benefícios para os clientes, as famílias e os cuidadores. A partir desta premissa as famílias são

incentivadas a cuidarem dos seus filhos e a tomarem decisões, reconhecendo as suas potencialidades. As potencialidades da família são valorizadas no planeamento e prestação de cuidados, sendo esta integrada no processo de cuidar. O envolvimento e participação da família nos cuidados à criança sustenta-se na parceria, na negociação e na capacitação. A parceria de cuidados sugere um modelo de cuidados em enfermagem pediátrica assente nos pressupostos da família ser o novo alvo de cuidados. Pressupõe que a criança e família possuam e adquiram conhecimentos e perícia no cuidar, e que desenvolvam competências e segurança nas suas habilidades. Depende particularmente da atitude dos profissionais em incluir ou não, os pais/criança no processo de cuidados no sentido de constituir uma filosofia de cuidados desta natureza (Mano, 2002).

De modo a capacitarem a família, os profissionais, criam oportunidades e meios de modo a que esta demonstre as suas habilidades e competências para satisfazer as suas necessidades e a das crianças (Hockenberry & Barrera, 2014). Em situações específicas a família pode necessitar de orientação para participar ativamente nos cuidados à criança (Apolinário, 2012).

Os cuidados de enfermagem centram-se na manutenção da saúde do cliente em todas as suas dimensões e o enfermeiro responsabiliza-se pela avaliação das necessidades da pessoa na sua globalidade. Outro pilar da enfermagem pediátrica são os CNT. Estes, preconizam que desde o planeamento à implementação as intervenções sejam intencionais e eficazes na eliminação ou redução da dor. Os CNT têm a ver com a prestação de cuidados terapêuticos centrando-se na utilização de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família (Hockenberry & Barrera, 2014). De acordo com estes autores, os CNT têm como objetivo não causar dano e baseiam-se em três princípios que são prevenir ou minimizar a separação da criança da família, a lesão corporal e a dor e promover a sensação de controlo (Hockenberry & Barrera, 2014).

O enfermeiro é responsável pela promoção da saúde e bem-estar da criança, do jovem e da família, em todas as fases do seu desenvolvimento. O estabelecimento duma relação terapêutica onde a empatia, a confiança e a escuta são praticadas, é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria. Assim, são essenciais a escuta ativa e a partilha de informações, de modo a promover o empoderamento e o envolvimento nos cuidados e nas tomadas de decisões relacionadas aos seus filhos (Azevedo et al., 2018).

Como advogado da criança e família, o enfermeiro, deverá trabalhar com estes de modo a identificar os seus objetivos, necessidades e planejar intervenções que respondam aos problemas de saúde identificados (Hockenberry & Barrera, 2014). Cada criança e família têm necessidades específicas, de acordo com o seu desenvolvimento e situação de saúde. Para dar resposta a estas necessidades, a ação do enfermeiro de saúde infantil e pediatria é desenvolvida ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados.

A melhor maneira de prevenção é a educação e a orientação antecipatória (Hockenberry & Barrera, 2014). A educação para a saúde envolve a transmissão de informação de acordo com o entendimento da criança e família e a suas necessidades de conhecimento e cultura, o que implica que a abordagem individualizada.

O apoio aos pais deve ser direcionado o desempenho do papel parental positivo e responsável possibilitando os melhores resultados para criança (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010). Aos enfermeiros, em qualquer contexto de cuidados, cabe a responsabilidade da promoção do cuidado parental. A parentalidade positiva engloba um conjunto de responsabilidades para os pais e pressupõe atividades que previnam comportamentos de risco (Lopes & Dixe, 2012).

A intervenção sobre os maus-tratos é basilar e objetiva proteger crianças, jovens e famílias. No fenómeno dos maus-tratos determina-se que o EEESIP respeita os direitos humanos, analisa e interpreta situações específicas de cuidados e as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade (OE, 2019). O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro) reforça no artigo n.º 81.º que o enfermeiro assume o dever de proteger e salvaguardar os direitos da criança de qualquer forma de abuso.

1.3. Maus-tratos infantis

Os maus-tratos infantis não são um fenómeno recente. Desde tempos remotos existem relatos de maus-tratos infantis. Alguns autores como Martins & Jorge (2010), que abordam a temática dos maus-tratos infantis referem-nos como um problema social de grande complexidade, que esteve presente ao longo de toda a história da humanidade. Contudo, ao longo dos tempos, o fenómeno social dos maus-tratos tem

vindo a sofrer alterações, em virtude de ocorrerem modos diferentes de como as crianças são vistas, educadas, tratadas e o que delas é esperado.

Hoje, apesar da valorização da criança pela sociedade e da existência de políticas que a defende, os maus-tratos, ainda permanecem como uma grave ameaça às suas condições de vida.

Segundo Menezes & Prazeres (2011, p.7) os maus-tratos a crianças e jovens dizem respeito *“a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”*. Estes ocorrem quando alguém em categoria de superioridade (idade, força, posição social ou económica, inteligência, autoridade) pratica um ato capaz de provocar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima. Os maus-tratos na criança ocorrem em todos os grupos socioeconómicos, religiosos, culturais, raciais e éticos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os principais tipos de maus-tratos descritos na literatura incluem: maus-tratos físicos, negligência, maus-tratos psicológicos/emocionais, Síndrome de Münchhausen por Procuração e abuso sexual (Menezes & Prazeres, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014 e Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

Os maus-tratos físicos dizem respeito a qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, cometida pelos pais ou pelos responsáveis legais, que provoque ou possa vir a causar danos físicos (Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014). Compreendem um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde a pequena à grande lesão física ou mesmo a morte.

Apesar dos diferentes tipos de maus-tratos terem características comuns, importa defini-los adequadamente. O conhecimento das causas, tipos e consequências dos maus-tratos permite identificá-los, o desenvolvimento de intervenções na prevenção, intervenção e resolução do problema.

O tipo mais frequente de maus-tratos contra a criança e jovem é a violência doméstica e ocorre maioritariamente, dentro das próprias casas ou no convívio familiar. Desde sempre, a maior parte dos casos de maus-tratos físicos e psíquicos contra a criança/ adolescente acontece no ambiente familiar, contrastando com o entendimento de proteção que a família deveria exercer (Martins & Jorge, 2010). Habitualmente prolonga-se por um longo período de tempo, a família tende a omitir ou esconder o ato e as vítimas demonstram receio em denunciar o maltratante. A APAV (2020) registou um total de 1.473 crianças e jovens vítimas de maus-tratos, no

ano de 2019. Identificaram-se uma média de 61,9% vítimas do sexo feminino. A violência doméstica é o crime registado com o maior destaque. As relações entre autor e vítima de crime, são comumente pautadas por relações de intimidade, em que o autor/a é pai/mãe da vítima (27,3%).

A negligência é geralmente classificada em dois grupos: negligência física e negligência emocional. A negligência física refere-se à não satisfação das necessidades básicas, saúde, alimentação, higiene e educação, imprescindíveis ao apropriado crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014). A negligência psicológica/emocional tem a ver com a não resposta às necessidades de afeto da criança, caracterizam-se pela privação de um ambiente de bem-estar e tranquilidade afetiva, necessária ao crescimento e desenvolvimento (Menezes & Prazeres, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014; e Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014). A negligência emocional inclui também a falta de intervenção ou a promoção de comportamentos não adequados na delinquência ou consumo de substâncias ilícitas, isolar, ignorar, agredir verbalmente ou fazer pressionar em excesso a criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

A Síndrome de Münchhausen por Procuração baseia-se na atribuição enganosa de sinais e sintomas à criança ou jovem, levada a cabo pelos pais ou pelos responsáveis legais, com o propósito de persuadir a equipa multidisciplinar da existência de uma doença, passível de culminar na efetivação de exames invasivos e hospitalizações ininterruptas (Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014).

O abuso sexual é o uso, persuasão ou coerção para envolver uma criança ou jovem em atividades cujo intuito visa a satisfação sexual dum adulto ou pessoa mais velha que a vítima, e baseia-se numa relação de poder ou autoridade, com inclusão ou não violência física (Menezes & Prazeres, 2011; Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014). Este tipo de maus-tratos inclui incesto, ofensa, exibicionismo, pornografia e prostituição infantil e pedofilia (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os maus-tratos perpetuados contra crianças e jovens são um profundo problema de saúde pública e a nível mundial, que atingem esta população durante um relevante período do seu desenvolvimento. Estes têm nas crianças e nos jovens, repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Podem causar sequelas físicas

(neurológicas), cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011).

A causa dos maus-tratos é variada e multifacetada. Para Hockenberry & Wilson (2014), nos maus-tratos, especialmente nos físicos, existem fatores que influenciam a sua ocorrência, tais como características do ambiente e parentais e relativos à criança. Contudo, nenhum destes fatores, isolado ou grupo é fator preditivo, mas a interação entre eles aumenta o risco da ocorrência (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.3.1. Fatores de risco e perigo para os maus-tratos

Na problemática dos maus-tratos, importa distinguir situações de risco e situações de perigo. O risco diz respeito à vulnerabilidade da criança e jovem tem de vir a sofrer de maus-tratos, enquanto o perigo, corresponde a objetivação do risco (DGS, 2011; Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008).

Os maus-tratos derivam da conjugação de diferentes fatores tais como o risco, a proteção e as crises de vida, que interagem entre si e que devem ser considerados durante a avaliação da situação. Os fatores de risco ampliam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Compreendem variáveis biopsicossociais que podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens. A violência doméstica vivenciada pelas crianças e adolescentes é um fator de risco para as alterações de saúde mental na infância e juventude (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008).

Os fatores de proteção incluem variáveis biopsicossociais que beneficiam o desenvolvimento individual e social da criança e jovem, e podem remover ou diminuir o impacto dos fatores de risco (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008). Os fatores de proteção podem ser individuais (ex.: competências de comunicação, autorregulação emocional, assertividade, *locus* de controlo interno, elevada autoestima, satisfação ou perceção de autoeficácia), familiares (ex.: organização, estrutura e harmonia familiar, vinculação precoce, negociação, comunicação e cooperação, boa relação conjugal, supervisão parental sólida, disciplina firme e assertiva) ou ambientais (ex.: presença de familiares ou adultos externos na rede de suporte, ambiente comunitário promotor de segurança e de saúde, ambiente escolar positivo, relações positivas com os pares) (APAV, 2011). A ausência de fatores de proteção complica o desenvolvimento e a promoção da resiliência, ou da habilidade

do indivíduo em desenvolver respostas saudáveis e adequadas aos obstáculos que encontre ao longo da sua vida (Hildebrand et al., 2015).

Os fatores de agravamento/crises de vida são circunstâncias na vida da criança e jovem, em que a família ou cuidadores modificam a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos. A intervenção na detecção de fatores de risco, proteção e agravamento nos maus-tratos e a identificação de fatores de *stress* influenciando a família é potenciadora da sua ocorrência. Entre os fatores que se destacam encontramos o déficit de competências parentais, perturbações emocionais, mentais ou físicas, cuidadores vítimas de maus-tratos em criança, ausência de suporte sociofamiliar, família disfuncional, insegurança económica/pobreza, desajustamento psicossocial/comportamentos aditivos, entre outros. Igualmente relevantes são os fatores relacionados com o temperamento difícil da criança, filho não desejado, doença crónica ou perturbações do desenvolvimento, problemas de comportamento, excessiva dependência e prematuridade. São crianças e jovens vulneráveis aos maus-tratos pelas dificuldades no estabelecimento da vinculação e maiores exigências no desenvolvimento de competências parentais (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008).

Nas sociedades modernas apesar da valorização da criança da definição de políticas e da convenção dos direitos da criança, os maus-tratos ainda permanecem como grave ameaça às suas condições de vida. Nas últimas décadas, com a consciência de que a criança é um ser de direitos, foram definidas políticas e adotadas estratégias, a nível mundial e nacional, visando a defesa e proteção da criança e jovem.

1.3.2. Políticas e estratégias de proteção da criança e jovem

As políticas de proteção da criança foram foco de atenção apenas quando se passou a reconhecer a criança como ser de direitos. Em 1874 a American Society for the Prevention of Cruelty to Animals, reconhece, pela primeira vez, um caso de maus-tratos infantis, com o argumento de que a criança fazia parte do reino animal. Contudo, a primeira manifestação internacional em prol dos direitos das crianças e dos adolescentes aconteceu em 1924, com a Declaração de Genebra. Esta, declarava o dever de proteção das crianças e dos jovens. Mas só em 1959, a

Assembleia Geral das Nações Unidas elabora a Declaração Universal dos Direitos da Criança onde é referido que «a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento» declara que todas as crianças têm direito a um adequado desenvolvimento físico, mental e social e ainda aclama os direitos basilares das crianças (civis, políticos, económicos, sociais e culturais). A Convenção sobre os Direitos da Criança foi reconhecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em 1990. Este documento caracteriza-se por ser um tratado internacional de carácter universal para a defesa dos direitos das crianças e determina as respetivas disposições legais para a diligência desses direitos.

A declaração defende o direito à especial proteção da criança para o seu desenvolvimento físico, mental e social; o direito à alimentação, habitação, assistência médica adequada, amor, compreensão por parte dos pais e da sociedade e o direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho (Martins & Jorge, 2010). O mesmo documento refere que a criança não deve ser abandonada, espancada ou explorada, trabalhar quando isso atrapalhar a sua educação, saúde e o seu desenvolvimento físico, mental ou moral (Martins & Jorge, 2010).

O estado de cada um dos países que ratificaram a declaração dos direitos da criança tem o compromisso de garantir que as crianças se encontrem protegidas contra a violência e do perigo em todos os contextos. Devem estabelecer um quadro jurídico apropriado para a sua proteção e investigar as alegações plausíveis de abuso, violência e perigo.

Em Portugal a defesa dos direitos da criança está legislada. No n.º 1 do artigo 69º, da Assembleia da República, referente à infância, diz que as crianças têm o direito de serem protegidas pelo estado, para que se possam desenvolver integralmente *“(...) especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições* (Assembleia da República, 2005, p.24). Ainda, o respeito pela sua intimidade, privacidade, intervenção precoce, obrigatoriedade de informação, proporcionalidade e atualidade e a promoção da autoestima, segurança e conforto.

De acordo com a Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia e Conselho da Europa (2015), as crianças devem beneficiar de todos os direitos humanos e fundamentais, além de se encontrarem sujeitas a regulamentação especial correspondente às suas características específicas.

Na defesa da criança e especialmente na identificação e intervenção de situação de maus-tratos, Portugal, criou legislação especificamente o Decreto-Lei 12/2008, que visa a proteção de crianças em situação de perigo, estrutura e operacionaliza a intervenção neste domínio, assim como promove as boas práticas face a este problema de saúde.

1.4. Intervenção profissional nos maus-tratos

A identificação de situações de maus-tratos, pela sua complexidade, nem sempre é fácil, carece de profissionais com conhecimentos profundos e experientes. Os enfermeiros são os profissionais de saúde, que pela sua formação e proximidade aos clientes, estão melhor posicionados para a identificação de situações de risco, perigo e diagnóstico de maus-tratos.

Os maus-tratos na infância podem acarretar problemas futuros que terão impacto ao longo da vida da vítima, levando-a, na maioria dos casos, a repetir o comportamento de maltratante (Oliveira & Simões, 2014). Face a este carácter multifacetado dos maus-tratos e as suas implicações, uma resposta eficaz é aquela que promove a não-violência, reduz a sua perpetuação e muda as circunstâncias e condições que lhes dão origem (Krug et al., 2002). A proteção para estas crianças e a possibilidade de se avaliarem as relações parentais é conseguida a partir do reconhecimento imediato e da rápida intervenção dos profissionais (Oliveira & Simões, 2014). De acordo com a DGS (2011) os procedimentos/intervenções a efetuar perante uma situação de suspeita devem ser: a deteção de fatores de risco, proteção e agravamento na criança/jovem e família; a observação ativa e continuada da evolução dos fatores de risco, proteção e agravamento e respetivas consequências a par do aconselhamento e apoio aos pais/cuidadores no desenvolvimento de competências parentais. Se perante os sinais de alerta os pais ou cuidadores *“não se mostrarem preocupados e colaborantes perante as propostas de intervenção e, ao contrário, manifestarem indiferença ou rejeitarem as orientações dadas”* (DGS, 2011, p.14) podemos estar perante uma situação

estabelecida de maus-tratos. De modo a clarificar a suposta situação de maus-tratos são seguidos passos que permitem a recolha, análise de dados e intervenção. A intervenção vai depender do grau de severidade dos maus-tratos. Este, pode ser ligeiro, moderado ou grave (DGS, 2011). Numa situação considerada ligeira a intervenção *“cabe, se possível, aos profissionais que o identificam”*; se a severidade é moderada requer *“intervenção ou tratamento especializado, assim como um plano de intervenção interdisciplinar e personalizado”*; no caso de situações graves *“as circunstâncias poderão implicar a tomada de uma medida de promoção/proteção, a favor da criança ou do jovem tornando-se necessária, também, a intervenção das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), do Tribunal de Família e Menores”* (DGS, 2011, p.19).

A intervenção em situação de maus-tratos terá que ser feita a vários níveis. Ao nível primário as entidades com competência em matéria da infância e juventude (educação, saúde, segurança social, policiais, e organizações não-governamentais) intervêm demonstrando o seu contributo (Menezes & Prazeres, 2011). Ao nível secundário, quando não seja exequível às entidades anteriormente mencionadas atuar de forma assertiva para anular o perigo, a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) assume o comando. Esta cujas preocupações são nomeadamente o desenvolvimento de estratégias de recuperação destas crianças/jovens e respetivo projeto de vida, refletem-se na oportunidade de inverter o destino de exclusão produzindo, desta forma, a mudança de atitudes, valores, padrões de comportamento, dignidade e relacionamentos sociais, dependendo da criação de um contexto de socialização adequado. Ao nível terciário cabe à intervenção judicial assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008). Os serviços de saúde inserem-se nas instâncias de primeiro nível. Os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e os hospitais assumem a intervenção junto das crianças e jovens, perante as CPCJ e tribunais, e convocados a proceder quando não é exequível aos primeiros evitarem o perigo, ou seja, após terem sido esgotados todos os seus meios e os das outras entidades do mesmo nível de competências (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008). Merece destaque o esforço que as CPCJ vêm desenvolvendo para o incremento da intervenção no domínio da prevenção, que se afigura fundamental, seja a universal ou primária, seja a secundária (Direção-Geral da Política de Justiça, 2015).

A grande relevância para a intervenção nos maus-tratos insere-se, no âmbito da produção legislativa, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º147/99), de 1 de Setembro de 1999 alterada pela Lei n.º31/03, de 22 Agosto que evoca os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, com vista a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral. Prevê uma atuação multidisciplinar segundo três níveis de intervenção que se articulam e complementam. A responsabilidade dos enfermeiros insere-se ao nível de uma prevenção primária de intervenção, devendo atuar na remoção do perigo. Em 2017 a Direção-Geral da Saúde, criou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, em que se pretendia apoiar e orientar a intervenção da saúde nas crianças e jovens em risco, visando uma prevenção efetiva (Prazeres, 2008). Para a sua operacionalização criou-se uma rede estruturada de Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR). Os elementos deste núcleo são interlocutores privilegiados das equipas de saúde que detetam e procuram gerir situações de risco ou de perigo de violência interpessoal, em particular as relacionadas com maus-tratos a crianças e jovens, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, do Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco ou do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Dada a sua complexidade e o elevado grau de não reconhecimento, frequentemente, as situações de maus-tratos passam despercebidos. É essencial que o enfermeiro tenha consciência desta problemática e da sua exigência enquanto profissionais do cuidado, com vista a que as crianças e jovens possam se desenvolver livres de abusos e negligência, para que persistam os seus direitos e para que cresçam em harmonia. Perante esta problemática o enfermeiro deve evidenciar-se como educador da população, favorecendo a aprendizagem de como viver em harmonia, criar sistemas de apoio à comunidade com a finalidade de incentivar e fortalecer vínculos, assim como, promover a divulgação através dos meios possíveis. A intervenção do enfermeiro na conceção de programas educacionais para os pais promotores da parentalidade, tornar-se-á um elemento favorável na prevenção dos maus-tratos. Detetar novos casos e encaminhar os identificados, assim como, ajudar outros profissionais a confirmar casos suspeitos, com a finalidade da proteção da criança, são elementos fundamentais neste percurso. A intervenção do EEESIP centra-se na deteção precoce e encaminhamento de situações de risco que possam afetar negativamente a vida da

criança e jovem, utilizando um modelo conceitual centrado na criança e família em qualquer contexto em que esta se encontre (hospitais, comunidade, casa) atuando em parceria (OE, 2018).

A detecção de indicadores de risco e a percepção das situações que envolvem perigo para a criança, jovem e família e o respetivo acompanhamento e encaminhamento, constituem uma tarefa difícil para os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Contudo, o enfermeiro deve manter uma atitude ativa e receptiva na recolha de informação, observar continuamente a evolução dos fatores de risco e proteção e, especificamente, o aparecimento de sinais de alerta e/ou sintomas de maus-tratos. Ao que se acrescenta, o apoio aos pais nas intervenções específicas e reforço das suas competências, aumentar a frequência dos atos de vigilância, visita domiciliária e articulação entre os diferentes profissionais das diferentes Unidades Funcionais do ACES, dos hospitais e de outros parceiros do primeiro nível de intervenção (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008).

Na problemática sobre os maus-tratos devemos ter em consideração as variações culturais de cada família. As suas crenças e práticas educativas devem ser valorizadas. As diferenças culturais tornam mais desafiante a análise e a distinção entre o que poderá ser maus-tratos ou hábitos e costumes. É importante conhecer o contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida das famílias, numa perspetiva de construção de um novo padrão do cuidar, em que se integre uma abordagem culturalmente competente e a promoção da qualidade de vida e o bem-estar (Coutinho et al., 2017). Vários esforços têm sido direcionados para uma compreensão mais amplificada do conceito de maus-tratos e a sua relação com a cultura étnica, identificando aqui a necessidade de políticas de prevenção culturalmente adequadas e aquisição de competências profissionais culturais (Madeira, 2011). Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e analisá-los de forma crítica e fundamentada para poder intervir em tempo e modo adequado.

1.4.1. Cuidar da criança e jovem vítima e em risco de maus-tratos de acordo com o Modelo de Sistemas de *Betty Neuman*

A conceptualização do fenómeno de maus-tratos necessita da adoção de referenciais teóricos que objetivem a planificação dos cuidados e constituam a aplicabilidade dos pressupostos da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica. De acordo com Freese (2004), os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem são considerados os conceitos principais usados na enfermagem que fundamentam a sua prática. Betty Neuman define estes conceitos e acrescenta sub-conceitos que auxiliam na operacionalização do seu pensamento e a apreender o modelo.

O conceito de pessoa, enquanto cliente ou sistema, pode ser considerado como individuo, família, grupo, comunidade ou questão social. A pessoa é o centro do sistema de cuidados de saúde. Trata-se de uma composição dinâmica do relacionamento de cinco variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual em permanente mudança e interação com o meio ambiente (Neuman, 2011). As variáveis definidas pela autora, persistem em todas as linhas definidas por este modelo. Apesar de únicas e próprias de cada individuo têm, no entanto, um padrão de respostas comuns a todos os seres humanos. A linha de defesa flexível protege a linha de defesa normal, correspondendo a um sistema de proteção (tipo amortecedor). Visa prevenir a invasão dos *stressores* e representa o nível habitual do bem-estar. São fatores que influenciam as variáveis do sistema, padrões de *coping*, fatores relacionados com o estilo de vida, de desenvolvimento, influências espirituais e aspetos culturais. As linhas de resistência são ativadas para auxiliar a reconstituição do sistema quando os *stressores* o invadem. Se estas forem ineficazes, a energia do sistema é consumida e pode ocorrer morte do sistema (Neuman, 2011).

O ambiente é definido como todas as influências ou fatores internos ou externos que rodeiam e afetam o sistema cliente. Neuman (2011) considera o ambiente interno como todas as forças ou influências interativas interiores que se encontram contidas dentro dos limites do que se define como sistema cliente. O ambiente externo, está correlacionado com os fatores ou *stressores* do modelo inter e extrapessoais. O ambiente é visto como uma interface dinâmica entre o ambiente interno e externo onde existem trocas de energia (Neuman, 2011).

A saúde, como todos os demais, está constantemente sujeito a mudanças. Existe um estado dinâmico de fluxo de energia, entre sistema e meio ambiente, marcado pela oscilação entre estados de saúde (negentropia) e de doença (entropia). A estabilidade ótima do sistema corresponde ao melhor estado de saúde possível e, indica, que as necessidades do sistema se encontram satisfeitas. A redução do estado de bem-estar é o resultado de necessidades sistêmicas não satisfeitas (Freese & Lawson, 2011; Neuman, 2011).

A enfermagem revela a sua maior preocupação em manter o sistema estável através de uma avaliação exata dos fatores de *stress* reais e potenciais, seguida da implementação de intervenções adequadas. O prestador de cuidados deve orientar o cliente na conservação e utilização da energia como uma força para se deslocar para a frente da condição atual, idealmente preservando e aumentando o seu nível de bem-estar. No modelo de sistemas de *Betty Neuman* a finalidade específica das intervenções de enfermagem é a promoção da saúde. As finalidades das intervenções recaem em estratégias de educação e mobilização de recursos de apoio e, conseqüentemente promover a sustentação das linhas de defesa ou redução dos efeitos dos fatores de *stress* reais ou potenciais visando o aumento da resistência do sistema cliente (Neuman, 2011).

O modelo de sistemas de *Betty Neuman* centraliza-se no *stress* e na reação aos stressores dentro do ambiente total do cliente, que é definido enquanto um sistema (Neuman, 2011). O momento da ocorrência do *stressor*, a natureza e intensidade do *stressor* e a quantidade de energia que é exigida pelos clientes para se adaptar, são aspectos importantes a considerar. Os *stressores* são, neste caso, estímulos que produzem tensão e que têm potencial para romper com a estabilidade do sistema, salientando-se três tipos: os *stressores* intrapessoais são forças ambientais internas que ocorrem dentro dos limites do sistema; os *stressores* interpessoais são forças externas de interação ambiental que ocorrem fora dos limites do sistema mas numa linha proximal e os *stressores* extrapessoais são forças externas de interação ambiental que surgem fora dos limites do sistema numa linha distal (Freese & Lawson, 2011; Neuman, 2011).

Deste modo, este modelo enquanto referencial teórico, filosófico e conceptual, permite ampliar a visão holística da enfermagem. As intervenções de enfermagem consubstanciam o propósito de manter ou alcançar o bem-estar e a segurança do cliente, especificamente, em três níveis de prevenção. A prevenção primária protege

o organismo antes que este se depare com um *stressor* prejudicial. Envolve a possibilidade de enfrentar o *stressor* ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a resposta ao *stressor*. Pretende o fortalecimento da linha flexível de defesa do indivíduo para diminuir a possibilidade de reação. A prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos *stressores*. Protege a estrutura básica do cliente, através do fortalecimento das linhas internas de resistência, detetando precocemente e reduzindo o impacto da exposição aos *stressores*. A prevenção terciária centra-se no reajustamento com vista à estabilidade ótima do sistema cliente. Por fim, assegura a resistência aos *stressores* para ajudar a prevenir o reaparecimento da reação ou regressão (Freese, 2004).

Perante o exposto anteriormente, compreendemos que a intervenção do enfermeiro se insere nos três níveis de prevenção defendidos por Neuman (2011). Na prevenção primária reconhecem-se os fatores de risco não existindo, ainda, situação de perigo diagnosticada. Pretende-se evitar a sua ocorrência mediante práticas educacionais de parentalidade positiva, ou seja, impedir que o abuso ocorra em primeira instância. As ações propostas envolvem a atenção à saúde perinatal e primeira infância, com a finalidade de restabelecer o desenvolvimento e fortalecer os vínculos. Ao nível da prevenção secundária ao existirem sinais ou sintomas suspeitos de maus-tratos, mas sem existir um diagnóstico de perigo efetivo, as intervenções devem ser conduzidas às famílias em situação de risco, transmitindo informações sobre educação e recursos disponíveis na comunidade. Pretende-se assim, identificar e responder diretamente às alegações de abuso potencial. Na prevenção terciária centram-se os cuidados na diminuição dos efeitos resultantes dos maus-tratos, ou seja, evitar a sua recorrência. Visa colmatar qualquer consequência negativa e prejudicial provocada pelo abuso e pôr em prática medidas para evitar futuras ocorrências.

Com uma abordagem holística o enfermeiro que compreende o *stressor* dos maus-tratos pode, através dessa práxis, intervir evitando-o ou potenciando a linha flexível de defesa, ou de certa forma, identificando a situação e atuando precocemente com a criança, jovem e família. Considera-se que o referencial teórico selecionado se adequa à problemática em estudo pela sua abordagem holística, pela sua ação preventiva enquanto intervenção de enfermagem e, também, pela ratificação da criança e jovem enquanto sistema dinâmico e aberto em interação recíproca com o ambiente.

2. METODOLOGIA

A partir da identificação das necessidades de aprendizagem entendo como pano de fundo as competências comuns e específicas do EEESIP, elaborei um projeto de aprendizagem e selecionei os diferentes contextos de saúde onde iria desenvolver o estágio. De modo a que dessem resposta às exigências da OE e que fossem locais de referência na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família, os locais onde estagiei foram: um Internamento Pediatria (IP), uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), uma Consulta de Desenvolvimento, um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e por último, uma instituição prestadora de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Para a realização do Estágio, de modo a que me permitisse o desenvolvimento das competências do EEESIP defini os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade em todas as faixas etárias e ao longo do ciclo de vida com vista ao desenvolvimento das competências específicas do EEESIP; desenvolver competências na deteção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança e jovem em risco de maus-tratos.

No âmbito da enfermagem, a reflexão sobre a prática permite tirar partido de uma experiência, de modo que, da próxima vez que suceda algo semelhante, possa utilizar abordagens que foram úteis, ou rever uma abordagem realizada, com a finalidade de alcançar melhores resultados e prestar melhores cuidados de enfermagem. O processo de reflexão envolve a ação voluntária e intencional de quem se propõe refletir, o que faz com que quem reflete mantenha em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais (Santos & Fernandes, 2004).

A aprendizagem é um processo ao longo da vida. Para aprender necessitamos estar abertos a novas informações, ser flexíveis. Com o tempo, e à medida que vou tendo novas experiências e aplicando os conhecimentos adquiridos, tornar-me-ei mais competente para apresentar ideias e obter conclusões válidas. Como EE devo aperfeiçoar o meu pensamento e prever situações, não permitindo que o raciocínio se torne rotineiro ou estandardizado.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

A análise crítica e reflexiva que se sucede apoiar-se-á quer na evidência científica, quer na descrição, análise e reflexão sobre as práticas de cuidados que surjam durante o percurso formativo.

3.1. Internamento de Pediatria

O serviço de IP de um hospital da grande área de Lisboa, primeiro local de estágio neste percurso, trata-se de um local de referência para a pediatria, proporcionou-me aprendizagens e experiências nunca antes vivenciadas. É um serviço que admite crianças com patologias do foro médico e cirúrgico, dos 0 aos 17 anos e 364 dias, e possui ainda, uma ala de cuidados intermédios onde permanecem as crianças que têm necessidade de cuidados mais diferenciados e de maior vigilância. Estas unidades dispõem de equipamentos específicos que permitem a monitorização intensiva aos seus clientes internados.

Para este estágio delineei um conjunto de objetivos específicos e atividades a desenvolver para os alcançar (Apêndice III). O primeiro objetivo deste, e de todos os locais de estágio, está relacionado com a preocupação em conhecer a instituição e a sua dinâmica institucional e funcional, assim, como o quadro teórico subjacente à prestação de cuidados. Na consecução deste objetivo propus-me conhecer os aspetos de organização do serviço (com a consulta das respetivas normas e protocolos e ainda diretivas institucionais); questionar, sempre que pertinente, o enfermeiro orientador e efetuar uma entrevista exploratória (Apêndice IV) e em fazer uma observação participante (Apêndice IV).

Durante o estágio neste contexto tive oportunidade de cuidar e de participar nos cuidados a várias crianças de diferentes idade, com diversas patologias e de várias culturas.

O internamento de uma criança e jovem provoca efeitos no sistema familiar que podem ser influenciados pela gravidade da doença, da durabilidade ou por experiências prévias de hospitalização. Em certos casos, experiências negativas anteriores podem contribuir para as tornar mais suscetíveis aos *stressores* da hospitalização, situação que observei neste local de estágio em que algumas crianças se manifestaram com agressividade, impulsividade e choro incontrollável.

Contudo, a hospitalização pode mostrar-se benéfica em situações em que a criança e jovem, ao vivenciarem situações de *stress major*, se sintam mais competentes, futuramente, pelas estratégias de *coping* que utilizaram em situação de internamento. Segundo Barros (1998) a criança pode aprender que é capaz de enfrentar à dor, de estar num lugar estranho e diferente, de desembaraçar-se e de solicitar apoio e ajuda de diferentes adultos, nomeadamente médicos e enfermeiros.

A experiência do primeiro contacto da criança, jovem e família com o meio hospitalar determina em grande parte a atitude posterior perante o internamento, a equipa de saúde, o desenvolver dos acontecimentos e da doença. Um acolhimento adequado promove confiança da criança, jovem e família na equipa, e o estabelecimento de uma relação aberta, conduzindo a uma colaboração mútua. No serviço de IP, durante o internamento, priorizei o nome pelo qual a criança e o jovem preferem ser chamados; os seus hábitos de higiene, alimentares e sono; alguma alergia a alimentos ou medicamentos, entre outras particularidades. Se a criança tiver um brinquedo que lhe seja significativo e que lhe transmita segurança, deve acompanhá-la. Tornar-se-á um recurso utilizado para minimizar a ansiedade e o medo. Como recomenda Kiche & Almeida (2009) o brinquedo terapêutico é uma ferramenta fundamental que possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas à sua idade. As crianças passam a colaborar durante os procedimentos, mostrando-se mais dispostas a cooperar e deixando para trás o medo e a tensão.

A separação, a dor, o desconforto físico decorrente da manipulação e doença influenciam a esfera afetiva, psicológica e emocional. Ao cuidar da criança e jovem em contexto de hospitalização deparei-me com um ser humano, bem como, a sua família em situação de vulnerabilidade emocional, física e social, o que me exigiu uma perceção não somente da doença, mas também sensibilidade para reconhecer as suas fragilidades. Fornecer informações e incluir a criança e família em todo o processo de recuperação, tornando-as ativas e enaltecendo os seus desejos foram estratégias por mim implementadas neste serviço. Como referem Martinez, Tocantins, & Souza (2013) é preciso dar voz às crianças e respeitar as suas singularidades. As crianças e os pais têm direito a receber informações ajustadas à sua idade e compreensão, para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde (UNICEF, 1989). Cabe ao profissional, orientá-los

sobre as suas responsabilidades e ações frente ao tratamento (Murakami & Campos, 2011).

Neste serviço, refleti acerca da importância da clarificação, da empatia e da capacidade de escuta acerca das preocupações e incertezas dos outros, sendo estas algumas das competências que o enfermeiro deve possuir e que determinam um desenvolvimento positivo durante todo o processo de internamento. Desagregar a criança do seu ambiente familiar, sobretudo em situações de hospitalização, tem repercussões negativas na sua estabilidade emocional e no seu desenvolvimento. Contudo, se a criança doente permanece no contexto familiar, a crise desencadeada pela doença afeta todos os elementos da família nuclear bem como os restantes da família alargada e é um fator de agravamento que pode precipitar a ocorrência de maus-tratos (DGS, 2011). As reações da família variam consoante a gravidade da doença e suportes disponíveis sendo que, a capacidade prévia de adaptação, as crenças culturais e religiosas, são fatores determinantes que influenciam as reações dos pais à doença do seu filho. Observei reações dos pais durante este estágio relativamente à nova realidade: a doença de um filho. Inicialmente alguns pais reagem com descrença, especialmente em situações de doença súbita e grave. Após tomarem consciência da doença do seu filho, responsabilizam-se pela doença da criança, apresentando muitas vezes sentimentos de culpa. Tendem a procurar a culpa própria, ou transportá-la para outras pessoas, nomeadamente os profissionais de saúde. A frustração e depressão estão frequentemente relacionadas com a falta de informação sobre os procedimentos e tratamentos, pela sensação de serem indesejados pela equipa, ou pelo receio de fazer perguntas. Esta frustração só é aliviada quando os pais estão cientes do que esperar e do que se espera deles. Encorajei-os a participar nos cuidados, considerando-os os elementos mais significativos na recuperação da criança e jovem, apoiei-os nas intervenções específicas e reforcei-os nas competências tornando-os mais confiantes e valorizados. Os cuidados foram prestados perspetivando o equilíbrio do sistema equilíbrio do sistema familiar, pelo que, implementei estratégias promotoras de esperança realista, bem-estar e empoderamento o que favoreceu a respetiva adaptação em contexto de hospitalização.

Segundo Alves, Amendoeira, & Charepe (2017) os elementos associados às oportunidades de cooperação são pressupostos fundamentais da parceria de cuidados, com o foco na criança e nos pais enquanto recursos. O enfermeiro realiza

cuidados técnicos e deve manter o familiar informado e acolhê-lo, para que este seja colaborativo durante o tratamento no hospital e dê continuidade à recuperação em casa. Transferir e demonstrar conhecimentos e habilidades em situações de instabilidade priorizando os cuidados antecipatórios permitiu cuidar da criança, jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade.

A filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia de CCF e os CNT que permitem a prestação de cuidados diferenciados à criança, jovem e família (Hockenberry & Barrera, 2014). Considerando a proximidade dos enfermeiros nos serviços de saúde e natureza dos seus cuidados, estes encontram-se bem posicionados para intervir e apoiar as famílias ao longo das suas vidas. Ajudam as famílias a mobilizar os seus próprios recursos e a fortalecerem-se nos momentos de crise. Os CCF requerem uma avaliação sistemática da complexidade de cada família (Figueiredo, 2015). No IP foi minha preocupação uma atuação centrada na família com um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança e jovem. Estimulei a participação dos pais nos cuidados prevenindo e minimizando a separação; encorajei os pais a estarem presentes e a participarem nos cuidados, atendendo sempre ao grau de participação e ao nível de *stress* dos pais; incluí os pais no planeamento dos cuidados reconhecendo a sua importância na ligação entre cliente e família, respeitando as suas necessidades e mantendo as rotinas da criança. Promovi os CNT e foram utilizadas estratégias que visam eliminar ou reduzir o desconforto físico ou psicológico das crianças e família através da distração, do brincar, da música, do carinho e do afeto.

O modelo de gestão de cuidados utilizado neste serviço é o de enfermeiro de referência o que facilita a operacionalização dos CCF. Uma vez refletida a prática de cuidados baseados no modelo centrado na família entende-se que estamos a caminhar para uma transformação do cuidar dos enfermeiros em pediatria rumo a práticas baseadas no relacionamento entre criança/família/enfermeiro e consequentemente à excelência e qualidade dos cuidados (Apolinário, 2012). O processo que envolve cuidar em pediatria, determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais. Nesta parceria enfatiza-se a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança e jovem e o desenvolvimento do próprio cuidado (Mendes & Martins, 2012). Na prestação de cuidados tive sempre a

preocupação de envolver os pais, de modo a que se sentissem importantes e valorizados.

Participar com o enfermeiro orientador nas suas atividades de gestão de vagas e distribuição das crianças de acordo com as suas patologias, riscos e prioridades, assim como, a gestão da equipa de enfermagem consoante as necessidades e especificidades, processos de tomada de decisão e articulação com outros serviços de saúde comunitária e outras instituições no momento da alta, permitiu-me o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, no que diz respeito à gestão de cuidados: *C1 – “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”* e *C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Propus-me também para este estágio identificar a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção dos maus-tratos infantis.

O Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) do hospital onde efetuei o primeiro estágio é constituído por cinco médicos, quatro enfermeiros, uma psicóloga e uma assistente social, tendo igualmente a colaboração, sempre que necessária, de um jurista e de um polícia. No serviço de IP uma das enfermeiras que pertence ao NHACJR, com quem tive a oportunidade de me reunir, desempenha diferentes funções com a restante equipa multidisciplinar. O núcleo reúne semanalmente e sempre que se justifique, discutindo os casos sinalizados e decidindo em equipa multidisciplinar orientações, sinalizações e contactos com outras instituições.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de acompanhar a situação de uma criança internada e que se suspeitava ser vítima de maus-tratos. Criança de cinco anos, com atraso de desenvolvimento psicomotor, trissomia 21, cardiopatia congénita e malformações congénitas da traqueia. O desapego e negligência emocional desta mãe eram evidentes demonstrando-se despreocupada e ausente. Foi-lhe sugerido que permanecesse mais tempo junto da filha referindo a importância desta para a criança. A mãe manteve-se muito ausente, demonstrando pouco interesse pela filha. Esta família foi encaminhada para o centro de saúde da área de residência para que se dessem continuidade aos cuidados. Os encaminhamentos e sinalizações devem ser devidamente documentados, pois a

informação transmitida pode ser determinante na resolução da situação. Durante o estágio cuidei desta criança com o enfermeiro orientador de modo a assegurar as atividades de vida da criança e satisfação das necessidades básicas, refeição, cuidados de higiene, atividades lúdicas como brincadeira ou leitura de uma história. Todos os cuidados foram nutridos com afeto, através do toque, ao proporcionar um ambiente calmo e tranquilo e tom de voz meigo e sereno. Demonstrei uma presença reconfortante, reconhecendo a singularidade da criança e vigiando-a de perto valorizando assim a dimensão afetiva dos cuidados. Para Diogo, Baltar, & Prudêncio (2016) o cuidado afetivo constitui o próprio cuidar, suprime as necessidades afetivas, é consciente, intencional e contribui para a estabilidade emocional, entre outros. Destacam ainda que este cuidado é essencial na gestão do medo. O cuidado afetivo é diretamente influenciado pelos determinantes humano-afetivos do contexto e caracteriza-se pela omnipresença da interação afetiva, por nutrir os cuidados com afeto, partilha de emoções, ambiente humanizado e gestão da dádiva do afeto.

Tive ainda a possibilidade de acompanhar dois RN com Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN). Por ser uma situação de saúde da criança com a qual nunca tinha contactado estimulou-me a elaborar um jornal de aprendizagem pela dificuldade sentida em cuidar destas crianças, pela necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família nesta situação em particular, que potenciaram o desenvolvimento de uma prática de qualidade através da reflexão individualizada e adaptada (Apêndice V).

Finalizada a experiência de cuidar em contexto de internamento, considero ter desenvolvido as seguintes competências específicas do EEESIP: *E1.1 – “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção da criança e jovem”*; *E1.2. – “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem”*; *E2.2 – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas”*; *E2.4 – “Providencia cuidados à criança e jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”*; *E2.5 – “Promove a adaptação da criança e jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”*; *E3.3. - “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”* e

E.3.4 – “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.2. Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos Neonatais

Ao longo de quatro semanas, o percurso formativo, correspondente ao segundo local de estágio, desenvolveu-se numa UCIN. Desde o início do curso, a perspectiva de chegar a uma UCIN causava-me ansiedade, pessoalmente, pois nunca tinha exercido funções na área da neonatologia, nem durante a minha atividade profissional nem durante a formação inicial. Este contexto de cuidados significou aprofundar conhecimentos na ótica da prematuridade, tendo em conta toda uma prática organizacional de cuidados deveras distante da minha realidade profissional.

Os objetivos e atividades a que defini para este local de estágio, centraram-se na aquisição de competências de EEESIP na prestação de cuidados a crianças prematuras (Apêndice III). No início deste estágio efetuei uma entrevista exploratória à enfermeira orientadora (Apêndice IV), de modo a perceber a organização do serviço, método de trabalho e o quadro de referência subjacente à prestação de cuidados de enfermagem.

Neste serviço são cuidados RN nascidos neste hospital ou transferidos de outros serviços de hospitais da grande Lisboa ou mesmo de outra parte do país. Na UCIN a maioria das crianças estão em incubadora, conectados a diferentes equipamentos, tais como ventiladores, monitores e bombas infusoras, entre outras.

Cuidar de uma criança recém-nascida numa UCIN implica prestar cuidados altamente tecnicistas, sem que os aspetos humanos sejam esquecidos. Nesta unidade, os enfermeiros atribuem uma enorme importância à vertente humana dos cuidados, nomeadamente o processo de vinculação entre os pais e RN. Conscientes da importância desta primeira relação humana, promovem, assim, o bem-estar do RN e família fomentando a envolvimento permanente e participação ativa dos pais nos cuidados. Segundo Cypriano & Pinto (2011) a UCIN pode ser caracterizada como um ambiente frio e hostil para os pais e RN. A primeira visita dos pais à UCIN é uma ocasião especial, acontece um reconhecimento mútuo (pais e profissionais) sendo crucial, neste primeiro encontro, que os pais se sintam acolhidos. Tive a oportunidade de participar no acolhimento dos pais à unidade, privilegiando a

partilha e identificando os enfermeiros responsáveis, naquele turno, pelos cuidados ao RN, desmistificando o ambiente assustador do espaço físico, mostrando disponibilidade para esclarecer as dúvidas e ouvir as incertezas e medos sentidos. O acolhimento adequado num momento tão marcante proporciona o início do estabelecimento de uma relação de confiança, empatia, comunicação e comprometimento com a família.

Durante o estágio promovi a vinculação através da utilização de técnica de Canguru. Esta, por vezes, se tornou difícil atendendo às necessidades específicas do RN e pela insegurança transitada pelas famílias. Com o decorrer do internamento e uma melhor aceitação destes pais a todo o processo envolvente, foram diminuindo os sentimentos de ansiedade, medo e impotência conseguindo-se encorajá-los a sorrir, a tocar, a falar a aninhar através do método de contacto pele a pele com o seu bebé, contribuindo para o empoderamento, facilitando a sua adaptação e aquisição de novas competências para o desempenho das suas funções parentais e promovendo a autonomia. Ainda assim, uma avaliação individualizada esteve sempre presente. Procurei identificar prioritariamente dificuldades interativas entre os pais/RN pelo receio de poderem surgir situações que colocassem em risco o RN. Os RN internados na UCIN encontram-se criticamente doentes, pelo que uma manipulação excessiva e não adequada pode comprometer o seu bem-estar e saudável desenvolvimento podendo até provocar sequelas graves e permanentes.

O EEESIP é o principal interveniente neste processo e deve ajudar os pais a adquirir competências parentais positivas, com vista a assumir um gradual e responsável cuidado. Procurei compreender e respeitar o processo do comportamento parental, de modo a *“avaliar o desenvolvimento da parentalidade”* (OE, 2018, p.19194), considerando o tempo necessário para cada família. O método de trabalho de “Enfermeiro de Referência” é aquele que, em pediatria, traduz o desenvolvimento dos novos modelos e a filosofia de cuidados pediátricos, assentes na parceria e na negociação de cuidados com os pais, antevendo uma participação efetiva com continuidade do exercício da sua parentalidade (OE, 2015).

Segundo Schapira & Aspres (2004) os RN prematuros são suscetíveis aos efeitos nocivos de uma resposta intensa ao *stress* pelas suas características: não estão preparados para uma vida extrauterina e a sua resposta aos estímulos é frequentemente imatura, desorganizada e inefetiva. Procurei prestar cuidados neuroprotetores pois, estes são efetivos para o controlo fisiológico dos RN, são

baseados em medidas neuroprotetoras nomeadamente, a promoção de um ambiente seguro, do sono, redução da dor e *stress*, promoção dos CCF e das atividades de vida diária (Coughlin, Gibbins, & Hoath, 2008). Durante este estágio prestei cuidados baseados nos critérios e atributos da área de intervenção: o controlo de ruído e luminosidade, a programação dos procedimentos com vista a diminuir as excessivas manipulações, os cuidados posturais (através dos ninhos e alternância de decúbitos), massagem terapêutica, monitorização e registo da lesão nasal na utilização da técnica de *Nasal Continuous Positive Airway Pressure* (nCPAP) em RN, utilização da escala neonatal de dor, agitação e sedação (N-PASS), alimentação oral e o método canguru. Segundo Lotto & Linhares (2018) a efetividade do contacto pele a pele foi demonstrada como técnica para alívio de dor aguda em RN prematuros, e como promoção e fortalecimento do vínculo mãe-filho, tal como o aleitamento materno. A aplicação da hipotermia terapêutica em RN após paragem cardiorrespiratória foi uma descoberta para mim no cenário de uma UCIN, mostrando-se como alternativa para reduzir sequelas após manobras de reanimação. Os cuidados à pele e extremidades na tentativa de evitar a ocorrência de queimaduras graves, manter o bem-estar e conforto do RN, evitar a sua movimentação desnecessária foram cuidados de enfermagem realizados durante a aplicação da hipotermia terapêutica.

A prematuridade altera a normal adaptação à parentalidade. Existe para a mãe um forte sentimento de ameaça de morte, ao dedicar-se a um bebé que pode não sobreviver e nunca chegar a ser seu (Bortolin, Donelli, & Tabaczinski, 2019). A idealização de um bebé perfeito é contrastada com um RN frágil, pequeno e imaturo colocando barreiras significativas entre estes. Os pais constroem um lugar para o seu filho a partir do bebé imaginário, projetam nessa criança as suas fantasias, desejos e expectativas. O enfermeiro assume-se como um interveniente preponderante para minimizar as sequelas resultantes decorrentes de um parto prematuro, de uma separação indesejada e de um RN não imaginado. Em parceria com as famílias procurei estabelecer uma relação de ajuda valorizando a importância da presença dos pais para a recuperação efetiva do RN, promovi a escuta ativa e refleti para poder, de forma sustentada, ajudar o sistema familiar na sua caminhada para a autonomia. Segundo Hernández-Herrera & Flores-Hernández (2002) quando o enfermeiro adota uma atitude de respeito, compreensão e empatia

contribui para a diminuição da ansiedade situacional dos pais de RN hospitalizados, pelo que promover-se a relação de ajuda é basilar.

Na UCIN pude observar que, alguns pais não permanecem junto dos seus filhos, por opção. Foi-me referido, por uma das mães, que a tristeza sentida por ver o seu filho nesta condição lhe provocava angústia, o que a levava a se afastar. Segundo Parrilla et al. (2003) para as mães as variáveis indicativas da evolução clínica do RN é o que mais as afeta nos primeiros tempos.

O impacto do nascimento prematuro leva a uma reestruturação da vida familiar e constitui um marco na vida pessoal/familiar. As características físicas do RN e o ambiente envolvente provocam na vida dos pais um impacto negativo por não se encontrarem preparados para se confrontar com tal realidade (Fernandes & Silva, 2015). Com vista a contornar a problemática da separação, implementei estratégias de parentalidade positiva, de interação gradual e em parceria com as famílias. Pude observar que progressivamente os pais aumentavam a sua permanência no serviço junto do seu filho. Participavam nos cuidados na nossa presença, por exemplo, no momento do banho, na troca da fralda, no aleitamento, resultando no reforço positivo do seu comportamento e um regresso a casa mais seguro. Segundo Figueiredo (2003) a vinculação pode não ser imediata, é um processo gradual de envolvimento afetivo da mãe com o RN, que se constrói na dependência do desenvolvimento de determinadas competências por parte do bebé.

A transição para a parentalidade é um processo complexo em que perspetivei que a criança se desenvolvesse num ambiente seguro. Segundo Fernandes & Silva (2015) com o nascimento de um filho emergem novos desafios e surge a necessidade de um reajustamento familiar e das ligações afetivas entre os elementos da família e este novo membro, o filho, que neste caso nasce antecipadamente. A hospitalização interfere na adaptação à parentalidade pois constitui um impedimento à relação e vinculação mãe/pai e filho. A capacitação dos pais e a parentalidade positiva são aspetos primordiais e foram o foco de atenção durante o internamento do RN, prevenindo possíveis situações de maus-tratos no futuro. De modo a minimizar o risco de maus-tratos a preparação para a alta clínica, deve ser planeada de forma cautelosa. Assim, para que lacunas sejam colmatadas, surgiu a necessidade de elaborar um instrumento de trabalho que objetiva orientar os enfermeiros na capacitação parental dos pais para o desempenho do papel parental (Apêndice VI). A avaliação das competências parentais corresponde aos

resultados de desempenho relacionados a resultados de conhecimentos (ICN, 2011; Moorhead et al., 2008). A finalidade do preenchimento deste instrumento passa por definir intervenções de enfermagem, nomeadamente, a necessidade de encaminhamento destas famílias para o “Banco do Bebê-Associação de Ajuda ao RN”. As áreas de intervenção centram-se no apoio domiciliário a bebés prematuros e RN com fatores de risco perinatal e/ou de contextos socio-ambientais que colocam em risco o desenvolvimento do bebé e criança.

Na UCIN tive a oportunidade de contactar com RN em que a prematuridade, o baixo peso de nascimento, uma gravidez não vigiada ou planeada, a insatisfação das expectativas dos pais e a existência de fracos recursos económicos são fatores que aumentam a vulnerabilidade da criança para a violência em contexto familiar (Menezes & Prazeres, 2011). A possibilidade de surgirem complicações de saúde com repercussões adversas durante o desenvolvimento da criança, as barreiras físicas e a situação de saúde são frequentemente inibidores de contacto de pais e filhos nas UCIN e são potenciadores do risco de maus-tratos. De acordo com Menezes & Prazeres (2011) os objetivos da intervenção nos maus-tratos são: prevenir o aparecimento de maus-tratos e colaborar com os cuidadores no desenvolvimento de competências parentais. NA UCIN foi minha preocupação melhorar e promover as competências parentais, a vinculação, promoção e educação para a saúde. Segundo Santos, Alves, & Apolinário (2010) os resultados do estudo relativamente à avaliação da efetividade da educação para a saúde realizada pelo enfermeiro no desenvolvimento de competências parentais para o cuidado ao RN prematuro, comprovou a existência de diferenças significativas antes e depois da educação para a saúde efetuada. Destaco a importância da intervenção e integração dos pais nos cuidados, tornando-os assim, mais competentes e autónomos para cuidar. Ainda, quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades do seu filho. Em contexto de prematuridade, priorizei os cuidados ao RN através da gestão emocional, comunicação e partilha de informação eficaz.

Ao finalizar este estágio os resultados foram reveladores de sucesso, indo ao encontro das competências específicas do EEESIP que tinha delineado desenvolver:

1.1 - “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção da criança e

jovem”; E1.2 – “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem”; E2.1 – “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; E2.2 – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas”; E2.4 – “Providencia cuidados à criança e jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”; E3.2 – “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” e E3.3 – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.3. Consulta de Desenvolvimento Infantil

A consulta de enfermagem de desenvolvimento infantil, de um hospital da grande Lisboa, foi outro local onde efetuei estágio. Esta, está vocacionado para a prestação de cuidados a crianças e jovens com perturbações do desenvolvimento, situações de doença rara e deficiência/incapacidade.

O espaço da consulta encontra-se adaptado à criança, tendo em consideração a diversidade e diferença, e equipado com brinquedos e materiais lúdicos.

Neste serviço o EE é responsável pela avaliação das competências da criança e do jovem, planeamento e intervenção orientada para o desenvolvimento de estratégias adaptativas do dia-a-dia, centrando-se nas capacidades ao nível da linguagem, comunicação, interação e desenvolvimento social, promovendo capacitação e autonomia no autocuidado. Identifica as áreas fortes e fracas articulando-se com a comunidade e outras unidades de saúde, quando estas se encontrem comprometidas. Em relação as perturbações do neurodesenvolvimento, o EE ao compreender o desafio que estas representam, planeia intervenções que ajudem a criança, jovem e família a gerir a situação e promovem a continuidade de cuidados, contribuindo para o progresso e qualidade de vida das mesmas.

A equipa multidisciplinar presta cuidados a crianças com perturbações do desenvolvimento, como por exemplo, com perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA), perturbações da linguagem, perturbações da aprendizagem,

défices sensoriais, perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbações da coordenação motora, entre outras. Em conjunto, a equipa multidisciplinar adota estratégias de promoção do desenvolvimento profissional, dando-se precedência à discussão em equipa das diversas situações que vão surgindo, de forma a uma intervenção dirigida e centrada na família. A identificação das forças e potencialidades destas famílias, assim como das suas dificuldades é a abordagem principal por parte dos profissionais que cuidam destas crianças. Segundo Dias, Pimentel, & Baptista (2008) o diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento na vida da criança e da sua família influenciará a dinâmica familiar, na forma de verem o seu filho e de se relacionarem com ele. Conhecer o diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento terá um impacto positivo na vida da criança, especialmente em termos familiares e escolares.

A participação na consulta de desenvolvimento tornou-se possível através da colaboração durante a avaliação do desenvolvimento infantil e na aplicação da escala de rastreio de Mary Sheridan modificada. Posteriormente, em colaboração com a enfermeira orientadora promovi exercícios para a estimulação da área cognitiva e motora. No acolhimento às crianças e pais a escuta ativa e a empatia foram demonstradas a partir do interesse e disponibilidade para com estes. As famílias têm necessidade de conversar, de contar a sua história, as aquisições que a criança fez, o que as preocupa e as suas frustrações. Os ensinamentos e as estratégias de promoção de desenvolvimento capacitam os pais e as crianças para se tornarem seres mais autónomos, reforçando os aspetos positivos adquiridos, promovendo a esperança e o pensamento positivo. A área de atuação dos cuidados de enfermagem compreende um conjunto de cuidados holísticos visando a promoção junto da criança, jovem e família de um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, através da avaliação dos seus problemas, da definição de resultados e de planeamento de intervenções e estratégias de *coping*, de acordo com Bety Newman. O enfermeiro responsabiliza-se por fortalecer a linha flexível de defesa através da redução de fatores de risco e prevenção do *stress* retendo a estabilidade (prevenção primária). A alteração no desenvolvimento é um *stressor* que induz tensão, pode provocar instabilidade e é um fator de risco para os maus-tratos (Menezes & Prazeres, 2011). Segundo Inácio & Peixoto (2017) é fundamental que os enfermeiros desenvolvam habilidades para cuidar da família compreendendo as

suas limitações, esclarecendo dúvidas e dando oportunidade de participação em todas as etapas do processo do cuidado, logo desde o início.

A utilização do lúdico como estratégia de promoção do desenvolvimento infantil auxilia as crianças na construção do desenvolvimento social, simbólico e estimula a imaginação, raciocínio e a autoestima. Durante a consulta de desenvolvimento infantil desenvolvi estratégias de implementação da ludoterapia como ferramenta na promoção do desenvolvimento e aprendizagem (bolinhas de sabão, jogos de palavras), capacitando os pais para a utilização de instrumentos pedagógicos que despertem a criança para momentos de prazer e reciprocidade. Tornou-se assim possível utilizar técnicas comunicacionais adequadas a cada estágio de desenvolvimento, como colocar-me ao nível das crianças (face a face), usar técnicas relacionais, o brincar, o reforço positivo relativamente ao seu comportamento e resultados obtidos reforçando assim, a sua autoestima.

A PHDA é um dos transtornos neuropsicológicos mais recorrentes na consulta de desenvolvimento infantil. Segundo Gomes et al. (2017) a relação familiar é o fator mais importante em termos de prognóstico destas crianças. A família pode ter o papel de proteção, contenção e apoio mas pode ser um elemento potencializador de dificuldades e *stress* nos filhos. Durante a consulta, alguns pais criticam excessivamente o seu filho demonstrando falta de paciência fazendo assim com que a criança se retraia e manifeste comportamentos de impulsividade e agressividade como forma de chamar a atenção. Intervim orientando estas crianças e famílias para uma melhor adaptação às diversas mudanças com que se deparam ao longo da vida, bem como reduzir fatores potenciais de *stress* parental. O enfermeiro deverá interceder protegendo a estrutura e funcionamento da família, reconstituindo a linha normal de defesa com fortalecimento da linha de resistência tendo como finalidade atingir a estabilidade.

A PEA é um transtorno que compreende alterações nas interações sociais e na comunicação/linguagem. Caracteriza-se pela presença de interesses restritos, fixos e intensos além de comportamentos repetitivos e estereotipados. Dificulta a cognição, a linguagem e a interação social da criança (Gomes et al., 2017). Efetuar um diagnóstico viável numa criança com PEA é um desafio complexo devido às suas possíveis dificuldades sociais, de comunicação e de comportamento. A família é a principal fonte de informação sobre a criança. Para se conseguir um diagnóstico precoce é necessário um trabalho colaborativo entre a equipa multidisciplinar e a

família (Reis, Pereira, & Silva, 2016). Os CCF são constantes na vida da criança e família. As famílias são apoiadas para cuidarem e tomarem decisões na reconstrução das suas potencialidades únicas. Colaborando com a enfermeira orientadora capacitei e corresponsabilizei as famílias para que estas apoiem o desenvolvimento dos seus filhos com a máxima competência de parentalidade, façam escolhas e tomem decisões. A potencialização mencionada caracteriza-se pela interação dos profissionais com a família, tendo em vista a facilitação de mudanças decisivas, apoio e promoção do desenvolvimento familiar. A potenciação e negociação são medidas fundamentais para garantir as transformações desejadas, prevalecendo o bem-estar da criança e jovem, bem como, estabelecer relações familiares saudáveis.

A orientação aos pais foi deveras importante na estimulação das competências da criança e jovem. Segundo Galvão et al. (2018) os enfermeiros referem que é necessário um olhar mais atento durante a avaliação para compreender o que a criança com PEA está a expressar, com vista a efetuar a recolha de dados para definirem diagnósticos e intervenções adequadas à criança. A educação para a saúde, permitiu a transmissão de informações acerca da PEA com base numa relação de confiança, aceitação, apoio e compreensão. Para Sousa et al. (2018) perante a necessidade de acompanhamento e cuidado à criança autista, a enfermagem necessita de dispor de todo o seu conhecimento prático e científico para auxiliar as crianças a tornarem-se ativas na construção da sua vida e da sua independência. A enfermagem, no contexto da educação, promove o desenvolvimento das potencialidades das crianças com deficiência em todo o aspeto biopsicossocial. De acordo com a OE (2018) o EEESIP *“proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”* e *“procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança e jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”*. Na consulta encontra-se em desenvolvimento um projeto que tem o objetivo a capacitação parental dos pais de crianças com PEA. Este projeto baseia-se no Modelo de Denver. O Modelo de Denver de Intervenção Precoce é um método de intervenção precoce em crianças diagnosticadas com PEA e tem como finalidade fornecer aos pais as ferramentas e estratégias adequadas para ajudar a criança a seguir um caminho positivo em

termos de desenvolvimento, de forma eficaz (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015). Para a aplicação do modelo supracitado, os pais devem tornar-se parceiros da criança no jogo, para então, desenvolver brincadeiras contemplando rotinas de atividades conjuntas (Rogers & Dawson, 2016). Esta maximização do desenvolvimento fortalecerá a linha de resistência e a linha flexível de defesa que tem como finalidade manter a estabilidade.

Durante o estágio, na consulta de desenvolvimento colaborei na concretização do projeto, planeei e desenvolvi uma sessão de formação para os pais com crianças com PEA baseado no Modelo de Denver de Intervenção Precoce (Apêndice VII) e a construção de um documento orientador para a utilização da equipa de enfermagem que objetiva aprimorar a capacitação parental relativamente às estratégias a utilizar para ajudar a criança com PEA a envolver-se, a comunicar e aprender todos os dias (Apêndice VIII). Na PEA a prevenção primária passa por fortalecer as linhas de defesa que se encontram debilitadas através da redução de fatores de risco, prevenção do *stress* e capacitação parental contribuindo para reduzir o risco de maus-tratos na criança e jovem. Níveis elevados de *stress* podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional, a qual, por sua vez, pode atuar como fator de risco no aparecimento e amplificação de consequências negativas, tanto no desenvolvimento da criança como no funcionamento familiar.

Devemos reconhecer que, as famílias de crianças com PEA deparam-se com uma sobrecarga de exigências especiais que podem suscitar situações indutoras de *stress* e de tensão emocional. O *stress* dos pais das crianças autistas encontra-se relacionado a fatores como, a perturbação cognitiva da criança, a gravidade dos sintomas e as tendências agressivas do filho. Porém, um fator mediador deste *stress* é o suporte social que, quando percecionado, favorece o reajuste familiar. As necessidades parentais incidem, na maioria dos casos, na prestação de apoio por outros pais com crianças com PEA, informação incidente na criança, nomeadamente sobre a sua condição, o seu comportamento, o seu desenvolvimento e sobre atividades educativas, e por último, necessidade dos serviços nas áreas da educação e da saúde (Machado, 2016). Os cuidadores destas crianças passam por dificuldades intrafamiliares na interação com a criança, sendo um dos principais *stressores* a não-aceitação social e familiar da criança. Das estratégias de confronto identificadas perante esta situação, destacam-se: a capacidade de solucionar problemas (visão positiva da vida), procurar estratégias adaptadas às necessidades

dos filhos e aceitar os próprios limites (Trebien et al., 2018). As dificuldades em cuidar crianças com PEA são valorizáveis, para tal, torna-se fundamental que os cuidadores tenham à sua disposição uma rede de suporte por parte dos sistemas de saúde, educação, social e de segurança pública. Preconiza-se assim a estimulação do desenvolvimento e busca pela inserção da criança nos mais diversos âmbitos, para que esta tenha uma vida o mais próximo possível do idealizado (Sousa et al., 2018).

Com toda esta experiência, tive contributos relevantes para o desenvolvimento das seguintes competências específicas do EEESIP: *E1.1 – “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e jovem”*; *E1.2 – “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem”*; *E2.3 – “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”*; *E2.5 – “Promove a adaptação da criança e jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”*; *E3.1 – “Promove o crescimento e o desenvolvimento”*; *E3.3 – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”*; *E3.4 – “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.4. Serviço de Urgência Pediátrica

Ao longo de quatro semanas, integrei a equipa de enfermagem de um SUP, unidade na qual não possuía qualquer experiência profissional ou da formação inicial neste contexto. Estagiar neste local tornou-se deveras relevante para o desenvolvimento do estágio, no que se refere à minha área de interesse. No âmbito hospitalar, o SUP surge como o primeiro contacto para crianças e jovens que experienciam maus-tratos ou se encontram em risco. Segundo Peralva et al. (2016), não podemos deixar que o lado emocional, somente, conduza as situações e direcione as condutas, é importante agir com profissionalismo e ética favorecendo a efetividade das ações, sempre tendo presente que não temos o direito a julgar e a emitir juízos de valor diante das condições antes de serem esclarecidos os fatos que as envolvem. O enfermeiro deve estar capacitado para perceber e enfrentar o

problema, dando o devido encaminhamento para os órgãos da rede de proteção, realizar notificações e orientações, não só ao agredido como à família, tornando-se um agente facilitador na quebra do ciclo de maus-tratos.

As atividades desenvolvidas neste contexto (Apêndice III), a entrevista exploratória à enfermeira orientadora (Apêndice IV) e a observação participante na prestação de cuidados, a triagem, internamento e serviço de observação permitiram-me compreender com maior eficácia o circuito do cliente pediátrico que recorre ao serviço de urgência, bem como, o contexto no qual os cuidados se desenvolvem, os recursos presentes, o ambiente físico e humano e a função do EE. Por trabalhar em CSP identifiquei que, muitas vezes, as ocorrências ao SUP podiam ser evitadas se as famílias procurassem como primeira opção estes serviços, evitando a procura dos serviços hospitalares de forma injustificada e recorrente, sobrecarregando-os. Este facto promove o aumento da afluência e conseqüente do tempo de espera alargado, muitas vezes referido pelos clientes.

Na sala de triagem concretiza-se o primeiro contacto com a criança, jovem e família. Aqui, é exigido ao enfermeiro que possua conhecimento clínico e habilidades de intuição e comunicação para definir a prioridade de atendimento. Neste serviço é utilizado o sistema de Triagem de Manchester para identificar e priorizar as situações de saúde da criança. Em colaboração com a enfermeira orientadora tive oportunidade de fazer triagem de algumas crianças que recorreram ao SUP. Neste primeiro contacto tive em consideração, para além da doença aguda que levava os pais a recorrerem ao SUP, a identificação de *stressores* que possam estar presentes no contexto familiar permitindo o despiste de situações de maior complexidade como as relacionadas aos maus-tratos. Foi também alvo da minha especial atenção o impacto que a doença aguda da criança produz na família. A doença súbita que leva a família a recorrer ao SUP pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenha experienciado. Segundo Wright & Leahey (2000) no SUP os familiares poucas vezes verbalizam as suas dúvidas e a falta de informação sobre a doença, os seus medos, as experiências vividas, a falta de recursos e de apoio emocional contribuem também para aumentar os níveis de *stress* e ansiedade no contexto familiar, evidenciando-se no diálogo com os profissionais de saúde. No SUP tive a preocupação de ser empática e fornecer informação acerca do processo de atendimento e da doença. Dei instrução acerca das medidas a tomar enquanto aguardavam o atendimento médico, tendo como

objetivo a diminuição da ansiedade e *stress* vivenciados pela criança e família. A empatia dos profissionais de enfermagem deve basear-se no relacionamento interpessoal assente no respeito e reciprocidade, contribuindo para o cuidado resolutivo, levando ao aumento da capacidade do autocuidado, diminuição da ansiedade, *stress* e promoção do equilíbrio (Albuquerque et al., 2019).

No SUP, muitas vezes, acontecem momentos de conflito entre profissionais e clientes. O conflito deteriora as relações aumenta a ansiedade, a negação, a confusão, o ressentimento e a impotência. Ao observar como os enfermeiros exercem a sua liderança e fazem a gestão de conflitos, neste serviço, utilizando o diálogo, constituiu, para mim, um momento de grande aprendizagem. Lidar com pessoas requer uma sensibilidade constante e exige um contínuo aperfeiçoamento pessoal e de técnicas de comunicação. O enfermeiro, além dos conhecimentos científicos deve desenvolver competências na área da gestão de conflitos e ter como habilidades a capacidade de comunicação, observação, escuta ativa, senso crítico e empatia. Segundo Marta et al. (2010) a gestão de conflitos exige do enfermeiro habilidades administrativas, competência profissional e tempo disponível. Os conflitos entre os profissionais é uma realidade muito presente nos locais onde as pessoas têm que lidar com situações stressantes, como é o caso do SUP. A gestão adequada de conflitos evita assim os profissionais se sintam desmotivados e insatisfeitos, e promove a participação dos membros das equipas nas decisões partilhando as responsabilidades, mostrando-se imparciais e flexíveis. O gestor do conflito tem que mostrar uma visão holística acerca equipa, respeito pela visão individual e coletiva do problema e adaptando-as à realidade institucional. Segundo Souza et al. (2018) é primordial analisar as situações, respeitar as diferenças, ter um bom diálogo, ser bom ouvinte e posicionar-se perante a equipa criando um vínculo. O enfermeiro gestor deverá proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso.

Na sala de tratamentos tive a oportunidade de colaborar em diversos cuidados técnicos, em que ao executar o procedimento assumi um papel central no controlo da situação. Durante a realização dos procedimentos procurei que a presença dos pais fosse uma prioridade de modo que estes e as crianças e jovens se sentissem confiantes e seguros. Permiti que os pais participassem no cuidado sempre que o quisessem fazer. Durante os procedimentos dolorosos preparei a criança e família, avaliei a dor, e utilizei medidas não farmacológicas e farmacológicas atendendo à situação da criança e o seu estágio de desenvolvimento. Estive sempre atenta às

dúvidas e medos da criança e família. A promoção do conforto é um conceito primordial em enfermagem. Cada criança, jovem e família apresenta características fisiológicas, socioculturais, espirituais, psicológicas e ambientais que influenciam a forma como o conforto é avaliado e percebido. Tornou-se fundamental avaliar como a experiência da dor afeta a criança, jovem e família e, depois então, utilizar medidas que satisfaçam as suas necessidades. A Circular Normativa nº09/DGCG de 14 de Junho de 2003 refere, como norma de boa prática, a avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor aplicado em todos os serviços de prestação de cuidados de saúde à criança. A experiência da dor é complexa. Para a avaliação e o controlo da dor tornou-se basilar, logo que possível, a colheita de informação aliada à observação e entrevista aos pais e à criança a partir dos três anos tendo em conta os seguintes parâmetros: Características da dor; fatores de alívio e de agravamento; uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; formas de comunicar/expressar a dor; experiências anteriores; habilidades e estratégias para enfrentar a dor; comportamentos da criança e ambiente familiar; efeitos da dor na vida diária e impacto emocional e socioeconómico (Direção-Geral da Saúde, 2010). Quando a ansiedade de uma criança relacionada aos cuidados traumáticos não é devidamente controlada e se as experiências repetidas de dor e as memórias da dor não forem intervencionadas adequadamente, podem trazer consequências a longo prazo. A experiência anterior de dor não significa necessariamente que, futuramente, a criança aceite mais facilmente a dor. São diversas as estratégias não farmacológicas no controlo da dor: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, ambientais e suporte emocional. As estratégias não farmacológicas são frequentemente utilizadas no serviço nas diferentes idades. Estas modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar, visando alterar pensamentos negativos relacionados com a ansiedade e direcionam as crianças para atitudes e *coping* positivo, nomeadamente: amamentação, distração, imaginação guiada, massagem terapêutica, modelação/ensaio comportamental, preparação, reforço positivo, relaxamento muscular e administração de sucção não nutritiva (Direção-Geral da Saúde, 2012). No momento da administração de um injetável, coloquei o lactente à mama antes e durante o procedimento. Em crianças com idade igual ou superior a três anos antes do procedimento combinei com a criança o resultado esperado e a recompensa, e ao terminar elogiei e reforcei positivamente o seu comportamento oferecendo

pequenos prémios (autocolantes, diplomas). Utilizei a imaginação guiada que leva a criança a concentrar-se numa imagem mental do seu gosto e pode introduzir-se através de perguntas à criança acerca do seu herói favorito. Durante o procedimento incentivei a criança na construção de uma história que incluía esta personagem tendo esta estratégia auxiliado a criança a confrontar o momento, reforçando os poderes do seu ídolo como apoio para superar a situação e a manter-se calma utilizando estratégias respiratórias.

É a brincar que a criança expressa os seus medos, inquietações, anseios e deceções. A partir da brincadeira assume o controlo das situações que a assusta, interage com os profissionais de saúde e é capaz de efetuar escolhas. A utilização de *kits* temáticos mostraram-se eficazes no alívio da ansiedade, da dor e do medo aquando da preparação da criança para procedimentos invasivos. Nos jovens utilizei estratégias que exigiam uma participação mais ativa da sua parte. Ainda assim, não foi descurado o tipo de procedimento a efetuar, tendo em conta a sua exigência e duração. Procurei prestar cuidados humanizados e individualizados e de qualidade. Preparei a alta da criança realizando ensinamentos sobre o regime terapêutico a ser instituído, quando pertinente, e informei os pais para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Neste serviço, acompanhei duas crianças de sete e nove anos a que eram vítimas de maus-tratos psicológicos. Este facto foi observado durante a triagem. Os pais desvalorizavam e contestavam continuamente os filhos comparando-os com os irmãos e inferiorizando-os. Estas crianças apresentavam timidez e fâcias triste. É de salientar que neste serviço, perante a deteção de situações de maus-tratos a equipa multidisciplinar tem demonstrado constrangimentos, não intervindo, até ignorando. Em discussão e reflexão com a enfermeira orientadora, identificámos a necessidade de planeamento e elaboração de uma sessão de formação que objetivasse a sensibilização da equipa de enfermagem sobre a importância da atuação dos profissionais de saúde na identificação de sinais e sintomas da criança e jovem em situação de risco ou vítima de maus-tratos (Apêndice IX). Durante a sessão foi enfatizado a intervenção do enfermeiro como profissional capaz de reconhecer os sinais e sintomas de maus-tratos e perspetivar a intervenção e o acompanhamento junto da criança, jovem e família. No final da sessão, os participantes revelaram os seus principais constrangimentos e dificuldades nesta abordagem. Neste serviço de um hospital privado, as inconsistências identificadas ao nível da prática de cuidados

de enfermagem à criança, jovem e família em situação de maus-tratos, está relacionada com a inexistência de instruções de trabalho, que neste momento se encontram para aprovação e que integram na sua estrutura, um fluxograma de atuação perante tais situações. A médio prazo, prevê-se a constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar ou de um NHACJR, que apoie a equipa e encaminhe os casos sinalizados para outras entidades competentes.

Durante este estágio, foi possível integrar conhecimentos sobre a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção. Apesar de neste serviço a atuação se concentrar ao nível da prevenção secundária e terciária, em que as crianças e jovens recorrem ao SUP com fatores de risco já identificados, a prevenção primária não deve ser descurada. Utilizei todos os momentos de cuidado à criança, jovem e família para implementar uma intervenção preventiva, promovendo o cuidado adequado. Incluí os pais, impulsionando o conhecimento sobre o desenvolvimento e necessidades da criança com o objetivo de reter, atingir ou manter a estabilidade do sistema familiar. Segundo Woiski & Rocha (2010) a equipa de enfermagem deve intervir num atendimento adequado à criança, com profissionais que possuam responsabilidades profissionais próprias, em que o cuidado é o foco principal de atenção e o processo de enfermagem, o método de trabalho.

Perante o descrito, tive a oportunidade de desenvolver durante este estágio as seguintes competências específicas do EEESIP: *E1.1 – “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e jovem”*; *E1.2 – “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem”*; *E2.1 – “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”*; *E2.2 – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas”*; *E2.3 – “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”*; *E2.4 – “Providencia cuidados à criança e jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”*; *E3.3 – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”*; *E3.4 – “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.5. Cuidados de Saúde Primários

O último local de estágio deste percurso decorreu na unidade de saúde onde exerço funções. Nesta instituição, realizam-se atividades de vigilância de saúde através de rastreios em função das necessidades das crianças e jovens, possibilitando a deteção precoce de alterações e o seu diagnóstico em tempo útil e acompanhamento da evolução das situações de doença identificadas.

No âmbito da saúde infantil, a instituição disponibiliza à criança, jovem e família, o programa de vacinação, programa de saúde oral, avaliação do desenvolvimento infantil, psicologia, terapia da fala, apoio psicopedagógico/psicomotricidade, ortopedia dento-facial, ortodôncia fixa, alergologia pediátrica, nutrição, ecocardiogramas e eletrocardiogramas. Está disponível diariamente uma consulta para o atendimento de crianças em situação de doença. A vigilância de saúde tem como principal objetivo facultar às crianças um crescimento e desenvolvimento harmoniosos, otimizando as suas potencialidades físicas, psíquicas, afetivas e sociais. Segundo Gaíva et al. (2017) o crescimento e desenvolvimento é um importante indicador da qualidade de vida e da saúde infantil. Assim, o cuidado à saúde da criança e jovem representa um campo prioritário no âmbito dos cuidados à saúde das populações tendo em conta a vulnerabilidade do ser humano nesta fase da vida.

O programa de saúde infantil é o cerne de todos os outros serviços de saúde existentes nesta instituição. Como enfermeira de família com uma abordagem holística e empática apoiei e prestei cuidados à criança e família com vista à criação e desenvolvimento de uma relação de confiança. Ajudei a concretizar uma estratégia de vigilância de saúde adequada nos vários processos de saúde/doença ao longo do ciclo vital promovendo o apoio, suporte e aconselhamento, de modo a capacitar os pais para o seu papel parental. As consultas de enfermagem são efetuadas pelo enfermeiro responsável pela família. O enfermeiro acompanha a família no seu contexto e mantém o contacto ao longo do percurso de crescimento e desenvolvimento da criança, jovem e da própria família, favorece a eficácia das intervenções desenvolvidas e de mais conquistas em saúde. Segundo Monteiro et al. (2017), no que se refere ao desencadeamento de ações estratégicas de vigilância em saúde e objetivando o acompanhamento adequado, a consulta de enfermagem é competência exclusiva do enfermeiro, torna-se fundamental para identificar

problemas, planejar ações, bem como intervir por meio de medidas de prevenção e promoção, bem como, avaliar as ações implementadas.

Para este estágio em CSP os dois focos de atenção centraram-se na identificação de situações de risco de maus-tratos em crianças e jovens, e na sensibilização dos profissionais de saúde relativamente à deteção precoce e intervenção nas situações de risco de maus-tratos. A observação do brincar das crianças vítimas de maus-tratos revela perspectivas do seu passado, presente e futuro. Foi um dos recursos utilizados para a recolha de informação, não só ao longo da consulta mas ainda na sala de espera. Segundo Giacomello & Melo (2011) quando a criança brinca, ao faz de conta que é adulto evidencia a necessidade de se colocar na posição de quem detém o poder. O brincar de forma violenta é representado por atitudes provocadoras, agressivas e automutiladoras. Ao reviver situações quotidianas a criança exterioriza o que ela vive ou viveu com aquilo que ela pensa, deseja ou anseia.

Quando foram identificadas situações de risco ou mesmo maus-tratos, o estabelecimento de uma relação terapêutica tornou-se essencial e desenvolveu-se desde o primeiro contacto. A sua qualidade é fundamental para o alcance de uma parceria adequada utilizando como estratégias o apoio às famílias, o respeito, o encorajamento, a potencialização da competência familiar e, a promoção de uma parentalidade positiva. Segundo Lopes, Catarino & Dixe (2010) a parentalidade positiva integra um conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem dos seus filhos. É definida por comportamentos e valores parentais, que visam a promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo no melhor interesse da criança.

Durante a consulta de enfermagem existiu uma especial atenção no que diz respeito aos cuidados antecipatórios, reforço positivo da criança e família, identificação de possíveis *stressores* existentes e estabelecimento de uma comunicação efetiva. Segundo Moreira & Gaiva (2016) a comunicação na consulta de enfermagem deve ser adaptada a cada situação apresentada, tendo a família no centro deste processo, para que esta expresse os seus conhecimentos, valores, sentimentos além de ter uma participação ativa.

O desenvolvimento de atividades de educação para a saúde depende do interesse e empenho dos profissionais de saúde que atuam em CSP. Muitos fatores podem interferir, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais, mas não devem constituir uma barreira para a efetivação do trabalho

educativo em saúde (Roecker & Marcon, 2011). Efetuam-se atividades de educação para a saúde, de forma a disponibilizar a cada criança, jovem e família informações que contribuam para a opção de comportamentos conducentes à promoção da saúde e prevenção da doença.

A educação para a saúde engloba oportunidades de aprendizagem e entende-se como uma intervenção ao nível da prevenção primária, secundária e terciária dos maus-tratos. A prevenção primária centra-se em capacitar os pais de conhecimentos e habilidades que consolidem as linhas flexíveis de defesa e diminuam a possibilidade das crianças e jovens se depararem com os agentes *stressores* e reduzir os fatores de risco.

Avaliei as necessidades do cliente pediátrico e implementei intervenções de enfermagem direcionadas para a educação, suporte e apoio, que têm como finalidade um estado ótimo de bem-estar da criança e família. Utilizei uma abordagem positiva potencializando as famílias para o processo de cuidar. Como intervenções preventivas, realizadas durante as consultas de enfermagem, estimulei o toque, o contacto físico, o colo, estabeleci normas de segurança, incluí os pais nos cuidados, reconheci a sua importância no contexto familiar, fomentei o vínculo afetivo e promovi a adaptação à parentalidade. Ao longo da consulta de enfermagem os pais evidenciam necessidades emocionais e, como tal as intervenções de enfermagem basearam-se na defesa da família, na prevenção de doença, na promoção da saúde, na educação para a saúde e na colaboração com outros elementos da equipa multidisciplinar para que beneficiem de um suporte e aconselhamento adequados. Segundo Neves (2012) o enfermeiro de família deve dominar não só a promoção de cuidados terapêuticos, mas também a de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado ao longo do ciclo de vida. Os cuidados antecipatórios são fundamentais para a promoção da saúde e prevenção da doença permitindo que os pais obtenham os conhecimentos necessários para desempenharem com êxito o seu papel parental, considerando a promoção e proteção dos direitos da criança (Direção-Geral da Saúde, 2012). A prevenção secundária visa a deteção precoce e o tratamento das situações de risco. Privilegiou-se uma observação cuidada da interação dos pais com a criança e jovem.

A adolescência, o nascimento de um irmão e a doença são considerados períodos críticos dos ciclos da vida familiar. Reconhece-se que nestas situações de

risco é uma prioridade intervir eficazmente, pois a probabilidade de ocorrerem maus-tratos é muito elevada. A minha experiência nesta instituição leva-me a afirmar que a inexistência atual de visita domiciliária por escassez de recursos humanos é uma lacuna que deve ser ultrapassada. Anteriormente, quando a visita era efetuada, a intervenção de enfermagem demonstrava-se muito eficaz em contexto de famílias de risco, nomeadamente na promoção da saúde e na realização de sessões de educação para a saúde. A visita domiciliária resultava na identificação de *stressores* não detetados aquando da consulta de enfermagem, em que o risco de compromisso do exercício do papel parental era o diagnóstico mais frequente. Nestes casos problemáticos, as famílias, não se deslocavam à instituição pela conjugação de diversos fatores, desde a falta de recursos económicos à falta de tempo pelo excesso de trabalho de um dos progenitores, desencadeando-se situações de risco para a criança, jovem e família. No contexto de visita domiciliária privilegiávamos de um contacto mais próximo da realidade, pelo que se torna mais fidedigna a identificação do ambiente em que a criança se desenvolve, dos agentes *stressores* e dos recursos da família. A visita domiciliária é reconhecida como uma estratégia para o trabalho na comunidade. Proporciona aos profissionais o conhecimento sobre o indivíduo, o seu verdadeiro contexto de vida ou meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação e relações afetivo-sociais entre os vários membros. Pois não facilita apenas a adaptação do planeamento, mas também a assistência da equipa de enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe (Mazza, 1994).

Nesta instituição não existe um NACJR para onde são encaminhadas as situações de risco ou suspeitas de maus-tratos infantis. Perante cada situação identificada os profissionais de saúde seguem as orientações da DGS (2011). A necessidade de incrementar a sensibilização, formação e preparação dos profissionais de saúde contribuindo para o desenvolvimento de uma rede interna que mobilize a intervenção ao nível da prevenção, deteção precoce e encaminhamento das crianças, jovens e famílias em risco de maus-tratos é uma prioridade.

Durante este estágio estive mais atenta à problemática dos maus-tratos, identifiquei diversos *stressores* na população que frequenta esta unidade de saúde, tais como contextos familiares disfuncionais, situação socioeconómica vulnerável (baixos rendimentos), baixo nível de escolaridade, dependência e comportamentos aditivos.

Contudo, tinha consciência que os aspetos relacionados com os maus-tratos infantis eram descorados pelos profissionais de saúde nomeadamente os enfermei-

ros. Assim, decidi realizar uma entrevista exploratória, aos enfermeiros, para compreender que conhecimentos tinham desta problemática. Dessa entrevista emergiu dois aspetos, fracos conhecimentos na identificação de situações de maus-tratos e necessidade de formação. Perante esta constatação tornou-se evidente a necessidade da realização de uma sessão de formação que contribuísse para a sensibilização dos profissionais de saúde, no sentido de despertar uma atitude mais pró-ativa na deteção e encaminhamento precoce das situações de risco identificadas. Assim, em colaboração com a EE orientadora na maximização e potencialização da saúde da criança e jovem, foi feita uma sessão de formação para todos os profissionais de saúde (Apêndice X). No final da sessão procedeu-se à avaliação da mesma pelos formandos e discutiram-se situações específicas de maus-tratos de criança que são acompanhadas na instituição e como intervimos ao nível da prevenção, deteção precoce e acompanhamento destas e famílias. Foram também identificados os principais constrangimentos relacionados com a pouca intervenção nesta área por parte dos enfermeiros. Estes, estão relacionados com o limitado tempo de contacto com a criança, jovem e família durante as consultas. Foi ainda evidenciando a necessidade de implementar a visita domiciliária como uma prioridade a curto prazo. De igual modo com a colaboração da EE orientadora, foi elaborada uma instrução de trabalho que uniformize, clarifique e estabeleça linhas orientadoras de intervenção perante situações de risco de maus-tratos (Apêndice XI).

Durante este estágio tive a oportunidade de participar no seminário “Conversas sobre promoção e prevenção dos direitos das crianças – O selo protetor como certificado de boas práticas” que decorreu numa escola da área desta instituição. Foi promovido por três entidades que obtiveram desde o ano de 2017 o selo protetor. Este projeto objetiva a gestão do risco e perigo e perspetiva uma oportunidade de autodiagnóstico e capacitação dirigida às Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ) no âmbito da promoção e proteção dos direitos das crianças. Receber o selo protetor denota que a entidade possui foco nos direitos das crianças, criando metodologias pró-ativas de prevenção desses mesmos direitos.

Tendo em conta os objetivos e atividades propostas para este local de estágio, considero ter atingido as seguintes competências específicas do EEESIP: *E1.1 – “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e jovem”*; *E1.2 – “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de*

risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem”; E3.3 – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”; E3.4 – “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

4. SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O ambiente de formação é sustentado pela rede de interações entre a instituição de formação e os serviços de saúde, e também por uma relação supervisiva. O EE é aquele a quem se reconhece as competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem. Para a atribuição do título de EE, devemos partilhar um conjunto de competências comuns, apropriáveis em todos os contextos de saúde. Compreendem as dimensões da educação, dos clientes e pares, da liderança e também, a responsabilidade de disseminar a investigação importante e pertinente, que permita a melhoria de forma contínua da prática de enfermagem (OE, 2018).

No desenvolvimento das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considero que a tomada de decisão ética e deontológica foi alcançada na construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com a criança, jovem e família. O desenvolvimento desta competência assenta em cuidar da criança na sua globalidade independentemente da sua etnia, respeitando as suas crenças e valores; promover o envolvimento dos pais durante a prestação de cuidados e nas decisões a tomar; garantir a privacidade em todos os momentos que assim o exijam (higiene, conversas mais íntimas); refletir acerca da tomada de decisão e partilhar os resultados deste processo; adequar as respostas a cada situação apresentada (doença, internamento, exames complementares de diagnóstico); advertir as crianças e as famílias facultando-lhes toda a informação e preservar as suas preferências. A prática de cuidados visando a promoção e proteção dos direitos humanos, assegurou-se através da confidencialidade, respeito pelo direito, dignidade, valores, costumes e crenças privilegiando os cuidados de qualidade. Salvar a criança em risco, priorizar a denúncia, o encaminhamento e a intervenção de enfermagem são práticas que contribuem para a defesa dos direitos das crianças e jovens. Exigi uma atitude crítica e reflexiva sobre as situações, baseada na evidência científica, que por sua vez possibilitou a tomada de decisão informada e centrada na pessoa. Durante o percurso formativo a capacitação da equipa de enfermagem para a identificação da criança e jovem em situação de risco através da formação em serviço e reflexão das principais dificuldades/constrangimentos, permitiu o desenvolvimento de liderança nos

processos de tomada de decisão ética. A partilha e a reflexão tornaram-se contributos relevantes para a adoção de cuidados antecipatórios com a finalidade de promover o bem-estar da criança, jovem e família. Com vista à melhoria de cuidados, auxiliei a equipa multidisciplinar na tomada de decisões, demonstrando um exercício profissional seguro e utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

No domínio da melhoria da qualidade, destaco o investimento na área dos maus-tratos à criança e jovem, transversal a todos os locais de estágio. Foram identificadas oportunidades e estratégias de melhoria, estabelecidas prioridades em que a operacionalização de documentos impulsionou a melhoria dos cuidados prestados. O EE colabora na conceção de projetos institucionais na área da qualidade, desempenhando um papel ativo na manutenção de ambientes seguros para todos. Tornou-se assim fundamental monitorizar os resultados da atividade clínica e elaborar planos de formação em serviço após a avaliação das necessidades da equipa multidisciplinar.

No domínio da gestão de cuidados, desenvolvi competências na otimização do processo de cuidados no que concerne à tomada de decisão. A avaliação das práticas e a implementação de programas de melhoria contínua aperfeiçoaram a resposta da equipa multidisciplinar, maximizando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. A minha ação neste domínio prendeu-se com a participação em reuniões interdisciplinares; articulação com equipa médica e com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança; liderança da equipa de enfermagem respeitando os princípios da delegação (distribuição dos elementos da equipa de enfermagem de forma equitativa tendo em conta a dependência dos clientes e experiência profissional) e a procura pela atualização relativamente às políticas de saúde e normas da organização.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais refere-se à capacidade de autoconhecimento e assertividade. Procurei desenvolver uma práxis clínica baseada na evidência científica (sustentar a prática clínica através de pesquisa regular para me manter atualizada; *guidelines*). O autoconhecimento e reconhecimento favorecem e facilitam a gestão de situações de risco (gestão de conflitos com a sua resolução em local adequado; reunião de passagem de turno). Integrar a evidência científica na prática de cuidados ajuda a promover uma maior responsabilização sobre a transmissão de conhecimentos. O EEESIP utiliza um

modelo conceitual centrado na criança e família. Atua em parceria em qualquer contexto em que ela se encontre para impulsionar o maior estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde e mobilizando recursos de suporte à família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No que diz respeito à competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” destaco que a negociação e a participação no processo de recuperação da criança e jovem com vista à aquisição da sua plenitude e bem-estar foi sempre uma preocupação. No SUP e CSP o diagnóstico de situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem tornou-se um desafio. Identificar os *stressores* no sistema familiar e refletir acerca da intencionalidade da prática (atuar com intenção e não por rotina) despertou a minha atenção relativamente a aspetos antes considerados secundários). A sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de maus-tratos, consequências e prevenção e assistência da criança e jovem nesta situação em particular, foram competências desenvolvidas. Na UCIN a promoção dos cuidados em parceria e identificação das necessidades das famílias, permitiu-me potencializar e capacitar os pais no que se refere aos cuidados ao RN, com vista a um futuro que se impõe no momento da alta. Ainda a destacar a educação para a saúde realizada em todos os locais de estágio, permitiu-me trabalhar com a criança, jovem e família na adoção de comportamentos promotores de saúde. A intervenção precoce nas doenças comuns às várias idades conseguiu-se pela ampla diversidade de casos clínicos existentes em cada serviço, sentindo-me algo limitada anteriormente neste campo devido à pouca variedade de situações no meu local de trabalho.

Relativamente à competência “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” considero que o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte prestando cuidados de enfermagem adequados, foi desenvolvida com sucesso. O SUP e IP pelo conjunto de situações presentes permitiram a aquisição de conhecimentos sobre diversas patologias e fatores agravantes inerentes, favorecendo uma atuação segura e apropriada. A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas foi aperfeiçoada. O controlo da dor é mais do que apenas administrar analgésicos. A avaliação acerca da experiência da dor afeta à criança, assim como, o uso de medidas que satisfaçam as necessidades únicas de cada uma delas

tornou-se uma prioridade. Desenvolvi uma consciência da dor quando cuido de crianças e jovens, selecionei medidas adequadas e avaliei os resultados das ações no alívio da mesma. O diagnóstico de necessidades especiais e incapacidade na criança e jovem mereceu destaque na consulta de desenvolvimento. A promoção da adaptabilidade da criança, jovem e família à deficiência/incapacidade, bem como, a utilização de estratégias promotoras de esperança e o reforço positivo tornaram-se contributos eficazes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e resultados esperados.

Na competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” a promoção do crescimento e desenvolvimento foi uma área melhorada. Realço o desenvolvimento de competências inerentes ao processo de vinculação através da avaliação do desenvolvimento da parentalidade, promoção da amamentação e contacto físico com o RN, sendo o estágio na UCIN deveras significativo nestes aspetos. A comunicação, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança facilita a expressão de emoções, e respeito pela sua individualidade, a qual mereceu destaque transversal a todos os locais de estágio. O reforço positivo e a promoção da autoestima no adolescente centraram-se na identificação dos estádios do processo de mudança e conseqüentemente na adoção de comportamentos saudáveis.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve as aprendizagens, o contexto e os profissionais de saúde. Os saberes constroem-se através da aplicação do conhecimento aos problemas identificados, mediado por uma prática reflexiva e desenvolvimento de saberes.

Pelo que foi referido anteriormente considero ter atingido o que me propus com a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, desenvolvendo e adquirindo competências do EEESIP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo culmina com a concretização do presente relatório que sintetiza as atividades desenvolvidas durante o estágio e o trajeto percorrido durante este processo de aprendizagem. A utilização de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva articulada com a evidência científica permitiu, o desenvolvimento progressivo de competências e concretizou do mesmo modo a avaliação, compreensão e pensamento sobre a prática em diversos contextos e momentos. De forma gradual, possibilitou também a resposta às necessidades de formação inicialmente identificadas.

Devo realçar o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. O EE dotado de competências na sua área deve responder às evoluções técnico-científicas para alcançar os resultados esperados e as intervenções do profissional de saúde são fundamentais na deteção de erros e prevenção da ocorrência de outros. O termo competência define-se como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam um elevado desempenho, é percebida como conjunto de recursos, que o indivíduo detém e um saber agir com responsabilidade e reconhecimento, mobilizando, integrando e transferindo conhecimentos, recursos e habilidades (Fleury & Fleury, 2001). Para Benner (2001) o desenvolvimento de competências faculta que o enfermeiro planeie e coordene os diversos cuidados valorizando sempre as necessidades dos clientes. O enfermeiro torna-se competente quando se consciencializa das suas ações e analisa as situações vivenciadas de forma a conseguir priorizar as intervenções de forma apropriada.

A trajetória rumo ao título de EEESIP encontrou alguns entraves, que se tornaram possíveis de ultrapassar devido à identificação de necessidades de aprendizagem e das competências a atingir. A mobilização apropriada dos saberes teóricos, inerentes à problemática em questão para a prática de cuidados, evidenciou-se como complexa de contrariar. Para tal, as estratégias utilizadas (pensamento crítico, análise e reflexão) foram potenciadoras de um crescimento pessoal e profissional. Sinto-me transformada, nos cuidados que presto e na maneira como me relaciono com as crianças, jovens e famílias. A articulação de pensamento e a sensibilidade na deteção despoletou maturidade nas minhas intervenções e na tomada de decisão. O meu desempenho no cuidado à criança e família tornou-se mais personaliza-

do e criticamente refletido, evidenciando-se preocupações éticas na prestação de cuidados. Deste modo, a eficácia da aprendizagem depende da aquisição de estratégias cognitivas e metacognitivas que facultem ao aluno planear o seu desempenho, isto é, consciencializar-se dos processos que utiliza para aprender e a tomada de decisões apropriadas sobre que estratégias empregar em cada tarefa e, ainda, avaliar a sua eficácia (Ribeiro, 2003).

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 limitada formação técnico-científica, conhecimentos débeis sobre aspetos legais como a obrigatoriedade da notificação, políticas públicas de saúde adotadas no país, dados epidemiológicos, fatores de risco e consequências do problema. Estes determinantes são entraves que dificultam a progressão favorável e efetiva. 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.

Tornou-se relevante o contributo da integração e mobilização dos desígnios do modelo de sistemas de *Betty Neuman* para orientar a prática. Os objetivos da intervenção de acordo com o Modelo de Sistemas de *Betty Neuman* devem ser definidos pela interação da criança e dos seus familiares potenciando a negociação para garantir as mudanças desejadas, prevalecendo o bem-estar do sistema familiar e, concomitantemente estabelecer relações familiares saudáveis.

A prática de enfermagem está em constante mutação. A capacidade de ter pensamento crítico revela o nosso empenho na aprendizagem. Podemos aplicar os nossos conhecimentos de base, específicos, a experiência, competências de pensamento crítico à medida que vamos conduzindo o processo de enfermagem. Constitui-se como objetivo organizacional proporcionar uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados e persistir na procura de oportunidades que sejam promotoras do desenvolvimento de competências de EEESIP. Ambiciono utilizar os contributos do processo formativo para constituir, num futuro próximo, um grupo de trabalho que apoie a equipa multidisciplinar no processo de deteção, sinalização e encaminhamento de crianças e jovens em situação de maus-tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia e Conselho da Europa. (2015). *Manual de legislação europeia sobre os Direitos da criança*. Acedido em: 18/01/2020. Disponível em: https://www.echr.coe.int/Documents/Handbook_rights_child_POR.PDF
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Albuquerque, M.C.S., Souza, D.F.S., Maynard, W.H.C., Bezerra, L.F.D., Cassimiro, A.R.T.S., & Cavalcante, J.C. (2019). Empatia dos profissionais de enfermagem de um serviço de urgência hospitalar de emergência. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 48, 1-13.
- Alves, J.M.N.O., Amendoeira, J.J.P., & Charepe, Z.B. (2016). The parental care partnership in the view of parents of children with special health needs. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), 1-7.
- Apolinário, M.I.C.G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 83-92.
- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional*. Acedido em: 12/01/2020. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: Compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2013-2018). *Estatísticas APAV: Crianças e Jovens Vítimas de Crime e de Violência*. Acedido em: 06/01/2020. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Crianças_e_jovens_vitimas_crime_violencia_2013_2017.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2019*. Acedido em: 24/06/2020. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf

- Azevedo, M.S.N., Oliveira, I.C.S., Souza, T.V., Moraes, J.R.M.M., Martinez, E.A., & Araújo, B.S. (2018). O empoderamento de mães de crianças numa unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1061-1070.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise psicológica*, 16(1), 11-28.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bortolin, D., Donelli, T.M.S., & Tabaczinski, C. (2019). Experiências Maternas no Contexto da Prematuridade: um Estudo de Revisão Sistemática. *Revista do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul*, 3(2), 142-155.
- Cardoso, A.M.R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai – Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf
- Cardoso, A., Silva, A.P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 11-20.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2020). *Relatório de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens - 2019*. Acedido em: 23/09/2020. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+da+atividade+das+CPCJ+do+ano+de+2019/e168c7fb-ddc8-4524-ba20-9511d8a5ae27>
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2008). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239-2248.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, C., & Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Revista Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1578-1587.

- Cypriano, L.M., & Pinto, E.E.P. (2011). Chegada inesperada: A construção da parentalidade e o bebês prematuros extremos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9(2), 2-25.
- Dias, S., Pimentel, J.S., Baptista, M. (2008). Impacto e importância do diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento na vida da criança e da sua família. *INFAD Revista de Psicologia*, 1, 73-80.
- Diogo, P., Baltar, P. & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Revista Investigação qualitativa em saúde*, 2, 1632-1642.
- Diogo, P. (2017). Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: proposta de um modelo orientador da prática, 1-16.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor na criança*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Política de Justiça. (2015). *Promoção e Proteção dos Direitos da Criança*. Lisboa: DGPJ.
- Fernandes, N.G.V., & Silva, E.M.B. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 107-115.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança-Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-539.
- Figueiredo, M.C.A. (2015). Cuidados centrados na família: do discurso à prática. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 3-4.
- Fleury, M.T.L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196.

- Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A.M. Tomey, & M.R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Freese, B.T., & Lawson, T.G. (2011). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M.R. Alligood, & A.M. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7.^a ed.). Barcelona: Elsevier.
- Gaíva, M.A.M., Monteschio, C.A.C., Moreira, M.D.S., & Salge, A.K.M. (2017). *Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00009.pdf>
- Galvão, D.M.P.G, Marques, C.S.S., Teixeira, D.N.C., & Cunha, M.P.G. (2018). O enfermeiro e a família da criança com perturbação do espectro do autismo. *Revista de Psicologia*, 1(2), 279-286.
- Garbin, L.M., Rodrigues, C.C., Rossi., L.A., & Carvalho, E.C. (2009). Classificação de resultados de enfermagem (NOC): Identificação da produção científica relacionada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 508-515.
- Giacomello, K.J., & Melo, L.L. (2011). Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, 16(1), 1571-1580.
- Gomes, C.G.S., Souza, D.G., Silveira, A.D., & Oliveira, I.M. (2017). Intervenção comportamental precoce e intensiva com crianças com autismo por meio da capacitação de cuidadores. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 23(3), 377-390.
- Gomes, A.Z., Galindo, E.M.C., Bragagnollo, G.R. Morero, J.A.P., & Santos, M.T.S. (2017). Stress maternal and the relationship between children with disorder attention deficit and hyperactivity. *Revista UNINGÁ*, 51, 107-111.
- Hernández-Herrera, D.E., & Flores-Hernández, S. (2002). Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Revista de Enfermería del IMSS*, 10(3), 125-129.
- Hildebrand, N.A., Celeri, E.H.R.V., Morcillo, A.M., & Zanolli, M.L. (2015). Violência Doméstica e Risco para Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 213-221.

- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.ª ed.). (Vol. I). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.ª ed.). (Vol. I). Loures: Lusociência.
- Inácio, A.L.R., & Peixoto, A.P.G.L. (2017). A assistência de enfermagem e o cuidado familiar às crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 15(53), 87-94.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2.0*. Lisboa: OE.
- Kiche, M. T. & Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 125-130.
- Knauth, D.G. (2001). Martial change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-184.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *The world report on violence and health*. Geneva: WHO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=71F0FA504B6A95C8A8D8AF3B517BAEC4?sequence=1
- Lei n.º 147/99 (1990). Lei de Bases da Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I série-A (N.º 195, 24 de Agosto de 1990), 3452-3459. **ELI:** <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
- Lei n.º 30/92 (1992). Resolução do Conselho de Ministros. Assembleia da República. *Diário da República*, I série-B (N.º 189, 18 de Agosto de 1992), 4013-4014. **ELI:** <https://dre.pt/application/conteudo/282102>
- Lei n.º 98/98 (1998). Decreto-Lei. Assembleia da República. *Diário da República*, I série-A (N.º 91, 18 de Abril de 1998), 1711-1713. **ELI:** <https://dre.pt/application/conteudo/174848>
- Lei n.º 147/99 (1999). Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I série-A (N.º 204, 1 de Setembro de 1999), 6115-6132. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 12/2008 (2008). Lei de Promoção dos Direitos e de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I série-A (N.º

- 12, 17 de Janeiro de 2008), 559-567. **ELI:**
<https://dre.pt/application/conteudo/248484>
- Lei n.º 111/2009 (2009). Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 180 de 16-09-2009), 6528-6550. **ELI:** <https://dre.pt/application/file/a/490277>
- Lei n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, II Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660-16665. **ELI:** <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Lei n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. **ELI:** <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Lei n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. **ELI:** <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Lopes, M.S.O.C., Catarino, H., & Dixe, M.A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 109-118.
- Lopes, M.S.O.C., & Dixe, M.A.C.R. (2012). Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 787-795.
- Lotto, C.R., & Linhares, M.B.M. (2018). “Skin-to-Skin” Contact in Pain Prevention in Preterm Infants: Systematic Review of Literature. *Trends in Psychology*, 26(4), 1715-1729.
- Machado, M.M. (2016). Famílias de crianças com perturbação do espectro do autismo: análise de comentários textuais de mães num fórum de discussão online. *Revista Indagatio Didactica*, 8(5), 197-216.
- Madeira, A.F. (2011). Considerações culturais no mau trato. *Psicologia.pt*, 1-11. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0596.pdf>
- Mano, M.J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de Enfermagem Referência*, 8(5), 53-61.

- Marta, C.B., Lacerda, A.C., Carvalho, A. C., Stipp, M.A.C., & Leite, J.L. (2010). Gestão de conflitos: Competência gerencial do enfermeiro. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2, 604-608.
- Martins, C.B.G., & Jorge, M.H.P.M. (2010). Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 423-428.
- Martinez, E.A., Tocantins, F.R., & Souza, S.R. (2013). The specificities of communication in child nursing care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 37-44.
- Mazza, M.M.P.R. (1994). *A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde*. (Estudo Monográfico). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38143/40877>
- Melo, E.M.O.P., Ferreira, P.L., Lima, R.A.G., & Mello, D.F. (2014). The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 432-439.
- Martins, C. B. G.& Jorge, M. H. P. M. (2010). Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta paulista de Enfermagem*. 23(3).
- Mendes, M.G.S.R., & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113-121.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.
- Monteiro, A.T.A., Ferrari, R.A.P., Tacla, M.T.G.M., Souza, A.L.D.M. (2017). Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 17(1), 7-13.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008) *Classificação dos resultados de enfermagem* (3.^a ed.). Porto Alegre: Edições Artmed.
- Moreira, M.D.S., & Gaiva, M.A.M. (2016). Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, 15(4), 677-684.
- Murakami, R., & Campos, C.J.G. (2011). Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 254-260.

- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Newman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Neves, M. M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE.
- Oliveira, P., & Simões, A. (2014). Maus-tratos à infância: As referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). *Revista Portuguesa de Saúde Mental (Ed. Especial 1)*, 82-89.
- Osti, N.M., & Sei, M.B. (2016). A Importância da Família na Clínica Infantil:Um Ensaio Teórico-Clínico. *Revista Temas em Psicologia*, 24(1), 145-157.
- Parrilla, F.J., Abril, M.L., Loscertales, A.M., Morant, M.M.B.M., Fernández, D.L., Macias, C., & Rivera, C.N. (2003). Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *Revista Vox Pediatrica*, 11(2), 27-33.
- Peralva, T.R., Araújo, A.K.C., Bezerra, C.S., Souza, D.O., Rafael, L.C., & Melo, R.A. (2016). Domestic violence in the perception of emergency service nurses. *Portuguese ReonFacema*, 2(3), 221-228.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS.
- Reis, H.I.S., Pereira, A.P.S., & Silva, L. (2016). Da avaliação à intervenção na perturbação do espectro do autismo. *Revista Educação Especial*, 29(55), 269-280.
- Reticena, K.O., Yabuchi, V.N.T., Gomes, M.F.P., Siqueira, L.D., Abreu, F.C.P., & Fracolli, L.A. (2019). Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira infância: revisão sistemática de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1-10.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição: Um apoio ao processo de aprendizagem. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 109-116.

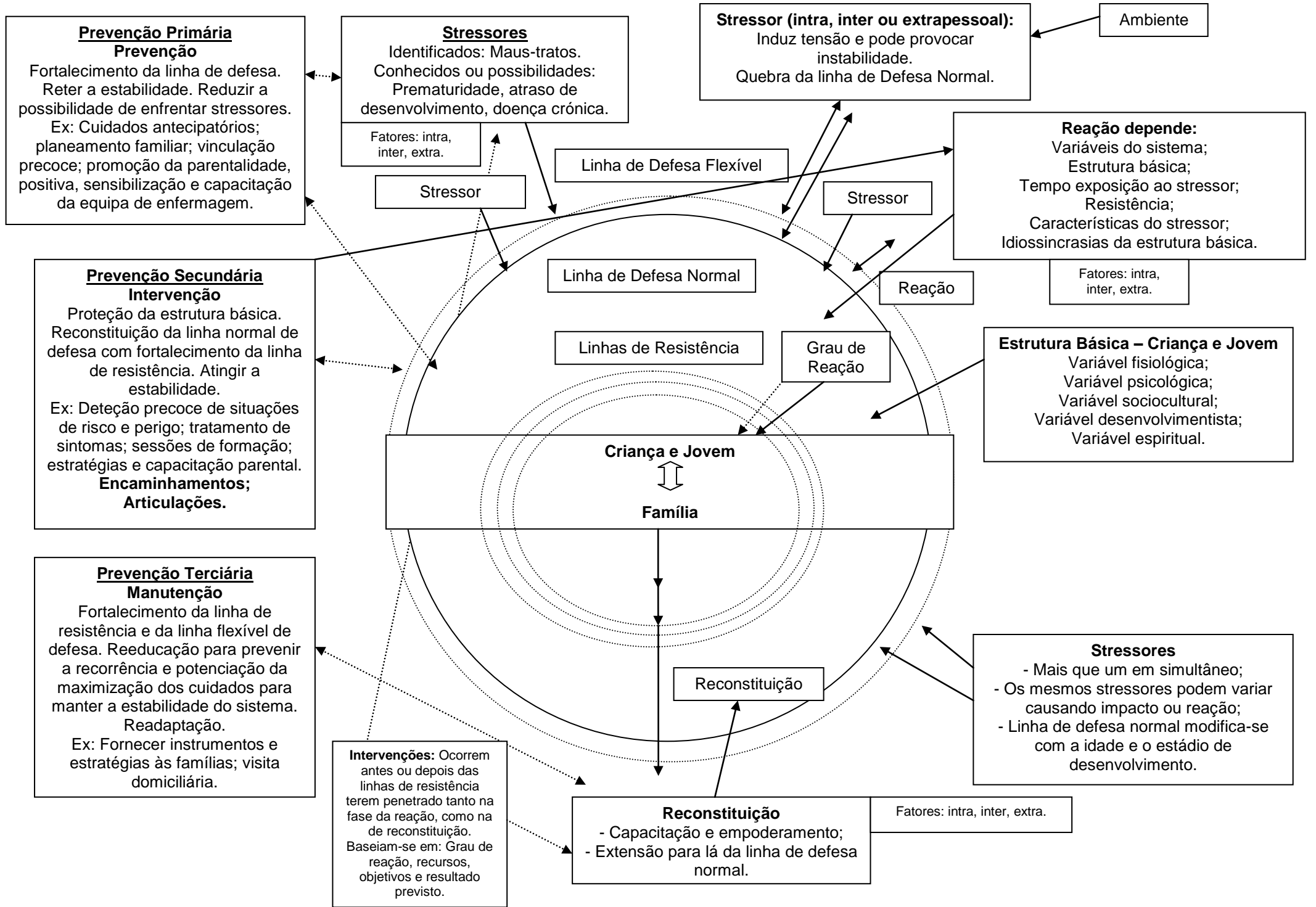
- Rodrigues, E., & Lobo-Fernandes, M.J. (2014). Maus-tratos a crianças e jovens. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. (pp. 423-432). Lisboa: Lidel.
- Roecker, S., & Marcon, S. S. (2011). Educação em Saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(4), 701-709.
- Rogers, S., & Dawson, G., & Vismara, L. (2015). *Autismo – Compreender e agir em família*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Rogers, S., & Dawson, G. (2016). Intervenção precoce em crianças com autismo: Modelo de Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização. *Educar em Revista*, 59, 293-297.
- Sacramento, L.C.A., Santos, L.S., Reis, I.L.S., Reis, N.R.O.G., & Coutinho, M.L. (2017). Os desafios da prática da Enfermagem no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. *International Nursing Congress*, 9(12), 1-4.
- Santos, A. M. A. J., Alves, C. F. M., & Apolinário, M. I. C. G. (2010). A aquisição de competências parentais na área do cuidar do recém-nascido prematuro efectividade da educação realizada pelo enfermeiro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 237-250.
- Santos, E.M.M., & Fernandes, A.M. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 59-62.
- Schapira, I. T., & Aspres, N. (2004). Estrés en recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos (UCIN): Propuestas para minimizar sus efectos. *Revista del Hospital Materno Infantil Remón Sardá*, 23(3), 113-121.
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C., & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 13-23.
- Silva, D.M., Afonso, V.L.F., & Silva, E.M.B. (2014). Conhecimento dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Revista Millenium*, 47, 69-82.
- Sousa, B.S.A., Almeida, C.A.P.L., Carvalho, H.E.F., Gonçalves, L.A., & Cruz, J.N. (2018). A enfermagem no cuidado da criança autista no ambiente escolar. *Revista Saúde e Pesquisa*, 11(1), 163-170.
- Sousa, M.D., Magalhães, F.J., Rolim, K.M.C., Vasconcelos, S.P., Albuquerque, F.H.S., & Pinto, M.M.M. (2019). Síndrome da Abstinência Neonatal:

- Intervenções/Atividades de Enfermagem junto ao recém-nascido e a puérpera. Revista Investigação Qualitativa em Saúde, 2,1519-1527.*
- Souza, A.C.D., Silva, F.S., Espindola, J.S., Moreira, N.L., & Draganov, P.B. (2018). Atuação do enfermeiro nas estratégias para resolução de conflitos. *Revista de Administração em Saúde, 18(73).*
- Trebien, H.A.C., Depine, A.F.A., Porto, T.H., & Pasqualotto, R.A. (2018). Resiliência em pais que cuidam de crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista. *Revista Publicatio - Ciências Sociais Aplicadas, 26 (3), 341-352.*
- United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança.* Nova Iorque: UNICEF. Acedido a: 12/01/2020. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- United Nations Children's Fund. (2017). *A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents.* Nova Iorque: UNICEF. Acedido a: 12/01/2020. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf
- Watson, J. (2012). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem.* Loures: Lusociência.
- Woiski, R.O.S., & Rocha, D.L.B. (2010). Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 14(1), 143-150.*
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2000). *Nurses and families – A Guide to Family Assessment and Intervention.* Philadelphia: F.A. Davis Company.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Modelo de sistemas de *Betty Neuman* adaptado à problemática dos maus-tratos à criança, jovem e família com base em Freese (2004)



APÊNDICE II

Cronograma de Estágios

Ano	2019															2020																			
Mês	Set	Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro				Fevereiro														
Dias	23 27	30 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4 8	11 15	18 22	25 29	2 6	9 13	16 20	23 27	30 3	6 10	13 17	20 24	27 31	3 7	10 14	17 21	24 29												
IP																Férias Natal																			
UCIN																																			
Consulta de Desenvolvimento Infantil																																			
SUP																																			
CSP																																			
Relatório	Realização de relatório. Entrega em Setembro de 2020																																		

APÊNDICE III

Objetivos e atividades desenvolvidas em cada local de estágio

Internamento Pediatria	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas
<p><u>Datas:</u> 23 de Setembro a 13 de Outubro de 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade em todas as faixas etárias e ao longo do ciclo de vida com vista ao desenvolvimento das competências específicas do EEESIP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o quadro de referência subjacente à prestação de cuidados de enfermagem. • Conhecer a articulação com outros serviços, saúde comunitária e outras instituições. • Participar no cuidado à criança e família em contexto de hospitalização. • Promover os cuidados em parceria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de aspetos de organização e funcionamento do serviço (normas, protocolos); • Realização de uma entrevista exploratória ao EEESIP; • Observação da dinâmica do serviço, método de trabalho, articulação da equipa multidisciplinar e filosofia de cuidados; • Pesquisa e leitura de evidência científica de acordo com as necessidades identificadas (patologias, procedimentos); • Observação participante do EEESIP enquanto líder da equipa: na gestão de enfermagem, na tomada de decisão, na abordagem de situações de maior complexidade ou de risco para a criança/família, no acolhimento ao serviço, na preparação para a alta e na articulação com outros serviços, saúde comunitária e outras instituições; • Observação participante do EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, com vista ao equilíbrio do sistema, promovendo o bem-estar e a adaptação ao contexto de hospitalização; • Prestação de cuidados à criança e família com implementação

	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências na detecção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança e jovem em risco de maus-tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção dos maus-tratos infantis. • Identificar situações de risco de maus-tratos. • Compreender a abordagem, articulação e encaminhamento de situações de maus-tratos realizado pela equipa multidisciplinar. 	<p>de estratégias promotoras de esperança, bem-estar, empoderamento, adaptação e <i>coping</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados em parceria. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens; • Observação participante da atuação do EEESIP em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; • Observação participante da atuação do EEESIP perante situações de risco destacando a articulação com organizações de outros níveis de intervenção; • Colaboração com o EEESIP na identificação de <i>stressores</i> no sistema familiar que constituam indícios de maus-tratos; • Observação participante da EEESIP na identificação de intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos; • Orientação antecipatória aos pais; • Realização de Jornal de Aprendizagem - reflexão acerca do cuidado ao recém-nascido (RN) com Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN), mais precisamente, em relação aos cuidados
--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Promover competências parentais (parentalidade positiva).	<p>em parceria e promoção da parentalidade.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reunião com EE que pertence ao NHACJR para reflexão e discussão de situações de maus-tratos a crianças e jovens.
--	--	---	--

UCIN	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas
<p style="text-align: center;"><u>Datas:</u> 14 de Outubro a 10 de Novembro de 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade em todas as faixas etárias e ao longo do ciclo de vida com vista ao desenvolvimento das competências específicas do EEESIP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o quadro de referência subjacente à prestação de cuidados de enfermagem. • Promover cuidados neuroprotetores. • Participar no cuidado ao recém-nascido doente e família, com necessidades especiais e/ou prematuro e família. • Promover o equilíbrio do sistema e empoderamento em situações de <i>stress</i> e especial complexidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de normas institucionais e de protocolos do serviço; • Realização de uma entrevista exploratória à EEESIP; • Observação da dinâmica do serviço, método de trabalho, articulação da equipa multidisciplinar e filosofia de cuidados; • Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito da prematuridade; • Observação participante do EEESIP enquanto líder da equipa: na gestão de enfermagem, na tomada de decisão, na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para o RN/família, no acolhimento ao serviço, na preparação para a alta e na articulação com outros serviços, saúde comunitária e outras instituições; • Programação com a EEESIP de cuidados baseados nos critérios e atributos da área de intervenção; • Observação participante da prestação de cuidados pela EEESIP, em distintas situações na UCIN; • Colaboração, com a EEESIP, na prestação de cuidados em parceria; • Promoção de estratégias promotoras de esperança, bem-

	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências na detecção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança em risco de maus-tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção dos maus-tratos infantis. • Identificar situações de risco de maus-tratos. • Orientar os enfermeiros na capacitação dos pais para o desempenho do papel parental na UCIN. 	<p>estar, adaptação e <i>coping</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens; • Observação participante da atuação da EEESIP em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; • Observação participante da atuação da EEESIP perante situações de risco destacando a articulação com organizações de outros níveis de intervenção; • Colaboração com a EEESIP na identificação de <i>stressores</i> no sistema familiar que constituam indícios de maus-tratos; • Observação participante da EEESIP na identificação de intervenções de enfermagem facilitadoras da detecção precoce de maus-tratos; • Orientação antecipatória aos pais; • Colaboração com a EEESIP na promoção de competências parentais, capacitação e vinculação; • Realização de instrumento de trabalho: “Orientações para o Desenvolvimento de Competências Parentais na UCIN”; • Colaboração com a EEESIP na articulação com o “Banco do Bebê - Associação de Ajuda ao RN” em situações de risco.
--	---	--	--

Desenvolvimento Infantil	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas
<p style="text-align: center;"><u>Datas:</u> 11 de Novembro a 22 de Novembro de 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade em todas as faixas etárias e ao longo do ciclo de vida com vista ao desenvolvimento das competências específicas do EEESIP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o quadro de referência subjacente à prestação de cuidados de enfermagem. • Identificar o contributo da EE na dinâmica da consulta. • Conhecer a articulação com as Equipas Locais de Intervenção Precoce da área de referência para sinalização e orientação dos apoios necessários. • Prestar cuidados à criança e jovem com deficiência, incapacidade e doença rara. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de normas institucionais e de protocolos do serviço; • Realização de uma entrevista exploratória à EEESIP; • Observação da dinâmica da consulta, método de trabalho, articulação da equipa multidisciplinar e filosofia de cuidados; • Observação participante da EEESIP enquanto líder da equipa: na gestão de enfermagem, na tomada de decisões e na articulação com outras unidades e serviços; • Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito da avaliação e promoção do desenvolvimento infantil; • Colaboração com a EEESIP na maximização e potencialização da saúde da criança e jovem; • Observação participante da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento; • Observação participante na promoção do desenvolvimento através do lúdico.

	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver competências na deteção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança e jovem em risco de maus-tratos.	<ul style="list-style-type: none">• Identificar situações de risco de maus-tratos em crianças com vulnerabilidade acrescida.• Promover a capacitação parental para prevenir os maus-tratos à criança e jovem.	<ul style="list-style-type: none">• Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens;• Observação participante da atuação da EEESIP em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção;• Observação participante da atuação da EEESIP na articulação com outras instituições e recursos na comunidade nas famílias de risco;• Participação com a EEESIP na identificação de <i>stressores</i> no sistema familiar;• Colaboração no desenvolvimento da sessão de formação para os pais com crianças com PEA baseado Modelo de Denver de Intervenção Precoce;• Elaboração de um documento orientador para a utilização da equipa de enfermagem que visa a capacitação parental: “Estratégias para ajudar a criança com PEA a envolver-se, a comunicar e a aprender todos os dias”.
--	--	--	--

SUP	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
<p style="text-align: center;"><u>Datas:</u> 25 de Novembro a 19 de Dezembro de 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade em todas as faixas etárias e ao longo do ciclo de vida com vista ao desenvolvimento das competências específicas do EEESIP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o quadro de referência subjacente à prestação de cuidados de enfermagem; • Participar no cuidado à criança e família com necessidade de cuidados urgentes e emergentes; • Desenvolver competências para gerir conflitos; • Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem otimizando as respostas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de normas institucionais e de protocolos de serviço; • Realização de uma entrevista exploratória à EEESIP; • Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte; • Observação participante da atuação da EEESIP enquanto líder da equipa, nos processos de tomada de decisão, na gestão de conflitos, na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para a criança/família; • Colaboração com a EEESIP na maximização e potencialização da saúde da criança e jovem; • Observação participante da EEESIP na prestação de cuidados não traumáticos; • Observação participante da EEESIP na prestação de cuidados na triagem.

	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências na detecção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança e jovem em risco de maus-tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências para realizar triagem. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção dos maus-tratos infantis. • Identificar situações de risco de maus-tratos; • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação de sinais e sintomas na criança e jovem em risco e vítima de maus-tratos; 	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens; • Observação participante da atuação da EEESIP em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; • Observação participante da atuação da EEESIP perante situações de risco destacando a articulação com organizações de outros níveis de intervenção; • Colaboração com a EEESIP na identificação de <i>stressores</i> no sistema familiar que constituam indícios de maus-tratos; • Observação participante da EEESIP na identificação de intervenções de enfermagem facilitadoras da detecção precoce de maus-tratos; • Realização de uma sessão de formação sobre a importância da identificação de sinais e sintomas na criança e jovem em risco e vítima de maus-tratos; • Reflexão com a equipa multidisciplinar e EEESIP no âmbito do cuidado a criança e jovem em risco e vítima de maus-
--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Identificar os principais constrangimentos do cotidiano dos enfermeiros perante situações de maus-tratos.	tratos.
--	--	---	---------

CSP	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas
<p><u>Datas:</u> 6 de Janeiro a 7 de Fevereiro de 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências na detecção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança/jovem em risco. 	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção dos maus-tratos infantis. Identificar situações de risco de maus-tratos; Promover competências parentais (parentalidade positiva). Sensibilizar a equipa de enfermagem para identificação de fatores de risco e situações de perigo e respetiva intervenção nos maus-tratos à criança e jovem; Identificar as tensões 	<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa e análise de bibliografia no âmbito dos maus-tratos a crianças e jovens; Observação participante da atuação da EEESIP em situação de maus-tratos nos três níveis de prevenção; Observação participante da atuação da EEESIP perante situações de risco destacando a articulação com organizações de outros níveis de intervenção; Colaboração com a EEESIP na identificação de <i>stressores</i> no sistema familiar que constituam indícios de maus-tratos; Observação participante da EEESIP na identificação de intervenções de enfermagem facilitadoras da deteção precoce de maus-tratos; Promoção de orientação antecipatória; Realização da sessão de formação: “Crianças e jovens em risco de maus-tratos: Cuidar em CSP”; Elaboração de instrução de trabalho para utilização da equipa multidisciplinar para estabelecer linhas orientadoras de intervenção; Reflexão com a equipa multidisciplinar sobre situações suspeitas ou de maus-tratos a crianças e jovens detetadas

		<p>ético-legais e constrangimentos existentes na equipa de enfermagem relacionados com a prática de cuidados a crianças, jovens e famílias em risco ou em situação de maus-tratos.</p>	<p>na instituição e respetiva intervenção;</p> <ul style="list-style-type: none">• Participação no seminário: “Conversas sobre promoção e prevenção dos direitos das crianças – O selo protetor como certificado de boas práticas”.
--	--	--	---

APÊNDICE IV

Guiões de entrevistas exploratórias

Guião de entrevista exploratória utilizado em CSP

Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre o tema e objetivos do trabalho;• Solicitar a colaboração do entrevistado;• Assegurar o anonimato e confidencialidade;• Promover a privacidade.
Desenvolvimento	Formulário de questões: <ul style="list-style-type: none">• Como identifica os grupos vulneráveis e de alto risco?• Quais os tipos de maus-tratos, sinais e sintomas?• Conhece o enquadramento legal vigente?• Como notifica as situações de maus-tratos de acordo com a legislação?• Como procede relativamente à articulação com outros serviços de saúde e outras instituições?• Quais os cuidados de enfermagem às vítimas de maus-tratos ou em situação de risco?• Qual a sua atitude e principais constrangimentos perante um depoimento de uma situação de risco ou de maus-tratos enquanto profissional de saúde?
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Agradecer a colaboração e participação;• Reforçar confidencialidade e anonimato dos dados.

Guião de entrevista exploratória transversal aos restantes locais de estágio

Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre o tema e objetivos do trabalho;• Solicitar a colaboração do entrevistado;• Assegurar o anonimato e confidencialidade;• Promover a privacidade.
Desenvolvimento	Formulário de questões: <ul style="list-style-type: none">• Como funciona o Serviço? Aspectos de Organização.• Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm?• Como é constituída a equipa multidisciplinar?• Qual a metodologia de trabalho?• Os cuidados de enfermagem têm subjacente algum modelo teórico específico? Filosofia de cuidados?• Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem?• Qual o seu contributo como EEESIP para os cuidados no Serviço?• Existe no serviço de um instrumento que auxilie na identificação de situações de risco de maus-tratos?• Têm algum protocolo/norma relacionada com as crianças em risco?• Quais as estratégias utilizadas e aplicadas pelo EEESIP na identificação de <i>stressores</i> no sistema familiar?• Como articulam com o NHACJR? Ou NACJR?• Após a identificação de situações de risco ou

	<p>de maus-tratos que estratégias utilizam para apoiar a criança e família com vista a evitar a recorrência?</p> <ul style="list-style-type: none">• Quais as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na intervenção em famílias de risco?• Que continuidade dão às famílias de risco no momento da alta?
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Agradecer a colaboração e participação;• Reforçar confidencialidade e anonimato dos dados.

APÊNDICE V

Jornal de Aprendizagem em contexto de estágio no serviço de IP

Jornal de aprendizagem em contexto de estágio no serviço de IP

“Cuidados em parceria e promoção da parentalidade em RN com Síndrome de Abstinência Neonatal”

No presente jornal de aprendizagem irei refletir acerca do cuidado ao recém-nascido (RN) com Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN), mais precisamente, em relação aos cuidados em parceria e promoção da parentalidade. Darei ênfase aos pais no cuidado ao RN, às suas características específicas, tendo em conta as duas experiências vivenciadas em contexto de internamento e as alterações comportamentais, sintomatologia manifestada e exigências do RN com SAN.

O consumo de drogas durante a gravidez é um problema de saúde pública que tem repercussões clínicas, sociais e psicológicas tanto para a futura mãe como para o RN. O SAN está associado ao quadro clínico de RN que sejam filhos de mães toxicodependentes, expostos durante a gravidez ao consumo de substâncias, tornando-se desta forma fisicamente dependentes. Estes experienciam tal dependência aquando do nascimento, em resultado da súbita privação de drogas e da adaptação a uma nova realidade e à vida extrauterina. A história clínica de consumo de drogas na gestação dos RN internados no serviço de Pediatria foi obtida na sala de partos e na UCIN, ambas as mães consumiram durante a gravidez, sendo que estes RN foram negligenciados ao serem expostos a tais substâncias durante a gestação, tendo em conta as consequências do consumo no seu desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial. Segundo Hockenberry & Barrera (2014) o RN que foi exposto a drogas *in útero* não se encontra viciado no sentido comportamental, mas poderá apresentar sinais fisiológicos da exposição e um possível SAN. Além dos efeitos de abstinência, estas crianças podem, apresentar riscos relacionados com o consumo de drogas injetáveis, pela mãe, incluindo o vírus de imunodeficiência humana, hepatite C, baixo peso de nascimento, entre outros. Para Campelo et al. (2018) o consumo de drogas parental compromete o crescimento e o desenvolvimento da criança, podendo ocasionar problemas comportamentais e de saúde mental, seja pelas consequências diretas ou pelos efeitos indiretos do consumo dessas substâncias na criança.

Os RN a quem prestei cuidados durante este internamento em SAN manifestaram sintomas comuns, dos quais merecem destaque os seguintes: Neurológicos (tremores, irritabilidade, choro gritado e inconsolável, hipertonia,

distúrbios de sono); Gastrointestinais (sucção descoordenada ou excessiva, diarreia); Alterações do sistema nervoso autónomo (sudorese, obstrução nasal); Alterações respiratórias (Taquipneia). Os consumos de doses elevadas da gestante estão associados a maior severidade dos sintomas. No caso das crianças de quem cuidei, as mães destes RN consumiram drogas até ao último dia antes do nascimento. Estas atualmente encontram-se sob um programa de metadona.

No serviço de IP o instrumento de avaliação utilizado para estimar a severidade da privação a drogas após o nascimento é a Escala de Abstinência Neonatal de Finnegan. O sistema de pontuação (*scores*), organiza os sinais e sintomas em sistemas (Distúrbios do Sistema Nervoso Central (SNC), Distúrbios metabólicos vasomotores respiratórios e Distúrbios gastrointestinais) em que é possível efetuar uma avaliação semi-objetiva do estado do RN, permitindo monitorizar o início e a evolução da sintomatologia, assim como, a resposta ao tratamento. Este controlo é classificado como: pontuação de 8 ou inferior a 8 - RN calmo. Durante estas três semanas foram evidentes os progressos e os resultados obtidos. Tendo em conta a importância dos pais neste processo e na aceitação clínica do seu filho, considerava pertinente que os pais fossem mais envolvidos durante a aplicação da escala, infelizmente, uma situação que não testemunhei habitualmente.

O tratamento farmacológico utilizado no SAN (morfina, fenobarbital) é utilizado para aliviar os sintomas de abstinência, melhorar o bem-estar do RN, prevenir convulsões ou um anormal desenvolvimento neurológico. As medidas não farmacológicas não devem ser descuradas e visam satisfazer as necessidades do RN. Durante este estágio, a promoção de conforto (aconchego, contenção), a diminuição da estimulação sensorial (baixa luminosidade e ruído), sucção não nutritiva e método canguru foram medidas de suporte utilizadas e colocadas em prática para o alívio dos sintomas, trazendo resultados deveras positivos e eficazes, diminuindo o sofrimento e dor, tal como, promovendo o relaxamento. O EEESIP faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Estes RN, considerados de alto risco, são um desafio de alta complexidade para um serviço de IP. O ambiente do serviço que considero demasiado estimulante, iluminado, barulhento (devido à presença de crianças de todas as faixas etárias que percorrem o serviço com desmedida detenção), pareceu-me inadequado para um RN com SAN podendo vir a comprometer o seu adequado desenvolvimento e

interferir nas suas capacidades cognitivas e sensoriais. Os profissionais de saúde devem introduzir mudanças ambientais capazes de amenizar as agressões sonoras às quais o RN está submetido, responsabilizando-se por implementar estratégias adequadas e gerir o ambiente de forma a eliminar a estimulação excessiva. Devemos estar conscientes do *stress* que a hospitalização pode trazer para um RN e família, pelo que se torna basilar criar ambientes em que o *stress* do RN seja atenuado, propiciando à família condições para uma interação efetiva com o seu filho, favorecendo o contacto precoce, o incentivo à participação na assistência e cuidados ao RN, bem como, na envolvência em todo este processo. O EEESIP demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/família e promove a vinculação de forma sistemática (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O protocolo específico referente ao cuidado do RN com SAN, presente neste serviço, baseia-se fundamentalmente na administração de terapêutica antirretroviral, descurando o estabelecimento de um plano e cuidados adequados às necessidades do RN, que promova o estabelecimento de prioridades, o planeamento dos procedimentos antes de os realizar, o reconforto do RN após os procedimentos, entre outros. O EEESIP procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Enfermeiros que cuidam de RN com SAN necessitam de competências e habilidades complexas em avaliação e modificação ambiental, alimentação e capacidade de consolo devido à irritabilidade prolongada que se manifesta difícil de consolar. Observou-se que os enfermeiros do serviço de Pediatria apresentam um desgaste não só ao nível físico mas também emocional. Mostram-se exaustos ao choro constante e inconsolável do RN, o qual se torna difícil de acalmar. Para estes RN, não existe tempo disponível quando têm a cargo outras crianças para cuidar, causando frustração e exaustão, quando os pais não estão presentes. O trabalho emocional é difícil de gerir e os enfermeiros incluem várias estratégias e mecanismos que lhes permitem distanciarem-se, enfrentarem e ultrapassarem ditas situações. Diogo (2017) desenvolveu um estudo sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica em que enfatiza que as situações de desgaste podem ser transformadas em experiências positivas e de crescimento pessoal. Assim, os enfermeiros procuram modificar positivamente as emoções tendo em conta cinco categorias de intervenção: Promover um ambiente seguro e afetivo; Nutrir os

cuidados com afeto; Facilitar a gestão das emoções dos clientes; Construir a estabilidade na relação; Regular a sua disposição emocional para cuidar.

Por outro lado, o enfermeiro não deve só direcionar-se exclusivamente para o cuidado ao RN, mas também proporcionar apoio emocional e orientar os pais nos cuidados ao RN, pelos fatores de risco de parentalidade inadequada e negligência. A valorização das habilidades e das atitudes foram uma clara mais-valia, conseguindo desenvolver as minhas competências de comunicação, de ensino, ao mesmo nível de qualquer competência técnica. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015), o enfermeiro especialista facilita uma comunicação expressiva de emoções.

A importância de não existirem preconceitos morais e recriminações em torno da toxicod dependência, tantas vezes difícil uma barreira difícil de ultrapassar, deve ser encarado como um objetivo a atingir. Torna-se um obstáculo à comunicação entre enfermeiro/família e consequentemente, prejudicará os resultados pretendidos e o sucesso da promoção de cuidados. Ao não existir uma comunicação terapêutica, a qualidade do cuidado ficará comprometida. O EEESIP demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os pais culpabilizam-se dos efeitos que as drogas provocam ao seu filho e, por isso, a adoção de uma atitude não condenatória, mas que seja firme e de negociação de limites, pareceu-me a estratégia implementada mais útil e benéfica. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015), o enfermeiro especialista implementa intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais, O reforço positivo relativamente às boas práticas promovem o desenvolvimento de confiança nos pais relativamente às suas competências, revertendo em benefício da autoimagem que se encontra destruída. O EEESIP identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante este estágio, tentei elaborar um plano de cuidados em que a família fosse incluída, visando o restabelecimento da própria para que os RN possam ficar junto destas desde que estes pais reúnam as condições necessárias, atuando ao nível da prevenção primária e secundária. O EEESIP procura oportunidades para

trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A existência de uma relação de parceria com o enfermeiro, onde exista partilha de funções e se desenvolvam ações complementares conjuntas, favorece não apenas o crescimento sustentado mas também o desenvolvimento adequado do RN. A presença é importante, mais que cuidar, os pais devem envolver-se e conhecer as necessidades do seu filho, pelo que toda a equipa deve consolidar a construção de uma dinâmica envolvente no edificar da relação interpessoal. A participação dos pais, comprovado durante este estágio, foi potencializada sempre que esta parceria foi assegurada, em forma de ensino, apoio, supervisão, partilha e desenvolvimento das competências parentais. O EEESIP negocia a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os fatores de risco associados ao contexto de vida (comportamentos aditivos e ausência de suporte sociofamiliar) deverão ser colmatados com o desenvolvimento de competências parentais que no futuro irão proporcionar uma parentalidade positiva, dando-lhes segurança, estratégias e instrumentos para cuidarem dos seus filhos (prevenção primária). Sentir apoio e carinho por parte dos enfermeiros proporcionará a sensação de bem-estar e harmonia, capacitando estes pais para o futuro que se impõe. O aumento de responsabilidades e a transição para a parentalidade podem trazer momentos de incerteza, impaciência e tensão familiar. OS pais devem ser responsabilizados durante o período de internamento sabendo apoiá-los, ouvi-los, compreendê-los e demonstrando sempre afeto no ato de cuidar. O momento de internamento pode ser considerado uma oportunidade para os enfermeiros influenciarem positivamente os comportamentos dos pais em relação ao consumo e ao seu desempenho parental. A participação guiada e supervisionada promove a vinculação e melhora o relacionamento com os RN antes da alta hospitalar. Foram várias as ações promotoras de envolvimento afetivo: o tocar, acariciar, falar com o seu filho, o incentivo na colaboração da prestação de cuidados, assim como, a manutenção do vínculo afetivo e uma base sólida para o desenvolvimento saudável do RN. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015), o enfermeiro especialista promove o estabelecimento de uma

parceria com vista ao envolvimento, participação/parceria nos cuidados, capacitação e negociação.

Alguns pais ao não conseguirem exercer os seus deveres parentais derivado ao estigma associado à negligência ou motivados pelo medo visceral de poderem perder os seus filhos, por fim, afastam-se. Na segunda semana de estágio, pude observar este comportamento numa das famílias. Os enfermeiros assumiram, neste caso, grande parte das responsabilidades pelos cuidados e tornaram-se os principais e, únicos cuidadores. As visitas destes pais tornaram-se esporádicas, distanciaram-se e revelaram sinais preocupantes. Atendendo à complexidade da realidade apresentada e desta problemática, pretende-se que uma mãe toxicodependente venha a assumir o seu filho com uma estabilidade constante e credível, sendo que o apoio prestado durante o internamento é de grande importância. Os sentimentos contraditórios podem conduzir a comportamentos de proximidade ou abandono. Ainda tendo em conta que as suas habilidades de relacionamento socio-afetivas se encontrem comprometidas, é fundamental avaliar se a parentalidade no domicílio será assegurada de uma forma eficaz. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015), o enfermeiro especialista demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade. A intervenção do enfermeiro deve basear-se na avaliação do funcionamento familiar e encaminhamento das famílias para serviços específicos consoante as necessidades identificadas (Knauth, 2001). O EEESIP utiliza a informação existente e avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A preparação para a alta hospitalar do RN com SAN assume particular importância. Neste processo deve existir articulação entre os assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros para que seja possível construir com a família e a comunidade, um sistema eficaz e prolongado, identificando os *stressores* envolvidos, visando a segurança da criança e a sua proteção. A articulação com o centro de saúde deve ser assegurada e a visitação domiciliária tornar-se uma prioridade (prevenção secundária). O EEESIP trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança aos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O desfecho destas duas histórias não saberei qual será. O modo como se percebeu o cuidado dos pais ao seu filho RN fez-me compreender o nível de preparação e conhecimentos e o seu envolvimento. Conhecer as famílias que cuidam e como cuidam demonstra a vontade dos pais em mudar ou manter os consumos. O desejo em mudar pode ser uma atitude favorecedora da parentalidade e vinculação, vendo no seu filho um incentivo para deixarem os consumos e cumprir o tratamento. O EEESIP identifica situações de risco para a criança (maus-tratos, negligência e comportamentos de risco) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Torna-se necessário que os enfermeiros tenham o compromisso de buscar novos conhecimentos, com vista ao desenvolvimento de estratégias, melhorar as suas atividades assistenciais, examinando as suas próprias atitudes e julgamentos a respeito do consumo de drogas durante a gravidez (Sousa et al., 2019). Ainda, a abordagem multidisciplinar e implementação de estratégias de prevenção deve iniciar-se na gestação (Diaz, Fonnegra, & Mejia, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campelo, L.L.C.R., Santos, R.C.A., Angelo, M., & Sousa, M.P.S. (2018). Effects of parental drug use on child development and mental health: integrative review. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(4), 245-256.
- Diaz, J.P.Z., Fonnegra, J.R., & Mejia, M.C.B. (2017). Síndrome de Abstinencia neonatal. *Revista Pediatría*, 50(2), 52-57.
- Diogo, P. (2017). Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: Proposta de um modelo orientador da prática, 1-16.
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Lei n.º 351/2015 (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, II Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660-16665. **ELI:** <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Lei n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. **ELI:** <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Knauth, D.G. (2001). Martial change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-184.
- Sousa, M.D., Magalhães, F.J., Rolim, K.M.C., Vasconcelos, S.P, Albuquerque, F.H.S., & Pinto, M.M.M. (2019). Síndrome da Abstinência Neonatal: Intervenções/Atividades de Enfermagem junto ao recém-nascido e a puérpera. *Revista Investigação Qualitativa em Saúde*, 2,1519-1527.

APÊNDICE VI

Instrumento de trabalho em contexto de estágio no serviço de UCIN:
“Orientações para o Desenvolvimento de Competências Parentais na UCIN”



***Orientações para o Desenvolvimento de Competências
Parentais na UCIN***

Trabalho Desenvolvido por Vânia López
Estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a
orientação da Professora Doutora Maria Filomena Sousa

Lisboa

2019

Objetivo: Orientar os enfermeiros na capacitação dos pais para o desempenho do papel parental na UCIN.

Participantes: Os enfermeiros que prestam cuidados na UCIN.

Colheita de dados: Juízo clínico do enfermeiro sendo definidos como juízos diagnósticos *sim e não*.

Resultado Final: O preenchimento deste instrumento permite definir intervenções de enfermagem, nomeadamente a necessidade de encaminhamento destas famílias para o “Banco do Bebê - Associação de Ajuda.

Orientações para o Desenvolvimento de Competências Parentais na UCIN

(A preencher em diferentes dias durante o internamento)

Data da Avaliação: ___/___/___ Nome do Enfermeiro/a: _____

Nome dos pais: _____

Nome do RN: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Gravidez planeada?

Sim	Não

Desejada?

Sim	Não

Parentalidade - desempenho dos pais (Assinale com um (X):

Sim

Não

	Sim	Não
Atende às necessidades físicas do RN		
Expressa expectativas realistas quanto ao papel parental		
Fornece a nutrição adequada		
Proporciona cuidados preventivos regulares		
Fornece adequada supervisão do RN		
Interage positivamente com o RN		
Verbaliza atributos positivos do RN		
Expressa satisfação com o papel de mãe/pai		
Demonstra relação de amor com o RN		

Sentimentos/emoções dos pais (Assinale com um (X):

Sim

Não

	Sim	Não
Medo		
Tristeza		
Incerteza		
Dor		
Desespero		
Angustia		
Fé		
Tranquilidade		

Parentalidade face à hospitalização de um filho prematuro

Sim	Não
-----	-----

(Assinale com um (X)):

Vinculação comprometida		
Competências parentais comprometidas		
Alteração de planos futuros		
Afastamento		
Separação		

Acontecimentos marcantes para os pais relacionados com

Sim	Não
-----	-----

o RN (Assinale com um (X)):

Agravamento do quadro clínico		
Regresso a casa com o RN		
Comunicação de más notícias		
Interação comprometida		
Sinais e sintomas de risco (má progressão ponderal, alterações hemodinâmicas)		

Os pais manifestam **comportamentos de risco** que possam limitar/afetar o cuidado ao RN colocando-o em perigo?

Sim	Não

Quais? _____

No momento da alta, a família é referenciada para o “Banco do bebé - Associação de Ajuda ao RN”?

Sim	Não

Síntese da visita domiciliária:

Observações:

Orientações para o Desenvolvimento de Competências Parentais na UCIN		Primeira Avaliação Enfermeiro: _____ Data: __/__/__	Avaliação Intermédia Enfermeiro: _____ Data: __/__/__	Avaliação Final Enfermeiro: _____ Data: __/__/__
<p>Amamentar Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca dos conteúdos básicos para conseguir manter a amamentação e lactação; reconhecer se o leite materno está a suprir as necessidades hídricas e nutricionais da criança; amamentar com a técnica correta; prevenir a fissura e o ingurgitamento mamário; cuidados com o leite extraído; alimentação da mãe e efeitos na criança; estratégias para manter a criança acordada.</p>	1- Habilidade para estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada e interromper a sucção antes de retirar a criança da mama			
	2- Conhecimento sobre os sinais de pega/posição adequada			
	3- Habilidade para reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere			
	4-Conhecimento sobre sinais de fissura e/ou ingurgitamento mamário e medidas de prevenção			
	5-Conhecimento sobre como extrair leite para armazenar, condições e material			
	6- Conhecimento sobre estratégias para manter a lactação/amamentação			
<p>Alimentar com leite adaptado por biberão Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca dos horários das refeições; identificação dos sinais de fome e de ingestão nutricional nas diferentes etapas; cuidados com os biberões/tetinas e diferentes tipos existentes no mercado; posição adequada; preparação do leite artificial; promover a autonomia dos pais.</p>	7-Conhecimento sobre biberões, tetinas e critérios de escolha			
	8-Conhecimento sobre os métodos de lavagem e esterilização dos biberões			
	9-Habilidade para alimentar a criança com técnica correta			
<p>Lidar com o choro Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca de como identificar as necessidades básicas da criança pelo tipo de choro e a efetividade das estratégias a implementar.</p>	10-Conhecimento sobre como preparar o leite adaptado de acordo com as indicações e quantidades adequadas à criança			
	11-Conhecimento sobre o padrão esperado de choro e tipos de choro			
<p>Colocar a eructar Intervenções de Enfermagem: Ensino aos pais acerca dos benefícios e posições que facilitam o eructar; promover a autonomia dos pais.</p>	12-Conhecimento sobre as estratégias de consolo e habilidade para confortar o bebé			
	13-Conhecimento sobre os benefícios da eructação e correto posicionamento			
<p>Vestir/despir Intervenções de Enfermagem: Ensino aos pais acerca do tipo e quantidade de vestuário apropriado à temperatura; promover a autonomia dos pais.</p>	14-Habilidade para escolher vestuário adequado à temperatura			
	15-Habilidade para vestir e despir a criança			
<p>Prevenir acidentes Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca da prevenção de queimaduras; medidas de prevenção de asfixia/sufocação; modo adequado de segurar/manipular a criança; medidas de prevenção de quedas; medidas de prevenção e os fatores de risco da síndrome de morte súbita do lactente; medidas de segurança para o transporte da criança no automóvel; critérios de escolha dos brinquedos ajustados à criança; e, cuidados com os animais domésticos.</p>	16-Conhecimento sobre as medidas de prevenção de asfixia/sufocação e habilidade para adotá-las			
	17-Conhecimento sobre as medidas de prevenção de queimaduras e habilidade para adotá-las			
	18-Conhecimento sobre as medidas de transporte no automóvel			
	19-Conhecimento sobre as medidas de prevenção de quedas e habilidade para adotá-las			
	20- Habilidade para segurar e manipular a criança de modo adequado			
	21-Conhecimento sobre os cuidados com animais domésticos e medidas para afastá-los			
<p>Promover higiene e cuidados à pele Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca do material a utilizar no banho: os critérios de escolha dos produtos de higiene e os de aplicação tópica na pele; como dar banho; como cortar as unhas; adequar a temperatura;</p>	22- Habilidade para adotar medidas de prevenção do síndrome de morte súbita do lactente			
	23-Conhecimento sobre escolha de brinquedos adequados			
	24-Habilidade para dar banho, reunir o material, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água, testar a temperatura e prevenir acidentes			
	25-Habilidade para mudar a fralda e adotar medidas de prevenção do eritema da fralda			

acidentes comuns; medidas adequadas para a manutenção da pele saudável; promover a autonomia dos pais.				
Assegurar a integridade da pele Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca de como desinfetar o coto umbilical, material necessário e medidas que promovem a respetiva mumificação; promover a autonomia dos pais.	26-Habilidade para manter coto umbilical seco e apertar a fralda adequadamente			
	27-Habilidade para desinfeção do coto umbilical e frequência			
	28-Conhecimento sobre o material necessário para a desinfeção do coto umbilical			
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento Normais Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca das etapas de crescimento e desenvolvimento que a criança vai apresentando (o temperamento, a capacidade motora, a capacidade sensorial, a capacidade para comunicar); principais marcos de desenvolvimento.	29-Conhecimento sobre a capacidade de interação e competências do RN			
	30-Conhecimento sobre as fases de desenvolvimento nas diferentes faixas etárias			
	31-Conhecimento sobre capacidade para comunicar, temperamento e capacidade sensorial nas diferentes faixas etárias			
	32-Conhecimento sobre marcos de desenvolvimento nas diferentes faixas etárias			
Promoção e vigilância da saúde Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca dos aspetos relacionados à pele da criança; explicação para a perda fisiológica de peso nas primeiras duas semanas; padrão de aumento de peso esperado; padrão de eliminação intestinal; padrão de sono; reações às vacinas; coloração icterícia e icterícia; utilização do termómetro para avaliar temperatura corporal e resultados; dentição: primeiros dentes e os sinais que o evidenciam; medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes e medidas de higiene oral.	33- Conhecimento sobre reações às vacinas			
	34-Conhecimento sobre como avaliar a temperatura e o valor da temperatura corporal normal			
	35-Conhecimento sobre medidas de proteção contra infeções			
	36-Conhecimento sobre o padrão de eliminação intestinal e aumento de peso esperado			
	37-Conhecimento sobre a coloração icterícia			
	38-Conhecimneto sobre os sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde			
	39-Conhecimentos sobre erupção dentária			
Estimular o desenvolvimento Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca das estratégias de estimulação sensorial; estratégias promotoras de sentimentos de confiança da criança; benefícios da massagem; escolha de brinquedos adequados à estimulação.	40-Conhecimento sobre estratégias de estimulação sensorial e escolha de brinquedos adequados			
	41-Conhecimento sobre quando a criança está reativa à estimulação			
	42-Conhecimento sobre os benefícios da massagem			
	43-Conhecimento sobre estratégias para desenvolver sentimentos de confiança da criança			
Lidar com problemas Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca da prevenção de regurgitação; diferença entre regurgitação e vômito; cólicas: sinais, fatores de risco e medidas de alívio da dor abdominal; sinais de obstrução nasal e medidas de alívio; medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele; sinais de obstipação e medidas de estimulação da eliminação intestinal; sinais de diarreia e medidas de prevenção da desidratação.	44-Habilidade para adotar medidas de prevenção de regurgitação e a diferença entre regurgitação e vômito			
	45-Conhecimento sobre os sinais de cólicas, obstipação, obstrução nasal, descamação da pele, dor abdominal, desidratação, diarreia e habilidade para adotar medidas para prevenir			
Dormir Intervenções de Enfermagem: Ensinos aos pais acerca das alterações ao padrão de sono e vigília e estratégias para criar hábitos para dormir.	46-Conhecimento sobre as alterações ao padrão de sono e vigília			
	47-Conhecimento sobre estratégias para criar hábitos para dormir			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, A., Silva, A.P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 11-20.
- Cardoso, A.M.R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai – Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de Doutorado). Disponível em: (https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf)
- Garbin, L.M., Rodrigues, C.C., Rossi, L.A., & Carvalho, E.C. (2009). Classificação de resultados de enfermagem (NOC): Identificação da produção científica relacionada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 508-515.
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE[®] versão 2.0*. Lisboa: OE.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M.L. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem* (3.^a ed.). Porto Alegre: Edições Artmed.
- Silva, C.S., & Carneiro, M.N.F. (2018). Pais pela primeira vez: Aquisição de competências parentais. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 31(4), 366-373.

APÊNDICE VII

Diapositivos da Sessão de Formação em contexto de estágio na consulta de Desenvolvimento Infantil: “Capacitação parental em crianças com PEA (Modelo de Denver de Intervenção Precoce)”

Capacitação parental para
crianças com PEA (Modelo de
Denver de Intervenção Precoce)

Data	17/11/2019
Elaborado pela estudante	Vânia Gonçalves López

Objetivos

Geral:

- Fornecer aos pais as ferramentas e estratégias para ajudar a criança com PEA a seguir um caminho positivo, em termos de desenvolvimento, o mais rápido possível;

Específicos:

- Promover oportunidades de aprendizagem através da brincadeira;
- Estimular a utilização de sorrisos sociais;
- Impulsionar a tomada de turno e o envolvimento em brincadeiras sociais;
- Fomentar a atenção coordenada com os outros.



Capítulo 1-Encontre o Sorriso! Divertir-se com as rotinas sociais sensoriais

- Aumentar os sorrisos e gargalhadas do seu filho durante os jogos sociais;*
- Quando mais divertido o seu filho estiver, mais tempo irá despende a interagir consigo e a prestar-lhe atenção;*
- Proporcionar-lhe-á mais oportunidades de aprendizagem.*

Porque motivo divertirem-se juntos é tão importante...

- Mais diversão = aprendizagem mais rápida;*
- Mais diversão = mais oportunidades de aprendizagem;*
- Adicionar mais diversão a uma atividade de aprendizagem ajuda o processo de aprendizagem e memória;*
- As pistas que o seu filho lhe dá e que lhe indicam que pretende prosseguir uma atividade divertida são a base para o seu filho aprender a comunicar;*
- Uma atividade favorita é, por si só uma boa recompensa;*
- Ser uma fonte muito frequente de diversão e prazer aumenta a atenção do seu filho para si.*

O que acontece no autismo?

- Diferenças biológicas → diminuição da recompensa interna obtida a partir do envolvimento e interações sociais;
- O Sistema biológico é moldável e recetivo à experiência;
- Experiências de brincadeiras agradáveis → aumenta a experiência de prazer nas interações sociais e a sua motivação interna → aumenta as interações e mais oportunidades de aprendizagem.

Porque motivo é isto um problema?



- As interações sociais não são tão compensadoras como na maioria das crianças;
- A redução nas oportunidades de aprendizagens no dia a dia, que resultam de poucas interações, somam-se os atrasos sociocomunicativos.

O que fazer para aumentar o quociente de diversão

- **Passo 1** - Descubra o ritmo das rotinas sensoriais;
- **Passo 2** - Crie um repertório e aperfeiçoe as rotinas;
- **Passo 3** - Otimize o nível de energia do seu filho para a aprendizagem.



Passo 1 – Descubra o ritmo das rotinas sociais sensoriais

Utilizar os brinquedos do seu filho

Posição corporal adequada: sentado frente a frente

Faça a variação acontecer

Recomece

Boa comunicação: ver os olhos, expressões faciais, gestos movimentos

Imitar o que acabou de fazer

Se começar a desinteressar-se: termine

É altura de ir buscar outro brinquedo

Incentive-o e ajude-o

Aja de forma recíproca



Lista de jogos sociais sensoriais	Faça algo convidativo	Faça uma pausa antes do grande acontecimento	Prossiga até a energia começar a diminuir
"Um-dó-li-tá" Cante com movimentos, tente inventá-los	A atenção do seu filho deve concentrar-se em si	Se está a brincar apanhada, o grande acontecimento é quando está posicionado para apanhar	Aguarde por um sinal de que o seu filho pretende continuar a brincadeira
"Cucu" Utilize o "BUU"	A atividade deve ser única	Obtenha a atenção e depois, VÁ!	Esperar pelas pistas equilibra as interações
"Apanhada"	Junte-se a ele no sofá ou chão, se estiver sentado	Depois do acontecimento, faça uma pausa, sorria e solte gargalhadas para acentuar a diversão e grande acontecimento	Se algum dos dois perder o interesse, termine a brincadeira e abrace-o
Encha as bochechas de ar e "rebente-as" com o dedo	Pegar-lhe ao colo e dar-lhe um abraço		Repita as mesmas palavras dia após dia, criando rotinas sociais, facilitando a aprendizagem do jogo e a linguagem
Canto tirolês	Fazê-lo rodopiar		

Se não existirem rotinas que o seu filho goste, crie-as:

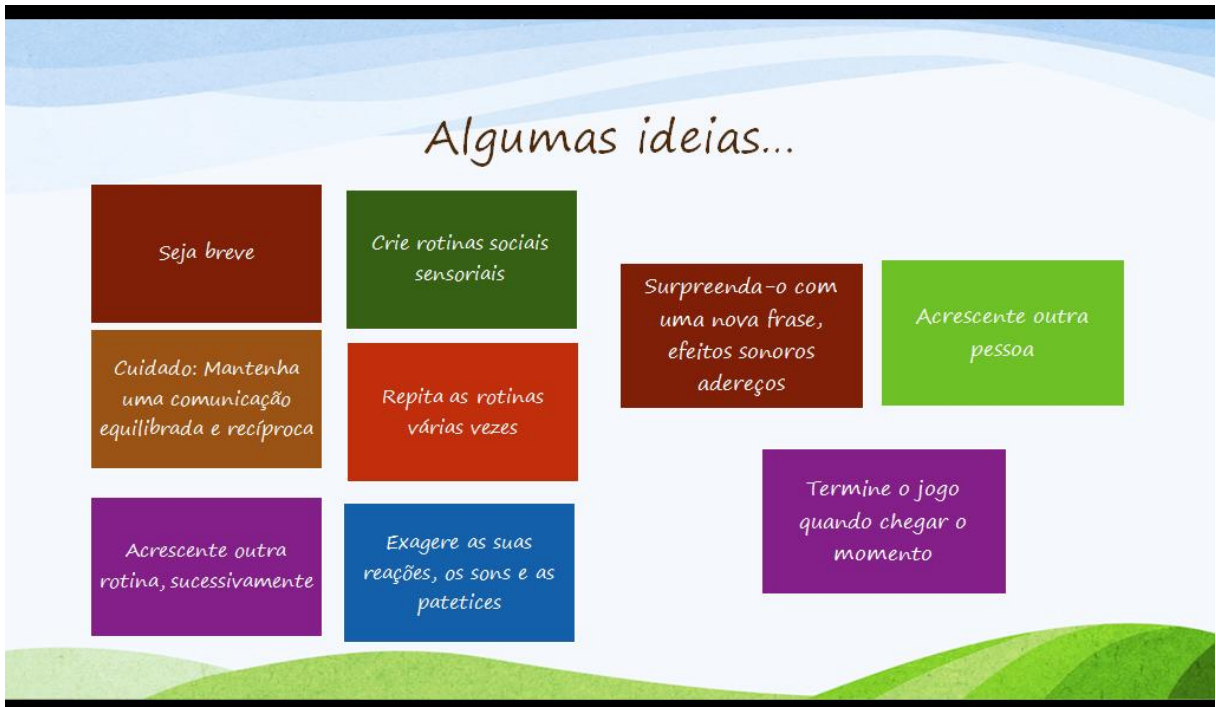
- Hora do banho: utilize a espuma que está na banheira para colocar no braço do seu filho, depois limpe-a com água;
- Mudar a fralda ou vestir: Brincar ao "Cucu" com a fralda, cêcegas nos dedos dos pés;
- Massajá-lo com creme: avaliar se ele gosta;
- Fazê-lo saltar na cama, colocar a almofada na sua barriga enquanto brinca na cama.



Passo 2 – Crie um repertório e aperfeiçoe as rotinas

- Depois de ter identificado algumas rotinas que o seu filho gosta → **competência acrescentada**;
- **Desinteresse**: resposta diminuída entre as suas pausas, afastar o olhar quando é a sua vez e mudar a linguagem corporal;
- **Mantenha-se alerta**: variar a rotina, acrescentar, escolher os melhores cenários e momentos.








Jogos e canções com objetos

Soprar bolinhas de sabão	Rodar num baloço
Cata-vento: sopra para o fazer girar	Balançar a criança nas suas pernas
Pompons-sacuda, coloque-os na cadeira, atire-os	Jogos com água no banho
"Cucu" com adereços	Slinkies
Jogos de apertar e contorcer num pufe	Brinquedos que fazem ruído-matracas, flautas, pandeiretas



Alterne entre rotinas
sociais sensoriais e
brincadeiras com objetos

As rotinas sociais sensoriais desenvolvem competências sociais, de comunicação, ligação emocional e imitação. Alternar entre uma atividade conjunta com objetos e rotinas sociais proporciona:

Maior entusiasmo,
motivação e energia
para aprender

Mais aprendizagem
nas áreas do
desenvolvimento

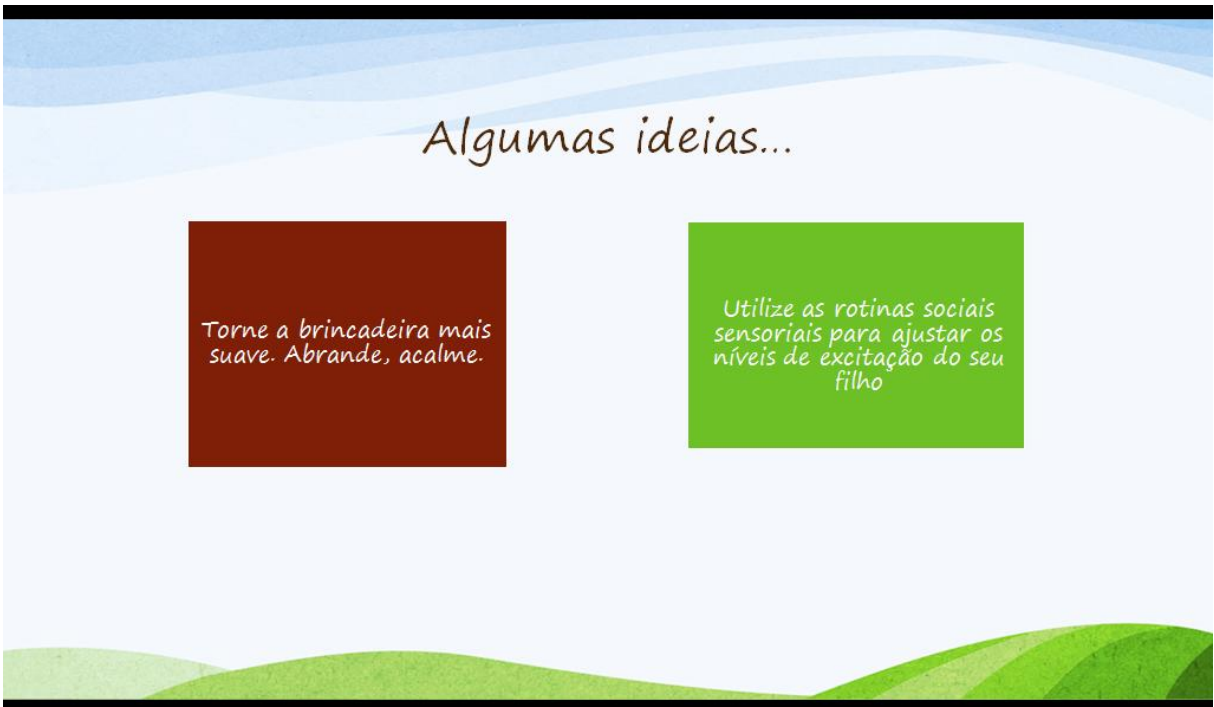
Tomada de turnos
recíproca e respostas
dentro das rotinas e
atividades típicas

Mais sintonia e
envolvimento social

Passo 3 – Otimize o nível de energia do seu filho para a aprendizagem

- **Crianças pouco ou demasiado excitadas** → não estão no estado ideal para aprender;
- **Aprendizagem otimizada** → criança alerta, atenta e envolvida;
- **Sensibilidade para perceber cada uma das situações e adaptar as rotinas sociais sensoriais para otimizar os resultados.**









Capítulo 2 - São precisos dois para dançar o tango - Criar interações recíprocas

- Importância da tomada de turnos (cooperar em trocas de dar e receber);
- A tomada de turno estabelece uma espécie de equilíbrio às interações;
- Promove a iniciativa e espontaneidade.

O que acontece no autismo?

- Estão menos conscientes da tomada de turno do parceiro;
- Estão menos sintonizadas para as comunicações subtis dos olhos, rosto e voz;
- A quantidade das comunicações parece ter sido diminuída.



Por que motivo é isto um problema?



- As crianças com PEA perdem a oportunidade de desenvolver competências (imitação, partilha de emoção) que apoiam a comunicação;
- Podem ficar cada vez mais afastadas do mundo social;
- Mas, há muitas formas de aumentar o tom da sua comunicação e fazer com que as oportunidades de aprendizagem existentes nas suas tomadas de turno se destaquem para o seu filho!

O que fazer para aumentar as competências de tomada de turno do seu filho

- Passo 1 – Compreender a estrutura de quatro partes das atividades conjuntas para a tomada de turno;
- Passo 2 – Começar a praticar-estabelecer a atividade conjunta;
- Passo 3 – Definir o tema;
- Passo 4 – Expandir a atividade conjunta- acrescentar variações;
- Passo 5 – Encerrar a atividade conjunta e fazer a transição para a seguinte;
- Passo 6 – Desenvolver atividades conjuntas durante outras rotinas diárias para promover múltiplas áreas do desenvolvimento.

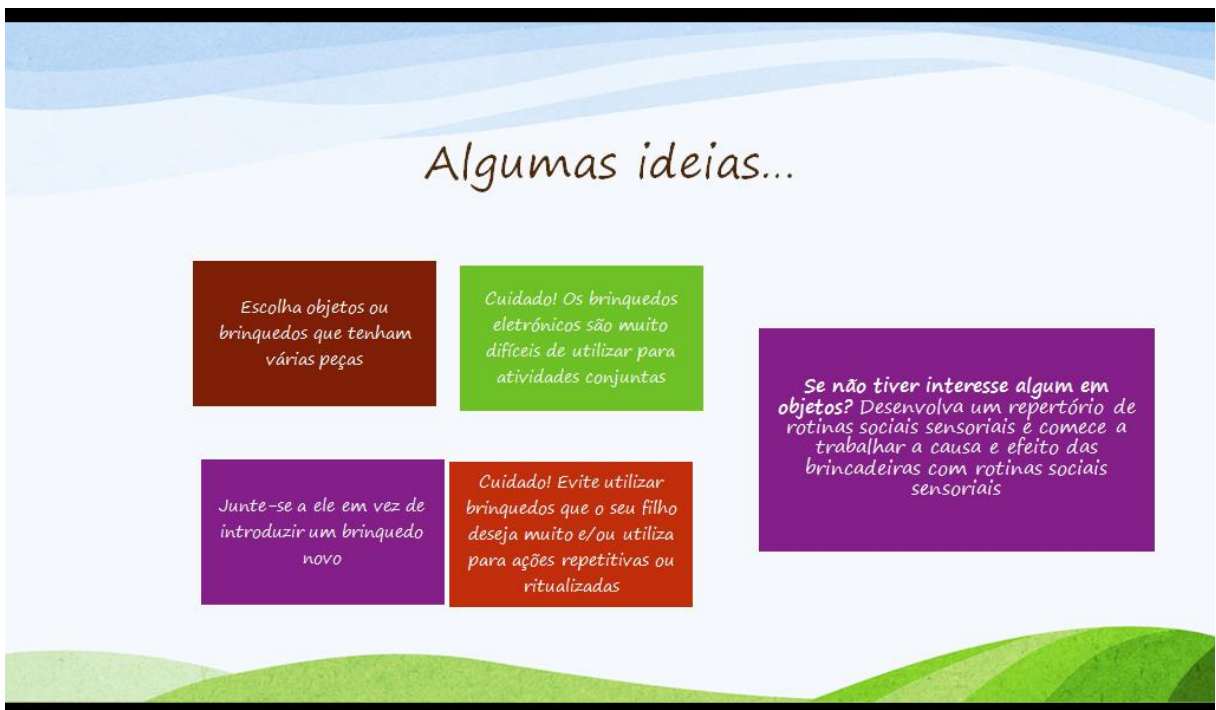
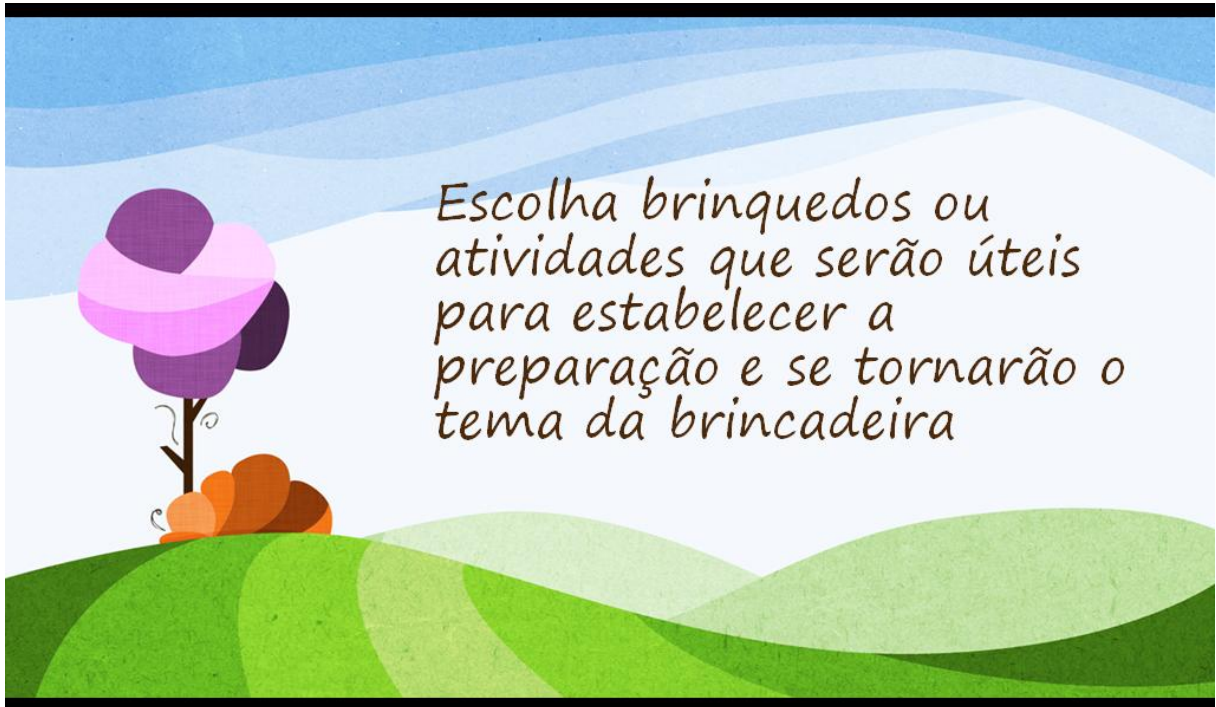


Passo 1 – Compreender a estrutura de quatro partes das atividades conjuntas para a tomada de turno



Passo 2 – Começar a praticar: a preparação envolve estabelecer a atividade conjunta





Passo 3 – Definir o tema

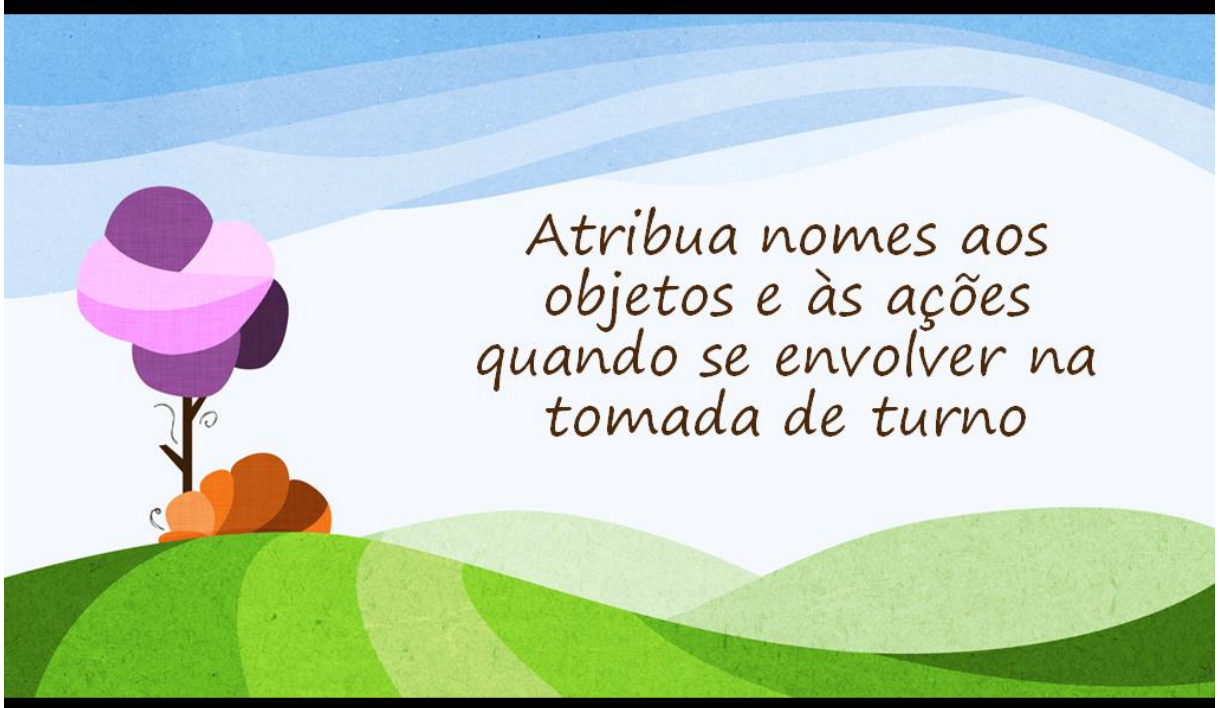
- *Criar um tema dentro da brincadeira- algo tanto que o seu filho possa fazer tomada de turno para converter a atividade numa interação partilhada.*



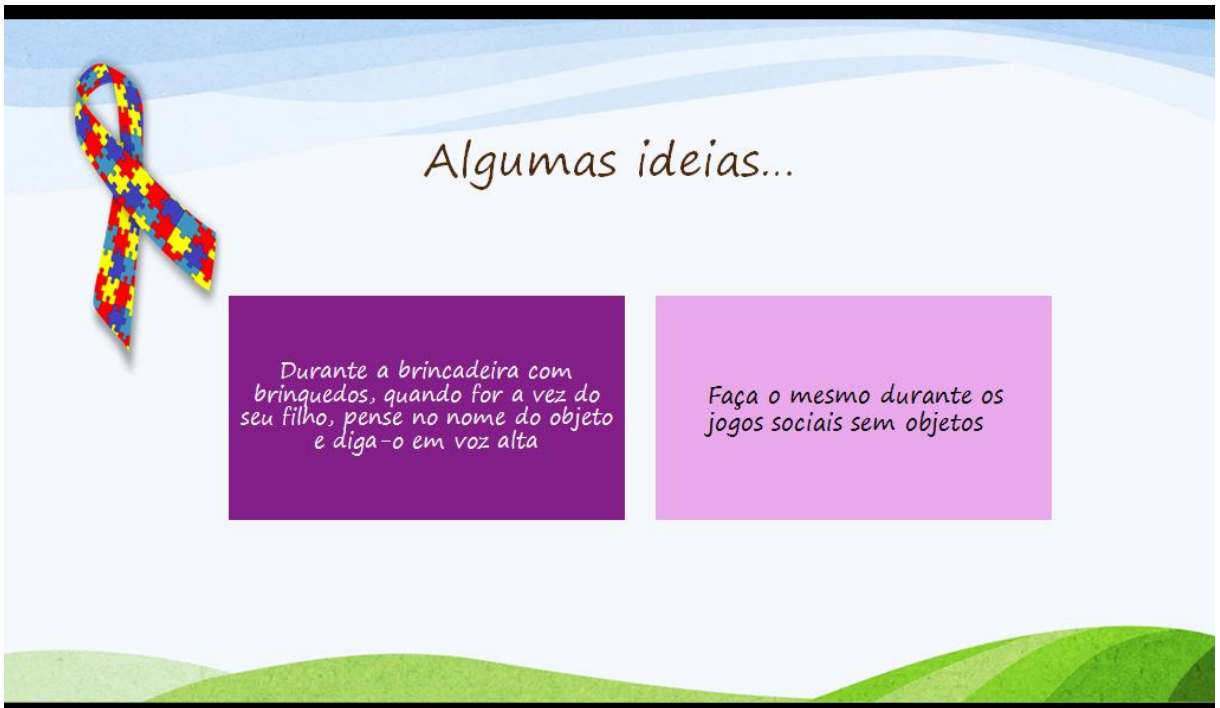
E se o seu filho não tomar a liderança?



- *Pode mostrar à criança o que fazer, depois, entregar-lhe os materiais ou pode demonstrar e depois entregar à criança materiais iguais aos seus e ajudá-lo a copiar o que acabou de fazer.*



Atribua nomes aos
objetos e às ações
quando se envolver na
tomada de turno



Algumas ideias...

Durante a brincadeira com
brinquedos, quando for a vez do
seu filho, pense no nome do objeto
e diga-o em voz alta

Faça o mesmo durante os
jogos sociais sem objetos

Passo 4 – Expandir a atividade conjunta – acrescentar variações

- *Quando brincamos, escolhemos uma ideia ou um tema e repetimo-lo durante a brincadeira, mas não ficamos limitados a repetir o mesmo tema vezes sem conta sempre da mesma forma.*



Tente várias formas de variar ou expandir o tema





Algumas ideias...

Acrescente novos materiais

Varie as ações

Acrescente mais passos às ações que está a desempenhar

Checklist da atividade: Será que estou a variar ou a expandir a atividade conjunta?

- Sei como acrescentar novos materiais ao tema da brincadeira inicial que estabeleci com o meu filho;
- Sei como acrescentar novas ações ao tema inicial;
- Sei como acrescentar novos passos ao tema inicial;
- O meu filho parece estar confortável com a variação – a brincar com os objetos; a sorrir; calmo, interessado ou feliz/excitado – e a prosseguir com a tomada de turno.

Passo 5 – Encerrar a atividade conjunta e fazer a transição para a seguinte

- *Depois de ter planejado durante algum tempo, há a probabilidade de acontecerem três coisas:*



Ou o interesse do seu filho desvanece; Ou o seu interesse se desvanece; Ou não consegue pensar em mais nada para fazer e a brincadeira tornou-se repetitiva.



Mantenha uma parceria equilibrada enquanto encerra e faz a transição





Algumas ideias...

Se a atividade perdeu o potencial de ensino, sugira: já acabaste? Comece a arrumar e incentive-o a fazer o mesmo

O seu filho pode dar ideias que terminou: Sugira que é tempo de terminar e começar a arrumar

Se a atividade se tornar repetitiva, mas o seu filho quer continuar ofereça-lhe uma nova atividade

Altere entre rotinas sociais sensoriais e rotinas de atividades conjuntas

Passo 6 – Desenvolver atividades conjuntas durante outras rotinas diárias para promover múltiplas áreas de desenvolvimento

- Todos os tipos de rotinas de cuidados têm uma estrutura de atividade conjunta:



Início/Preparação

Tema

Variação/Expansão

Encerramento/Transição



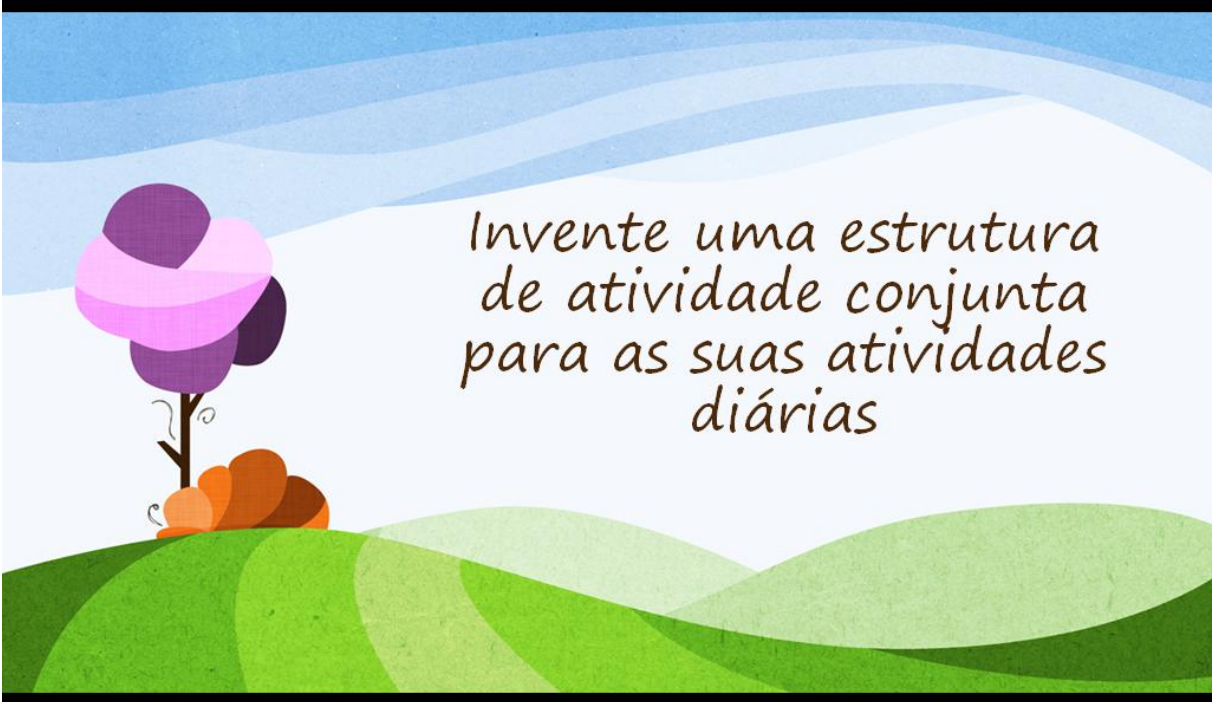
Exemplificando: estruturar as suas atividades diárias como atividades conjuntas

No banho:

- *Início/Preparação: entrando na casa de banho consigo; ajudando a abrir a torneira da água; atirando brinquedos para dentro de água;*
- *Tema: tomando um turno a lavar a barriga, o peito; ajudando a esfregar o champô na cabeça;*
- *Varição/Expansão: é o momento de brincadeira próprio do banho; brincar de forma recíproca;*
- *Encerramento/Expansão: ter o seu filho a guardar os brinquedos num recipiente apropriado.*



Todas as atividades que realiza com o seu filho podem transformar-se numa atividade conjunta – escovar os dentes, ter a ajuda dele num projeto de cozinha, vestir e despir, passear...



*Invente uma estrutura
de atividade conjunta
para as suas atividades
diárias*

*Observação dos pais e criança na realização das
atividades:*



- *Brincadeira com brinquedos ou outros objetos;*
- *Brincadeira social;*
- *Refeições;*
- *Cuidado (banho/vestir/mudar a fralda/hora de deitar);*
- *Atividades com livros;*
- *Tarefas domésticas.*



Sugestões para pensar nas suas rotinas diárias como atividades conjuntas

Pense nas atividades do dia a dia, até que ponto utiliza a estrutura de quatro partes de uma atividade conjunta

Como é que eu e o meu filho podemos preparar a atividade conjunta?

Como é que posso variar ou expandir a atividade conjunta?

Como é que tomamos turnos nas variações?

Qual é o tema da atividade conjunta?

Como é que tomamos turnos com o tema?

Como podemos terminar e fazer a transição para a próxima atividade conjunta juntos?

Registo das quatro partes da atividade conjunta

Exemplo	Preparação	Tema	Variação	Encerramento/transição
Brinquedo ou outro objeto Comboios	Escolher que comboios usar e onde sentar	Tomada de turno a dispor os carris, ligar as carruagens, empurrar os comboios pelos carris	Os comboios podem chocar, passar por cima ou por baixo das pontes, atravessar túneis, circular depressa ou devagar pelos carris. Ou, acrescentar pessoas ou animais para viajarem em cima das carruagens	Introduzir os comboios e os carris na caixa e escolher a próxima atividade
Brinquedo ou outro objeto				
Brincadeira social				
Refeições				
Cuidados diários (banho/vestir/mudar a fralda/hora de dormir)				
Atividade com livros				
Tarefas domésticas				

Considerações Finais

- *As estratégias descritas anteriormente baseiam-se no sucesso do Modelo Denver de Intervenção Precoce;*
- *Este modelo ajuda as crianças a aprenderem naturalmente, incorporando a aprendizagem nas rotinas de vida diária, nos jogos e nas brincadeiras;*
- *O envolvimento em atividades e a comunicação com os outros são as vias para a aprendizagem, incluindo a aprendizagem da fala;*
- *Consiga momentos para interagir e brincar com o seu filho e prossiga lentamente;*
- *Cada interação que tem com o seu filho é uma oportunidade para ele aprender e para lhe ensinar;*
- *Cuide da sua saúde emocional.*

Referências Bibliográficas

- *Rogers, S., & Dawson, G., & Vismara, L. (2015). Autismo – Compreender e agir em família. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.*
- *Rogers, S., & Dawson, G. (2016). Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização. Educar em Revista, 59, 293-297.*

APÊNDICE VIII

Documento de orientação para a utilização da equipa de enfermagem em contexto de estágio na consulta de Desenvolvimento Infantil:
“Capacitação parental: Estratégias para ajudar a criança com PEA a envolver-se, a comunicar e aprender todos os dias”



***“Capacitação parental: Estratégias para ajudar a criança com PEA
a envolver-se, a comunicar e aprender todos os dias”***

Trabalho Desenvolvido por Vânia López

Estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação da Professora

Doutora Maria Filomena Sousa

Lisboa

2019

CONSULTAS EXTERNAS DE PEDIATRIA

Consulta de Desenvolvimento Infantil

Capacitação parental: Estratégias para ajudar a criança com PEA a envolver-se, a comunicar e aprender todos os dias



1. ENCONTRE O SORRISO! DIVERTIR-SE COM AS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS

PASSO 1 – DESCUBRA O RITMO DAS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS

CHECKLIST DA ATIVIDADE: DESCUBRI O RITMO DAS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS

- SEI DE UMA SÉRIE DE ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS QUE PROVOCAM UM SORRISO E ANIMAÇÃO NO ROSTO DO MEU FILHO;
- DESCUBRI COMO POSICIONAR-ME FACE A FACE COM O MEU FILHO;
- QUANDO INICIO UMA ROTINA PREFERIDA, MUITAS VEZES O MEU FILHO ESTABELECE CONTACTO VISUAL E SORRI;
- QUANDO FAÇO UMA PAUSA, O MEU FILHO AGUARDA QUE EU PROSSIGA;
- QUANDO EU FAÇO UMA PAUSA, O MEU FILHO COMUNICA O SEU DESEJO PARA QUE EU PROSSIGA – OLHANDO PARA MIM, VOCALIZANDO;
- CONSEGUI CAPTAR O SEU INTERESSE EM VÁRIAS ROTINAS NOVAS PRATICANDO-AS VÁRIOS DIAS SEGUIDOS.

PASSO 2 – CRIE UM REPERTÓRIO E APERFEIÇOE AS ROTINAS

CHECKLIST DA ATIVIDADE: SERÁ QUE CRIEI UM REPERTÓRIO MAIOR E APERFEIÇOEI AS ROTINAS

- EU E O MEU FILHO CRIAMOS UM REPERTÓRIO DE 10 OU MAIS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS;
- DESENVOLVI UMA OU MAIS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS PARA A MAIORIA DAS ATIVIDADES DE CUIDADOS E BRINCADEIRAS DIÁRIAS;
- O MEU FILHO MOSTRA-SE ATIVO NOS JOGOS;
- APRENDI COMO VARIAR AS ROTINAS OU EXPANDI-LAS ACRESCENTANDO PASSOS NOVOS PARA EVITAR QUE SE TORNEM MUITO REPETITIVAS;
- CONSIGO NARRAR E PRODUZIR GUIÕES SIMPLES;
- APRENDI A CONHECER OS SINAIS DE DESINTERESSE;
- APRENDI A REALIZAR ALGUMAS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS COM OBJETOS;
- FIZ EXPERIÊNCIAS E ALTERNEI BRINCADEIRAS E CONSEGUI CAPTAR O INTERESSE DO MEU FILHO EM VÁRIAS ROTINAS NOVAS, VÁRIOS DIAS SEGUIDOS.

PASSO 3 – OTIMIZE O NÍVEL DE ENERGIA DO SEU FILHO PARA A APRENDIZAGEM

CHECKLIST DA ATIVIDADE: SERÁ QUE OTIMIZEI A ENERGIA E A EXCITAÇÃO DO MEU FILHO PARA A APRENDIZAGEM?

- TORNEI-ME MAIS CONSCIENTE DOS NÍVEIS DE EXCITAÇÃO DO MEU FILHO;
- VEJO QUANDO O MEU FILHO ESTÁ HIPEREXCITADO, POUCO EXCITADO OU NUM ESTADO IDEAL PARA A APRENDIZAGEM E INTERAÇÃO;
- APRENDI COMO UTILIZAR AS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS QUANDO ESTÁ DEMASIADO EXCITADO;
- APRENDI A GERIR AS ROTINAS PARA EVITAR QUE O MEU FILHO FIQUE HIPEREXCITADO E DESORGANIZADO;
- APRENDI A UTILIZAR ALGUMAS DAS NOSSAS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS PARA AJUDAR O MEU FILHO RETRAÍDO E TORNAR-SE MAIS ENÉRGICO;
- EU SEI O QUE SIGNIFICA O MEU FILHO ESTAR NUM ESTADO OTIMIZADO PARA PARTICIPAR E SEI COMO UTILIZAR AS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS PARA MANTÊ-LO DURANTE VÁRIOS MINUTOS.

RESUMO

UTILIZAR AS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS PARA AUMENTAR OS SORRISOS E AS GARGALHADAS

- ENCONTRE O SORRISO!
- MANTENHA-SE SOB O “HOLOFOTE”, FACE A FACE COM A CRIANÇA;
- CRIE ROTINAS DIVERTIDAS A PARTIR DE CANÇÕES, JOGOS FÍSICOS E TOQUES;
- ACOMPANHE-AS COM EXPRESSÕES, VOZES E SONS ANIMADOS;
- NARRE ENQUANTO BRINCA OU CANTA;
- UTILIZE OBJETOS ESTIMULANTES;
- VARIE AS ROTINAS QUANDO SE TORNAM REPETITIVAS;
- FAÇA PAUSAS FREQUENTES E ESPERE PELA INDICAÇÃO DO SEU FILHO PARA PROSSEGUIR;
- UTILIZE AS ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS PARA OTIMIZAR OS NÍVEIS DE EXCITAÇÃO DO SEU FILHO PARA A APRENDIZAGEM.

2. SÃO PRECISOS DOIS PARA DANÇAR O TANGO – CRIAR INTERAÇÕES RECÍPROCAS

PASSO 1 – COMPREENDER A ESTRUTURA DE QUATRO PARTES DAS ATIVIDADES CONJUNTAS PARA A TOMADA DE TURNO

PASSO 2 – COMEÇAR A PRATICAR: A PREPARAÇÃO ENVOLVE ESTABELECEER A ATIVIDADE CONJUNTA

CHECKLIST DA ATIVIDADE: ESTAREI A PREPARAR UMA ATIVIDADE CONJUNTA COM O MEU FILHO?

- O MEU FILHO ESTÁ A BRINCAR COM BRINQUEDOS OU OBJETOS QUE OUTRAS CRIANÇAS DA IDADE DELE IRIAM UTILIZAR;
- OS OBJETOS OU BRINQUEDOS TÊM MÚLTIPLAS PEÇAS QUE PODEM SER PARTILHADAS DURANTE A BRINCADEIRA;
- DIFERENTES AÇÕES PODEM SER DESEMPENHADAS COM O OBJETO OU BRINQUEDO, PARA EVITAR QUE O MEU FILHO REPITA SEMPRE A MESMA AÇÃO;
- TODOS OS BRINQUEDOS MECÂNICOS COM BOTÕES PARA LIGAR E DESLIGAR FORAM REMOVIDOS;
- LEMBREI-ME DE POSICIONAR O MEU FILHO DIANTE DE MIM E SENTAR-ME OU FICAR DE PÉ NUMA POSIÇÃO CONFORTÁVEL;
- LEMBREI-ME DAS REGRAS DE COMO SEGUIR OS INTERESSES DO MEU FILHO;
- ESTOU CONSCIENTE DAS QUATRO PARTES.

PASSO 3 – DEFINIR O TEMA

CHECKLIST DA ATIVIDADE: QUAL É O TEMA DA ATIVIDADE CONJUNTA?

- ENCONTREI OBJETOS OU JOGOS QUE PROPORCIONAM OPORTUNIDADES PARA A TOMADA DE TURNO COM O MEU FILHO DURANTE A BRINCADEIRA;
- SIGO A LIDERANÇA DO MEU FILHO E IMITO AS SUAS AÇÕES QUANDO É A MINHA VEZ;
- TENHO A ATENÇÃO DO MEU FILHO QUANDO É A MINHA VEZ;
- UTILIZO LINGUAGEM SIMPLES PARA DAR NOMES AOS OBJETOS E ÀS AÇÕES DURANTE A BRINCADEIRA;
- EU E O MEU FILHO TOMAMOS TURNOS, AGIMOS COMO PARCEIROS IGUAIS PARA CRIARMOS UM TEMA QUANDO BRINCAMOS JUNTOS.

PASSO 4 – EXPANDIR A ATIVIDADE CONJUNTA – ACRESCENTAR VARIAÇÕES

CHECKLIST DA ATIVIDADE: SERÁ QUE ESTOU A VARIAR OU A EXPANDIR A ATIVIDADE CONJUNTA?

- SEI COMO ACRESCENTAR NOVOS MATERIAIS AO TEMA DA BRINCADEIRA INICIAL QUE ESTABELECI COM O MEU FILHO;
- SEI COMO ACRESCENTAR NOVAS AÇÕES AO TEMA INICIAL;
- SEI COMO ACRESCENTAR NOVOS PASSOS AO TEMA INICIAL;
- O MEU FILHO PARECE ESTAR CONFORTÁVEL COM A VARIAÇÃO – A BRINCAR COM OS OBJETOS; A SORRIR; CALMO, INTERESSADO OU FELIZ/EXCITADO – E A PROSSEGUIR COM A TOMADA DE TURNO.

PASSO 5 – ENCERRAR A ATIVIDADE CONJUNTA E FAZER A TRANSIÇÃO PARA A SEGUINTE

CHECKLIST DA ATIVIDADE: SERÁ QUE ESTOU A ENCERRAR A ATIVIDADE CONJUNTA E A SEGUIR EM FRENTE?

- SEI QUANDO O MEU FILHO ESTÁ A PERDER O INTERESSE NUMA ATIVIDADE CONJUNTA;
- SEI QUANDO A ATIVIDADE ESTÁ A TORNAR-SE DEMASIADO REPETITIVA OU ESTÁ A EXCITAR O MEU FILHO EM DEMASIA OU NÃO ESTÁ A EXCITÁ-LO O SUFICIENTE;
- O MEU FILHO AJUDA-ME A ARRUMAR DURANTE A ATIVIDADE CONJUNTA;
- SE O MEU FILHO RESISTIR AO ENCERRAMENTO DE UMA ATIVIDADE CONJUNTA, UTILIZO ESTRATÉGIAS DE REPARAÇÃO PARA O AJUDAR NA TRANSIÇÃO PARA A ATIVIDADE CONJUNTA SEGUINTE;
- CONSIGO AJUDAR O MEU FILHO A FAZER A TRANSIÇÃO PARA UMA NOVA ATIVIDADE MANTENDO A ATENÇÃO E A INTERAÇÃO DELE.

PASSO 6 – DESENVOLVER ATIVIDADES CONJUNTAS DURANTE OUTRAS ROTINAS DIÁRIAS PARA PROMOVER MÚLTIPLAS ÁREAS DE DESENVOLVIMENTO

CHECKLIST DA ATIVIDADE: SERÁ QUE ESTOU A VARIAR OU A EXPANDIR A ATIVIDADE CONJUNTA?

- SEI COMO PREPARAR UMA SÉRIE DE JOGOS COM BRINQUEDOS OU OUTROS OBJETOS COM QUE O MEU FILHO GOSTA DE BRINCAR OU JOGOS SOCIAIS SEM BRINQUEDOS;
- SEI COMO REALIZAR O TEMA OU AÇÃO PRINCIPAL DO JOGO QUE IRÁ FAZER O MEU FILHO SORRIR;
- TENHO IDEIAS COMO VARIAR ESTAS ATIVIDADES;
- TENHO IDEIAS COMO O MEU FILHO PODE AJUDAR-ME A FECHAR A ATIVIDADE E A ESCOLHER A SEGUINTE;
- TENHO IDEIAS PARA UTILIZAR A ESTRUTURA DA ATIVIDADE DE QUATRO PARTES DURANTE AS REFEIÇÕES DO MEU FILHO E BRINCADEIRAS AO AR LIVRE;
- TENTEI A ESTRUTURA DA ATIVIDADE CONJUNTA QUE QUATRO PARTES NAS ATIVIDADES COM LIVROS;
- ESTOU A UTILIZAR A ESTRUTURA DA ATIVIDADE CONJUNTA DE QUATRO PARTES DURANTE A HORA DO BANHO E OUTRAS ATIVIDADES DE CUIDADOS.

RESUMO

ENSINAR AO SEU FILHO A ESTRUTURA RECÍPROCA DA ATIVIDADE CONJUNTA

- POSICIONAR-SE DIANTE DO SEU FILHO E COLOQUE OS MATERIAIS IMPORTANTES ENTRE OS DOIS;
- MANTENHA-SE SOB O “HOLOFOTE”;
- NARRE: DIGA OS NOMES DOS OBJETOS E ACRESCENTE PALAVRAS SIMPLES, CANÇÕES E EFEITOS SONOROS;
- ENQUADRE AS ATIVIDADES DE BRINCADEIRA E CUIDADOS NAS QUATRO PARTES DA ESTRUTURA DA ATIVIDADE CONJUNTA;
- MANTENHA UM ESTILO DE TOMADA DE TURNO RECÍPROCA AO LONGO DE CADA UMA DAS PARTES DAS SUAS ATIVIDADES CONJUNTAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rogers, S., & Dawson, G., & Vismara, L. (2015). *Autismo – Compreender e agir em família*.

Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Rogers, S., & Dawson, G. (2016). Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo

Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização. *Educar em Revista*, 59, 293-297.

APÊNDICE IX

Instrumentos da sessão de formação em contexto de estágio no SUP: “Cuidar da criança e jovem em risco e vítima de maus-tratos no SUP”

Plano da sessão de formação em contexto de estágio no SUP

Título: “Cuidar da criança e jovem em risco e vítima de maus-tratos no SUP”.

População-alvo: Equipa de Enfermagem do SUP.

Objetivo geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação de sinais e sintomas de maus-tratos na criança e no jovem.

Objetivos específicos:

- Definir os principais conceitos e tipologia de maus-tratos na criança e no jovem;
- Enumerar os principais sinais e sintomas por tipologia de maus-tratos;
- Destacar a intervenção do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos;
- Promover a reflexão sobre a problemática.

Data: 08/01/2020 | **Hora:** 15h30 | **Local:** Sala de enfermagem do SUP | **Duração:** 15 minutos

Preletora: Vânia Gonçalves López

Conteúdos programáticos	Tempo	Metodologia	Recursos didáticos
<p>Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da formadora; • Apresentação do tema; • Apresentação dos objetivos; • Apresentação da metodologia. 	3 minutos	Expositivo	<p>Humanos: Enfermeiros do SUP.</p> <p>Materiais: Computador e apresentação em PowerPoint. Questionários.</p>
<p>Desenvolvimento: Exposição dos conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principais conceitos e tipologia de maus-tratos; • Sinais e sintomas; • Intervenção do enfermeiro na prevenção da problemática. 	7 minutos	Expositivo	
<p>Conclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências/Reflexão; • Síntese; • Esclarecimento de dúvidas; • Referências bibliográficas; • Avaliação da sessão (aplicação de questionário). 	5 minutos	Expositivo Ativo	

Diapositivos da sessão de formação em contexto de estágio no SUP

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-licenciatura e Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Contexto: Serviço de Urgência Pediátrica


“Cuidar da criança e jovem em risco e vítima de
maus-tratos no Serviço de Urgência Pediátrica”

Formadora: Vânia Gonçalves López
Docente Orientador: Professora Doutora Filomena de Sousa

Lisboa, 8 Janeiro, 2020

Objetivos

- **Objetivo geral:**
 - ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação de sinais e sintomas de maus-tratos na criança e no jovem e intervenção do enfermeiro.
- **Objetivos específicos:**
 - ✓ Definir os principais conceitos e tipologia de maus-tratos na criança e no jovem;
 - ✓ Enumerar os principais sinais e sintomas por tipologia de maus-tratos;
 - ✓ Destacar a intervenção do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos;
 - ✓ Promover a reflexão sobre a problemática.



Sumário

- Descrição dos principais conceitos e tipologia de maus-tratos na criança e jovem;
- Enumeração de sinais e sintomas;
- Definição da intervenção do enfermeiro na prevenção da problemática;
- Promoção da reflexão.



Conceitos-chave

❖ Os **maus-tratos** são um fenómeno complexo e multifacetado, que originam dano real ou potencial na criança, provocando atrasos no seu desenvolvimento e atentam contra a sua dignidade.

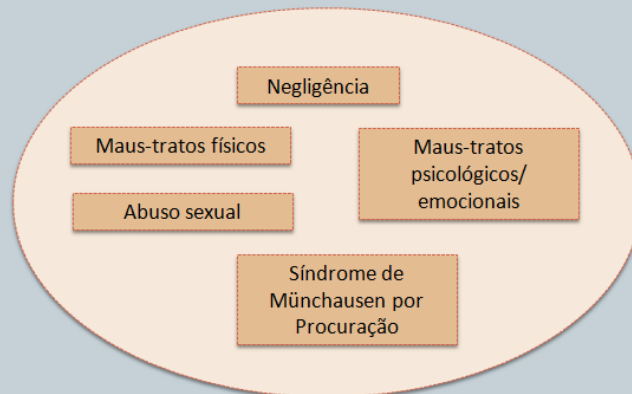
(World Health Organization, 2004)

❖ **Risco** “diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus-tratos” e **perigo** “corresponde a objetivação do risco”.

(Menezes & Prazeres, 2011, p.10)

❖ O respeito pela intimidade, privacidade, intervenção precoce, obrigatoriedade de informação, proporcionalidade e atualidade, promoção da autoestima, segurança e conforto são princípios a respeitar. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro) afirma no seu artigo 81.º que o enfermeiro assume o dever de proteger e salvaguardar os direitos da criança de qualquer forma de abuso.

Tipologia dos maus-tratos



(Menezes & Prazeres, 2011)

Sinais e sintomas indicadores de **Negligência**

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Incapacidade de proporcionar à criança/jovem a satisfação de necessidades básicas (higiene, alimentação, afeto, educação e saúde) indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Carência de higiene;• Vestuário desadequado em relação à estação do ano;• Inexistência de rotinas;• Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão;• Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais;• Incumprimento do Programa -Tipo de Atuação em saúde infantil e juvenil e/ou do PNV;• Doença crônica sem cuidados adequados;• Intoxicações e acidentes de repetição;• Alterações do sono;• Dificuldades na aprendizagem;• Alterações no padrão alimentar;• Depressão, tristeza, agressividade.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de Maus-tratos físicos

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Ação não acidental, isolada ou repetida, infligida pelos pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Equimoses, hematomas, escuriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns;<ul style="list-style-type: none">• Síndrome da criança abandonada;• Alopecia traumática e/ou postura prolongada com deformação do crânio;<ul style="list-style-type: none">• Lesões provocadas que deixam marcas;• Sequelas de traumatismo antigo;• Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise;<ul style="list-style-type: none">• Fratura do fémur em lactentes;• Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;• História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;<ul style="list-style-type: none">• Perturbações do desenvolvimento;• Alterações graves do estado nutricional;<ul style="list-style-type: none">• Lesões recorrentes;• TCE em crianças com idade inferior a 1 ano.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de Maus-tratos psicológicos/emocionais

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;<ul style="list-style-type: none">• Comportamentos agressivos e/ou autolesivos;• Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais;<ul style="list-style-type: none">• Perturbações do comportamento alimentar;<ul style="list-style-type: none">• Alterações do controlo de esfíncteres;• Choro incontrolável no primeiro ano de vida;<ul style="list-style-type: none">• Comportamento ou ideação suicida;<ul style="list-style-type: none">• Dificuldades na aprendizagem;<ul style="list-style-type: none">• Incapacidade de brincar.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de **Abuso Sexual**

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Envolvimento de uma criança/jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto.</p> <p>Baseia-se na relação de poder ou de autoridade em que a criança/jovem em função do estágio de desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem capacidade para compreender que delas é vítima; • Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual; <ul style="list-style-type: none"> • Não se encontra estruturalmente preparada; • Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões externas nos órgãos genitais; • Presença de esperma no corpo da criança/jovem; • Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais; <ul style="list-style-type: none"> • Leucorreia persistente ou recorrente; • Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal; <ul style="list-style-type: none"> • Lesões no pénis ou região escrotal; • Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios; <ul style="list-style-type: none"> • Laceração do hímen; • Infecção de transmissão sexual; <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez; • Conduta sexualizada; • Comportamentos agressivos; <ul style="list-style-type: none"> • Depressão.

(Camões, 2005; Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de **Síndrome de Münchhausen por Procuração**

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Atribuição à criança por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas, vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando procedimentos exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar à criança determinado medicamento para provocar determinada sintomatologia; • Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima; • Provocar semi-sufocação de forma repetida antes de recorrer ao SU anunciando crises de apneia.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Como atuar perante os maus-tratos?

É uma prioridade defender a criança/jovem e família

❖ Evitar os juízos de valor

- ✓ Potencializar e capacitar a família;
- ✓ Trabalhar em equipa multidisciplinar para garantir uma resposta adequada;
 - ✓ Denunciar;
- ✓ Definir estratégias a longo prazo.

(Cordeiro, 2003)

Intervenção do enfermeiro no SUP

- ❖ Detetar **sinais de alerta** na criança/jovem e família;
- ❖ Recolher, analisar e registar na história clínica, **informação sobre a natureza e características dos sintomas** detetados para **excluir** causa orgânica:

- Associação a outros sintomas e/ou fatores de risco;
- Persistência no tempo (igual ou superior a 6 meses);
 - Gravidade;
 - Consequências na criança/jovem/família;
 - Intervenções recorrentes;
- Pedido de ajuda por parte dos pais/cuidadores.

(Menezes & Prazeres, 2011; Ramos, et al., 2007)

Intervenção do enfermeiro no SUP

- Sinais de alerta** → **Não:** Observar, acompanhar e intervir sobre os sintomas detetados através do Programa de Vigilância de Saúde Infantil.
- Sinais de alerta** → **Sim:** Valorizar a atitude dos pais/cuidadores e/ou da criança durante o processo de recolha e análise de informação.

Nos pais

Colaboração;
Evitação;
Reconhecimento da necessidade de intervenção;
Veracidade das informações.

Na criança/jovem

Colaboração;
Evitação;
Submissão aos pais;
Ansiedade/medo.

(Menezes & Prazeres, 2011; Ramos, et al., 2007)

Intervenção do enfermeiro

• A intervenção do enfermeiro centra-se na deteção precoce e encaminhamento de situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança e jovem, utilizando um modelo concetual centrado na criança e família em qualquer contexto em que esta se encontre (hospitais, comunidade, domicílio) atuando em parceria.

• O enfermeiro diagnostica e intervém nas situações de risco que possam prejudicar a vida ou qualidade de vida da criança e jovem:

- ✓ Identifica evidências fisiológicas e emocionais e mal-estar psíquico;
- ✓ Identifica situações de risco para a criança e jovem (maus-tratos, negligência e comportamentos de risco);
- ✓ Sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção;
- ✓ Assiste a criança e jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Momento de reflexão e partilha...



Quais os principais constrangimentos/dificuldades que sente perante situações suspeitas de maus-tratos a crianças e jovens?



Síntese



- O efeito negativo dos maus-tratos depende de numerosos fatores relacionados não só com o fenómeno em si, mas também com todo o envolvimento, fatores protetores, resiliência e resposta das equipas competentes.
- As crianças e jovens adotam mecanismos de defesa e sobrevivência pelo que é fundamental capacitar as equipas de intervenção.
- Enquanto profissionais de saúde devemos atuar com rigor, seriedade, organização e motivação.
- Salienta-se a necessidade de criação de instrumentos fidedignos, confiáveis e que possam contribuir para ações e intervenções qualificadas na área da saúde.



Questões?



Obrigada pela vossa presença, colaboração e disponibilidade!

Referências Bibliográficas

Camões, C. (2005). Violência sexual em menores. *Psicologia.pt - O portal dos psicólogos*, 1-15.

Cordeiro, M. (2003). Maus tratos a crianças e adolescentes. Chegou o momento de dizer <basta!>. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 151-160.

Lei n.º 111/2009 (2009). Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 180 de 16-09-2009), 6528-6550. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/490277>

Lei n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.

Ramos, D., Amaral, F., Spínola, F., Lobo, G., Silva, H., Costa, I. ... Miranda, V. (2007). A violência contra a criança e o adolescente: Uma abordagem histórica e clínica. *Revista Gazeta Médica da Bahia*, 76(3), 98-102.

Revorêdo, L.S., Dantas, M.M.C., Maia, R.S., Torres, G.V., & Maia, E.M.C. (2016). Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 205-217.

Grelha de Avaliação da sessão de formação - “Cuidar da criança e jovem em risco e vítima de maus-tratos no SUP”

Solicito que no final da sessão classifique com um **(X)** os vários itens de avaliação da sessão de formação em que acabou de participar:

O tema da sessão foi pertinente

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Duração foi apropriada

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

O conteúdo foi adequado

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Apreciação global

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Utilidade para a sua prática

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Sugestões:

Data / /

Obrigada pela sua colaboração e presença.

Avaliação da sessão de formação - “Cuidar da criança e jovem em risco e vítima de maus-tratos no SUP”

A sessão de formação em contexto de estágio no SUP foi realizada com a presença de seis enfermeiros. Perante a tipologia e o propósito da sessão concretizada optou-se, então, por proceder à avaliação da mesma por parte dos participantes envolvidos, destacando-se os seguintes resultados:

- Da análise de dados, a totalidade dos enfermeiros avaliou como “muito elevado” a pertinência do tema, o conteúdo, a utilidade para a prática e a apreciação global da mesma. Relativamente à duração, um enfermeiro, avaliou este item como “elevado” e os restantes como “muito elevado”.
- No campo de escrita denominado “sugestões”, um enfermeiro expressou que a formação deveria abranger outros profissionais de saúde para que pudessem existir outras partilhas no âmbito da reflexão.

Apreciando os resultados desta sessão de formação, considera-se que a avaliação é positiva, tendo-se atingido os objetivos inicialmente propostos.

APÊNDICE X

Instrumentos da sessão de formação em contexto de estágio de CSP: “Crianças e jovens em risco de maus-tratos: Cuidar em CSP”

Plano da sessão de formação em contexto de estágio em CSP

Título: “Crianças e jovens em risco de maus-tratos: Cuidar em CSP”.

População-alvo: Equipa de Enfermagem de CSP.

Objetivo geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação de fatores de risco e situações de perigo e respetiva intervenção nos maus-tratos à criança e jovem.

Objetivos específicos:

- Definir os principais conceitos e tipologia de maus-tratos;
- Descrever a intervenção do enfermeiro na prevenção da problemática no âmbito de CSP;
- Refletir com a equipa de enfermagem sobre situações suspeitas ou de maus-tratos a crianças e jovens detetadas na instituição e respetiva intervenção.

Data: 03/02/2020 | **Hora:** 15h | **Local:** Sala de reuniões | **Duração:** 40 minutos

Preletora: Vânia Gonçalves López

Conteúdos programáticos	Tempo	Metodologia	Recursos didáticos
Introdução: <ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora;• Apresentação do tema;• Apresentação dos objetivos;• Apresentação da metodologia.	5 minutos	Expositivo	Humanos: Enfermeiros de CSP Materiais: Computador e apresentação em PowerPoint. Questionários.
Desenvolvimento: Exposição dos conteúdos: <ul style="list-style-type: none">• Criança e jovem: Seres de direitos;• Contextualização da problemática;• Enquadramento legal da intervenção às crianças e jovens em risco;• Principais conceitos e tipologia de maus-tratos;• Sinais e sintomas;• Fatores de risco, proteção e agravamento;• Intervenção do enfermeiro na prevenção da problemática em CSP.	30 minutos	Expositivo	
Conclusão: <ul style="list-style-type: none">• Partilha de experiências/Reflexão;• Síntese;• Esclarecimento de dúvidas;• Referências bibliográficas;• Avaliação da sessão (aplicação de questionário).	5 minutos	Expositivo Ativo	

Diapositivos da sessão de formação em contexto de estágio em CSP



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-licenciatura e Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Contexto: Cuidados de Saúde Primários



“Crianças e jovens em risco de maus-tratos: Cuidar em Cuidados de Saúde Primários”



Formadora: Vânia Gonçalves López
Docente Orientador: Professora Doutora Filomena de Sousa

Lisboa, 3 de Fevereiro, 2020

“Descongelamento”



- *“Detido por colocar filhos de pijama na rua à chuva, em Fafe”* (O Minho, 2019)
- *“Saúde sinalizou perto de 65 mil crianças em risco de maus-tratos em dez anos”*
(O Público, 2019)
- *“Dez bebés abandonados à nascença”* (Jornal de Notícias, 2019)
- *“Criança de 12 anos que era mantida presa com uma coleira de choques morreu”* (Revista Sábado, 2019)



Objetivos

- **Objetivo geral:**

- ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação de fatores de risco e situações de perigo e respetiva intervenção nos maus-tratos à criança e jovem.

- **Objetivos específicos:**

- ✓ Definir os principais conceitos e tipologia de maus-tratos;
- ✓ Descrever a intervenção do enfermeiro na prevenção da problemática no âmbito de CSP;
- ✓ Refletir com a equipa de enfermagem sobre situações suspeitas ou de maus-tratos a crianças e jovens detetadas na instituição e respetiva intervenção.



Sumário

- ❖ Criança e jovem: Seres de direitos;
- ❖ Contextualização da problemática;
- ❖ Enquadramento legal da intervenção às crianças e jovens em risco;
- ❖ Principais conceitos e tipologia de maus-tratos;
- ❖ Sinais e sintomas;
- ❖ Fatores de risco, proteção e agravamento;
- ❖ Intervenção do enfermeiro na prevenção da problemática em CSP.



Crianças e jovens: Seres com Direitos

Cuidar é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Os pais devem responsabilizar-se por acolher as necessidades da criança, no sentido de oferecer um ambiente e um funcionamento familiar saudável para o seu adequado desenvolvimento.

(Osti & Sei, 2016)

As crianças têm o direito de serem protegidas pelo estado, para que se possam desenvolver integralmente “(...) especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições. O estado assegura especial proteção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privado de um ambiente familiar normal. É proibido, nos termos da lei, o trabalho de menores em idade escolar”.

(Assembleia da República, 2005, p.24)



Conceitos-chave

❖ Os **maus-tratos** são um fenómeno complexo e multifacetado, que originam dano real ou potencial na criança, provocando atrasos no seu desenvolvimento e atentam contra a sua dignidade.

(World Health Organization, 2004)

❖ **Risco** “diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus-tratos” e **perigo** “corresponde a objetivação do risco”.

(Menezes & Prazeres, 2011, p.10)

❖ O respeito pela intimidade, privacidade, intervenção precoce, obrigatoriedade de informação, proporcionalidade e atualidade, promoção da autoestima, segurança e conforto são princípios a respeitar. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro) refere no artigo 81.º que o enfermeiro assume o dever de proteger e salvaguardar os direitos da criança de qualquer forma de abuso.

Contextualização da problemática

CPCJ (2019) no ano de 2018

13.905 situações de perigo	43,1% negligência
	18,7% comportamentos de perigo na infância e juventude
	17,4% correspondem à educação
	11,9% à violência doméstica.

APAV (2013-2018)

- 8,52% dos crimes foram praticados na escola;
- 71,37% em contexto de violência doméstica em que os crimes de maus tratos psíquicos e físicos são os mais representativos.

Apoio a crianças e jovens vítimas de violência sexual (Projeto CARE)

Janeiro de 2016 - maio de 2019

- 881 crianças e jovens apoiados/as
- 140 familiares e amigos/as apoiados/as
- 10.509 atendimentos realizados

Vítimas

- 80,3%



1,1% não foi possível apurar

- 18,6%



Autores

91,4% (homens)

5% (mulheres)

3,5% não foi possível apurar

Intrafamiliar 54,1%

Pai/Mãe: 19,8%
Padrasto/Madrasta: 11,7%
Avô/Avó: 5,8%
Tio/Tia: 5,2%
Irmão/Irmã: 2,3%
Outro/a familiar: 9,3%

Extrafamiliar 39,9%

Pessoa conhecida: 12,1%
Pessoa desconhecida: 6,6%
Colega/Amigo/a: 5,9%
Vizinho/a: 4,2%
Funcionário/a escolar: 1,8%
Funcionário/a atividades: 1,1%
Outra relação: 8,2%

6% não foi possível apurar

Enquadramento Legal

- [1] Constituição da República Portuguesa - Artigo 69.º – “As crianças têm direito à proteção do Estado e da sociedade”
- [2] Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro
- [3] Artigo 3.º n.º 1 da CDC – “Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança”
- [4] Artigo 19.º da CDC – “Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual”
- [5] Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c) – “São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes”
- [6] Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto – Criação do Projeto de Apoio à Família e à Criança - PAFAC
- [7] DL n.º 98/98, de 18 de Abril – Cria a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

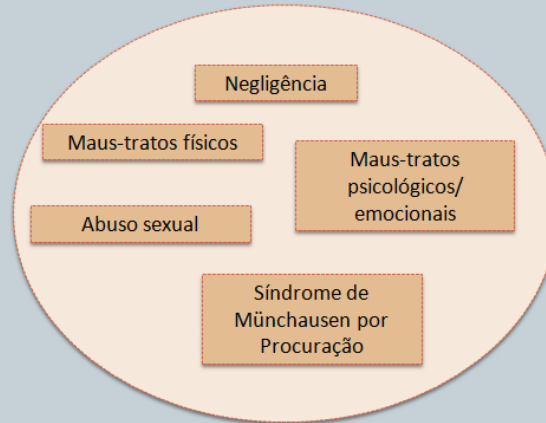
(Prazeres, 2008)

Enquadramento Legal

- [8] Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
- [9] DL n.º 11/2008, de 17 de Janeiro – Regulamenta a medida de promoção/proteção do acolhimento familiar
- [10] DL n.º 12/2008, de 17 de Janeiro – Regulamenta as medidas de promoção/proteção em meio natural de vida
- [11] Lei n.º 133/99, de 28 de Agosto – Alteração ao DL n.º 314/78 de 27 de Outubro (Organização Tutelar de Menores) em matéria de processos tutelares civis
- [12] Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto – Altera o regime jurídico da adoção
- [13] Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro – Lei de Proteção de Dados Pessoais
- [14] Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril – Exclusão da ilicitude nos casos

(Prazeres, 2008)

Tipologia de maus-tratos



(Menezes & Prazeres, 2011)

Sinais e sintomas indicadores de Negligência

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Incapacidade de proporcionar à criança/jovem a satisfação de necessidades básicas (higiene, alimentação, afeto, educação e saúde) indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Carência de higiene;• Vestuário desadequado em relação à estação do ano;• Inexistência de rotinas;• Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão;• Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais;• Incumprimento do Programa -Tipo de Atuação em saúde infantil e juvenil e/ou do PNV;• Doença crónica sem cuidados adequados;• Intoxicações e acidentes de repetição;<ul style="list-style-type: none">• Alterações do sono;• Dificuldades na aprendizagem;• Alterações no padrão alimentar;• Depressão, tristeza, agressividade.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de Maus-tratos físicos

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Ação não acidental, isolada ou repetida, infligida pelos pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns;<ul style="list-style-type: none">• Síndrome da criança abandonada;• Alopecia traumática e/ou postura prolongada com deformação do crânio;<ul style="list-style-type: none">• Lesões provocadas que deixam marcas;<ul style="list-style-type: none">• Sequelas de traumatismo antigo;• Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise;<ul style="list-style-type: none">• Fratura do fémur em lactentes;• Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;• História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;<ul style="list-style-type: none">• Perturbações do desenvolvimento;• Alterações graves do estado nutricional;<ul style="list-style-type: none">• Lesões recorrentes;• TCE em crianças com idade inferior a 1 ano.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de Maus-tratos psicológicos/emocionais

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;<ul style="list-style-type: none">• Comportamentos agressivos e/ou autolesivos;• Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais;<ul style="list-style-type: none">• Perturbações do comportamento alimentar;<ul style="list-style-type: none">• Alterações do controlo de esfíncteres;• Choro incontável no primeiro ano de vida;<ul style="list-style-type: none">• Comportamento ou ideação suicida;<ul style="list-style-type: none">• Dificuldades na aprendizagem;<ul style="list-style-type: none">• Incapacidade de brincar.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de Abuso Sexual

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Envolvimento de uma criança/jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto.</p> <p>Baseia-se na relação de poder ou de autoridade em que a criança/jovem em função do estágio de desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;• Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;<ul style="list-style-type: none">• Não se encontra estruturalmente preparada;• Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.	<ul style="list-style-type: none">• Lesões externas nos órgãos genitais;• Presença de esperma no corpo da criança/jovem;• Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;• Leucorreia persistente ou recorrente;• Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;• Lesões no pénis ou região escrotal;• Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;• Laceração do hímen;• Infecção de transmissão sexual;<ul style="list-style-type: none">• Gravidez;• Conduta sexualizada;• Comportamentos agressivos;<ul style="list-style-type: none">• Depressão.

(Camões, 2005; Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Sinais e sintomas indicadores de Síndrome de Münchausen por Procuração

Definição	Sinais e sintomas
<p>❖ Atribuição à criança por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas, vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando procedimentos exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Administrar à criança determinado medicamento para provocar determinada sintomatologia;• Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;• Provocar semi-sufocação de forma repetida antes de recorrer ao SU anunciando crises de apneia.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006)

Consequências dos maus-tratos para a criança e jovem

Físicas	Psicológicas, emocionais e comportamentais	Relacionais e sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Morte; • Traumatismo craniano; • Lesões cerebrais e défices neurológicos; • Fraturas dos membros; <ul style="list-style-type: none"> • Lesões cutâneas; • Ferimentos; • Perda de capacidades motoras/sensoriais; <ul style="list-style-type: none"> • Perda de controle de esfíncteres; • Atraso no crescimento ponderal e estatural; <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de sono; • Problemas alimentares; • Queixas psicossomáticas; • Aumento de risco de doenças crónicas na vida adulta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa autoestima; • Baixa perceção de autoeficácia; • Expetativas pessoais e profissionais negativas ou reduzidas; <ul style="list-style-type: none"> • Insegurança; • Apatia e tristeza; • Depressão; • Ideação suicida; • Comportamentos autodestrutivos; <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Perturbações de pânico; • Perturbações de <i>stress</i> pós-traumático; <ul style="list-style-type: none"> • Perturbações cognitivas e de personalidade; • Envolvimento em condutas antissociais e delinquentes/na atividade criminal na vida adulta, em comportamentos de risco para a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empobrecimento dos relacionamentos interpessoais; • Dificuldades no estabelecimento de relações afetivas positivas, duradouras e estáveis; • Padrão de desconfiança em relação aos outros; • Problemas de vinculação em relação aos outros; <ul style="list-style-type: none"> • Medo e fobia social; • Evitamento e isolamento social; • Vitimação e perpretação de violência nas futuras relações interpessoais; • Desinteresse por atividades anteriormente apreciadas; <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades escolares; • Absentismo escolar; • Abandono escolar precoce.

APAV, 2011)

Fatores de Risco

- ❖ Qualquer tipo de influencia que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos.
 - ❖ Por si sós não provam a existência de maus-tratos;
- ❖ Representam variáveis biopsicossociais e podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens.
 - ❖ Dizem respeito à criança/jovem, família e/ou cuidadores e aos contextos de vida.

Na criança/jovem: nascimento prematuro/baixo peso; temperamento difícil; filho não desejado; doença crónica; viver em lar ou instituição.

Familiares/contextos de vida: Défice de competências parentais, relações familiares conflituosas, família disfuncional, ausência de suporte sócio-familiar.

(Menezes & Prazeres, 2011)

Fatores de Proteção

- ❖ Incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social e podem diminuir o impacto dos fatores de risco.
- ❖ Dizem respeito à criança/jovem, família e/ou cuidadores e aos contextos de vida.

Na criança/jovem: bom nível de desenvolvimento global, temperamento fácil, sucesso escolar, desejo de autonomia e comportamento exploratório.

Famíliares/contextos de vida: boas competências parentais, boa rede de suporte familiar e social, boa integração comunitária, segurança económica.

(Menezes & Prazeres, 2011)

Fatores de Agravamento

- ❖ Novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos.

Rutura e reconstituições familiares, luto, doença súbita grave, início de cuidados à pessoa dependente, desemprego, institucionalização, conflito armado, desastre natural, detenção/prisão.

(Menezes & Prazeres, 2011)

Intervenção perante os maus-tratos

É uma prioridade proteger a criança/jovem

❖ Recuperar a família

❖ Trabalho em equipa para garantir uma melhor resposta

❖ Os profissionais de saúde devem abster-se de juízos de valor

❖ Intervir no risco para prevenir evolução para o perigo

❖ A denúncia é obrigatória

❖ Evitar a recorrência

❖ Pensar em estratégias a longo prazo

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011)

Níveis de intervenção

Tribunais
CPCJ
Entidades com competências em matéria de infância e juventude

(Menezes & Prazeres, 2011)

Responsabilidades do enfermeiro

Os padrões de qualidade especializados referentes à área de especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015) aludem a determinados focos de intervenção, nomeadamente: orientação antecipatória, gestão do bem-estar, deteção precoce, encaminhamento e, promoção da autoestima.

O enfermeiro diagnostica e intervém nas situações de risco que possam prejudicar a vida ou qualidade de vida da criança e jovem: Identifica evidências fisiológicas e emocionais e mal-estar psíquico; identifica situações de risco para a criança e jovem (maus-tratos, negligência e comportamentos de risco); sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; assiste a criança e jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Intervenção do enfermeiro em CSP

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e dos cuidados que recebe

Observação da evolução dos fatores de risco, proteção e agravamento e respetivas consequências

Aconselhamento aos pais/cuidadores no desenvolvimento de competências parentais

- Observações periódicas;
- Registo na historia clínica:
 - ✓ Fatores de risco, de proteção e de agravamento detetados;
 - ✓ Evolução dos mesmos e efeitos na criança/jovem;
- Articulação entre os profissionais e outros parceiros do primeiro nível de intervenção;
 - Visitas domiciliárias;
- Avaliação da gravidade da situação através da ponderação do equilíbrio detetado entre fatores de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida.

(Menezes & Prazeres, 2011)

NACJR



❖ Os CSP dispõem de equipas pluridisciplinares que apoiam os profissionais nas intervenções neste domínio.

Para que serve:

- ✓ Detecção precoce das situações de risco e perigo;
- ✓ Acompanhamento e prestação de cuidados;
- ✓ Sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços;
- ✓ Mobilizar a rede de recursos internos e dinamizar a rede social;
- ✓ Agilizar articulação/comunicação com a CPCJ e Tribunal;
- ✓ Consultadoria aos profissionais/equipas de saúde;
- ✓ Apoiar os profissionais com a elaboração de um plano de intervenção.



Momento de reflexão e partilha...



Como intervém no seu dia-a-dia perante situações suspeitas ou de maus-tratos a crianças e jovens?



Síntese

- Os maus-tratos podem provocar danos para a criança, jovem e família para toda a vida. Assim, os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar e atuar adequadamente em situações suspeitas ou de maus-tratos.
- A identificação e ação efetiva dos profissionais é um dos fatores que pode contribuir para a redução do problema.
- Os sinais de alerta são indicadores de uma probabilidade acrescida de maus-tratos e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e intervenção protetora.
- Enquanto profissionais de saúde devemos atuar com rigor, seriedade, organização e motivação.

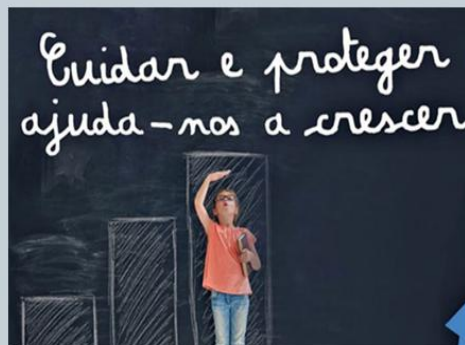


Princípios orientadores da intervenção junto de crianças e jovens em risco

- ❖ O interesse superior da criança e jovem como referencial primeiro da ação;
- ❖ A privacidade, respeito pela intimidade;
- ❖ A intervenção, o mais precoce possível;
- ❖ A intervenção mínima, salvaguardando que intervêm apenas os indispensáveis;
- ❖ A intervenção proporcional e atual;
- ❖ O exercício da responsabilidade parental;
- ❖ A obrigatoriedade de informação;
- ❖ A subsidiariedade na intervenção.



Questões?



Obrigada pela vossa presença, colaboração e disponibilidade!

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: Compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2013-2017). *Estatísticas APAV: Crianças e Jovens Vítimas de Crime e de Violência*. Acedido em: 06/01/2020. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Crianças_e_jovens_vitimas_crime_violencia_2013_2017.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2016-2019). *Rede CARE – Apoio especializado a crianças e jovens vítimas de violência sexual*. Acedido em: 13/01/2020. Disponível em: https://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Infografia_Janeiro2016_Maio2019.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2018). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2018*. Acedido em: 08/01/20. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf
- Camões, C. (2005). Violência sexual em menores. *Psicologia.pt - O portal dos psicólogos*, 1-15.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2019). *Relatório de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens - 2018*. Acedido em: 12/01/2020. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj/relatorios-de-avaliacao-da-atividade-estatistica.aspx>
- Cordeiro, M. (2003). Maus-tratos a crianças e adolescentes. Chegou o momento de dizer <basta!>. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 151-160.
- Figueira, A. (2019). Dez bebés abandonados à nascença. *Jornal de Notícias*. Acedido em: 16/01/2020. Disponível em: <https://www.jn.pt/nacional/dez-bebes-abandonados-a-nascenca-10925435.html>

Referências Bibliográficas

- Lei n.º 30/92 (1992). Resolução do Conselho de Ministros. Assembleia da República. *Diário da República*, I série B (N.º 189, 18 de Agosto de 1992), 4013-4014. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/282102>
- Lei n.º 98/98 (1998). Decreto-Lei. Assembleia da República. *Diário da República*, I série A (N.º 91, 18 de Abril de 1998), 1711-1713. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/174848>
- Lei n.º 111/2009 (2009). Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 180 de 16-09-2009), 6528-6550. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/490277>
- Lei n.º 147/99 (1990). Lei de Bases da Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I série A (N.º 195, 18 de Agosto de 1990), 3452-3459. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
- Lei n.º 147/99 (1999). Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I série A (N.º 204, 1 de Setembro de 1999), 6115-6132. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Referências Bibliográficas

- Maia, A. (2019). Saúde sinalizou perto de 65 mil crianças em risco de maus-tratos em dez anos. *O Público*. Acedido em: 16/01/2020. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/04/22/sociedade/noticia/saude-sinalizou-perto-65-mil-criancas-risco-mastratos-dez-anos-1869934>
- Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus-tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde*: Documento técnico. Lisboa: DGS.
- Ramos, D., Amaral, F., Spínola, F., Lobo, G., Silva, H., Costa, I. ... Miranda, V. (2007). A violência contra a criança e o adolescente: Uma abordagem histórica e clínica. *Gazeta Médica da Bahia*, 76(3), 98-102.
- Redação (2019). Detido por colocar filhos de pijama na rua à chuva, em Fafe. *O Minho*. Acedido em: 16/01/2020. Disponível em: <https://ominho.pt/detido-por-colocar-filhos-de-pijama-na-rua-a-chuva-em-fafe/>
- Revorêdo, L.S., Dantas, M.M.C., Maia, R.S., Torres, G.V., & Maia, E.M.C. (2016). Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 205-217.
- Rodrigues, Carolina (2019). Criança de 12 anos que era mantida presa com uma coleira de choques morreu. *Revista Sábado*. Acedido em: 16/01/2020. Disponível em: <https://www.sabado.pt/mundo/america/detalhe/crianca-de-12-anos-que-era-mantida-presa-com-uma-coleira-de-choques-morreu>

Grelha de Avaliação da sessão de formação - “Crianças e jovens em risco de maus-tratos: Cuidar em CSP”.

Solicito que no final da sessão classifique com um **(X)** os vários itens de avaliação da sessão de formação em que acabou de participar:

O tema da sessão foi pertinente

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Duração foi apropriada

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

O conteúdo foi adequado

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Apreciação global

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Utilidade para a sua prática

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Resposta às necessidades sentidas

1-Muito Baixo	<input type="checkbox"/>
2-Baixo	<input type="checkbox"/>
3-Médio	<input type="checkbox"/>
4-Elevado	<input type="checkbox"/>
5-Muito elevado	<input type="checkbox"/>

Sugestões:

Data / /

Obrigada pela sua colaboração e presença.

Avaliação da sessão de formação - “Crianças e jovens em risco de maus-tratos: Cuidar em CSP”.

A sessão de formação em contexto de estágio em CSP foi realizada com a presença de 7 enfermeiros. Tendo em conta a tipologia e o propósito da sessão concretizada optou-se, então, por proceder à avaliação da mesma por parte dos participantes abrangidos, destacando-se os seguintes resultados:

- Da análise de dados, a totalidade dos enfermeiros classificou o tema da sessão, o conteúdo, a utilidade para a prática e a resposta às necessidades inicialmente sentidas como “Muito elevado”. No que se refere à duração da sessão e apreciação global, três dos formandos classificou-as no “Elevado” e os quatro restantes no “Muito elevado”.
- No campo de escrita denominado Sugestões, um enfermeiro referiu que a formação deveria ser alargada a outros profissionais de saúde (psicólogos, pediatras, pedopsiquiatras, psicomotricistas).

Considerando os resultados desta sessão de formação, crê-se que a avaliação é positiva, tendo-se alcançado os objetivos inicialmente projetados.

APÊNDICE XI

Instrução de trabalho em contexto de estágio em CSP: “Cuidar e proteger a criança, jovem e família em risco de maus-tratos”



Instrução de Trabalho

Trabalho Desenvolvido por Vânia López
Estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a
orientação da Professora Doutora Maria Filomena Sousa.

Lisboa
Fevereiro
2020

1. OBJETIVOS

- Instituir orientações de intervenção perante situações de risco de maus-tratos a crianças, jovens e família.
- Uniformizar os cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de risco de maus-tratos.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Instrumento de trabalho dirigido à equipa de enfermagem que presta cuidados na instituição de saúde.

3. DEFINIÇÕES

3.1. A criança e o jovem: Seres de direitos

A convenção sobre os direitos da criança enuncia um conjunto de direitos fundamentais – civis, políticos, económicos, sociais e culturais de todas as crianças. Este tratado divide-se em quatro categorias de direitos: direitos à sobrevivência (cuidados adequados), direitos relativos ao desenvolvimento (educação), direitos relativos à proteção e direitos de participação (UNICEF, 1989).

As crianças têm o direito de serem protegidas pelo estado, para que se possam desenvolver integralmente *“(...) especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições. O estado assegura especial proteção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privado de um ambiente familiar normal. É proibido, nos termos da lei, o trabalho de menores em idade escolar”* (Assembleia da República, 2005, p.24).

O respeito pela intimidade, privacidade, intervenção precoce, obrigatoriedade de informação, proporcionalidade e atualidade e a promoção da autoestima, segurança e conforto são princípios a respeitar. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro) afirma no seu artigo 81.º que o enfermeiro assume o dever de proteger e salvaguardar os direitos da criança de qualquer forma de abuso.

3.2. Maus-tratos a crianças e jovens

Segundo Menezes & Prazeres (2011, p.7) os maus-tratos a crianças e jovens dizem respeito *“a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento*

biopsicossocial e afetivo da vítima”.

3.3. Tipologia de maus-tratos

Os principais tipos de maus-tratos passíveis de notificação incluem: negligência, maus-tratos psicológicos/emocionais, maus-tratos físicos, abuso sexual, síndrome de Münchhausen por procuração (Silva, Afonso, & Silva, 2014).

Negligência: diz respeito à incapacidade de proporcionar à criança e jovem a satisfação das necessidades básicas no que diz respeito à higiene, alimentação, afeto, educação, saúde indispensáveis para o seu crescimento e desenvolvimento harmoniosos. Pode manifestar-se de forma ativa quando existe consciência e intenção de provocar dano à vítima, ou passiva quando resulta de incapacidade dos pais por incompetência para assegurar as necessidades básicas (Menezes & Prazeres, 2011). A negligência pode assumir diversos formatos: ser do domínio físico, psicoafetivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicância (Prazeres, 2008).

Maus-tratos psicológicos/emocionais: incapacidade de proporcionar à criança e jovem um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados (Menezes & Prazeres, 2011). Este tipo de maus-tratos engloba diferentes condições, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem (Prazeres, 2008).

Maus-tratos físicos: ação não acidental, isolada ou repetida a qual provoque dano físico (Menezes & Prazeres, 2011). Neste tipo de maus-tratos, a expressão mais frequente surge na forma de “criança batida” (Prazeres, 2008).

Abuso sexual: pode revestir diferentes formas desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito, passando pela introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, as quais se encontram previstas e punidas pelo artigo 171.º do Código Penal, que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças (Prazeres, 2008).

Síndrome de Münchhausen por procuração: os cuidadores atribuem ou inventam histórias e sintomas ou ainda induzem sintomas (Silva, Afonso, & Silva, 2014).

3.4. Sinais, sintomas e indicadores por tipologia de maus-tratos

Negligência

- **Sinais e Sintomas:** Carência de higiene; vestuário desadequado em relação à estação do ano; inexistência de rotinas; hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão; perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais; incumprimento do Programa -Tipo de Atuação em saúde infantil e juvenil e/ou do PNV; doença crónica sem cuidados adequados; intoxicações e acidentes de repetição; alterações do sono; dificuldades na aprendizagem; alterações no padrão alimentar; depressão, tristeza, agressividade.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006).

Maus-tratos psicológicos/emocionais

- **Sinais e Sintomas:** Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; comportamentos agressivos e/ou autolesivos; excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais; perturbações do comportamento alimentar; alterações do controlo de esfíncteres; choro incontrolável no primeiro ano de vida; comportamento ou ideação suicida; dificuldades na aprendizagem; incapacidade de brincar.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006).

Maus-tratos físicos

- **Sinais e Sintomas:** Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns; síndrome da criança abanada; alopecia traumática e/ou postura prolongada com deformação do crânio; lesões provocadas que deixam marcas; sequelas de traumatismo antigo; fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise; fratura do fêmur em lactentes; demora ou ausência na procura de cuidados médicos; história inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores; perturbações do desenvolvimento; alterações graves do estado nutricional; lesões recorrentes; TCE em crianças com idade inferior a 1 ano.

(Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006).

Abuso sexual

- **Sinais e Sintomas:** Lesões externas nos órgãos genitais; presença de esperma no corpo da criança/jovem; laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais; leucorreia persistente ou recorrente; prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal; lesões no pénis ou região escrotal; equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios; laceração do hímen; infeção de transmissão sexual; gravidez; conduta sexualizada; comportamentos agressivos; depressão.

(Camões, 2005; Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006).

Síndrome de Münchausen por Procuração

- **Sinais e Sintomas:** Administração à criança de determinado medicamento para provocar alguma sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima; provocar semi-sufocação de forma repetida antes de recorrer ao Serviço de Urgência anunciando crises de apneia.

(Camões, 2005; Cordeiro, 2003; Menezes & Prazeres, 2011; Revorêdo, et al., 2016; Ramos, et al., 2006).

3.5. Risco e Perigo

O conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais abrangente do que o de situações de perigo definidas na Lei. Risco *“diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus tratos”* e perigo *“corresponde a objetivação do risco”* (Menezes & Prazeres, 2011, p.10)

O atual sistema de proteção evidencia a ação nas situações de perigo, dado que nem todas as formas de risco legitimam a intervenção do Estado e da Sociedade na vida, na autonomia e família da criança ou do jovem. Cinge-se, assim, às situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e/ou desenvolvimento da criança ou jovem, conforme o artigo 3º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro e exposição de motivos da mesma (Prazeres, 2008).

3.6. Fatores de risco, de proteção e de agravamento nos maus-tratos

Os fatores de risco referem-se a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Incluem variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que sucedem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens (Prazeres, 2008).

Características da criança/jovem que podem potencializar contextos de risco

Crianças/jovens portadores de necessidades de saúde especiais (deficiência física ou mental); prematuridade/baixo peso, em particular quando implica estar separado dos cuidadores no período neonatal; crianças não desejadas pelos pais; temperamento difícil; crianças com dificuldades de aprendizagem ou “sobredotadas”; déficit físico ou psíquico; doença crônica ou perturbações do desenvolvimento; problemas de comportamento; insatisfação das expectativas dos pais; excessiva dependência ou alheamento; viver em lar ou instituição.

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008)

Características do sistema familiar/contexto que podem potencializar contextos de risco

Situações de adoção ou famílias reconstituídas; contextos de violência doméstica; cuidadores abusados ou negligenciados em criança; problemas de saúde mental; déficit de competências parentais; perturbações emocionais, mentais ou físicas; disciplina demasiado impositiva e rígida; história de comportamento violento e/ou antissocial; desajustamento psicossocial/comportamentos aditivos (abusos de substâncias, criminalidade, prostituição; relações familiares conflituosas; inexistência de condições de habitabilidade; pais adolescentes Contextos de crise (por exemplo, morte, separação, desemprego); ausência de redes familiares e sociais de apoio; pais/cuidadores envolvidos em processos legais ou a cumprir pena; “Desenraizamento” cultural e social; pais com vida social e/ou profissional intensa; família disfuncional; insegurança económica/pobreza; ausência prolongada de um dos cuidadores.

(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008)

Os fatores de proteção incluem as variáveis físicas, psicológicas e sociais que suportam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como reguladores dos fatores de risco, controlando ou evitando o respetivo impacto. Quando os fatores de proteção equilibram ou anulam os de risco, a possibilidade de ocorrer uma situação crítica diminui.

Características da criança/jovem que podem ser fatores protetores

Crianças saudáveis e atrativas; crianças com desejo de autonomia e comportamentos exploratórios; capacidade de pedir ajuda quando necessário; crianças com competências adaptativas; bom nível de desenvolvimento global; temperamento fácil; vinculação segura com a família/adulto de referência; sucesso escolar; grupo de pares pró-social.
(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008)

Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social que podem ser fatores protetores

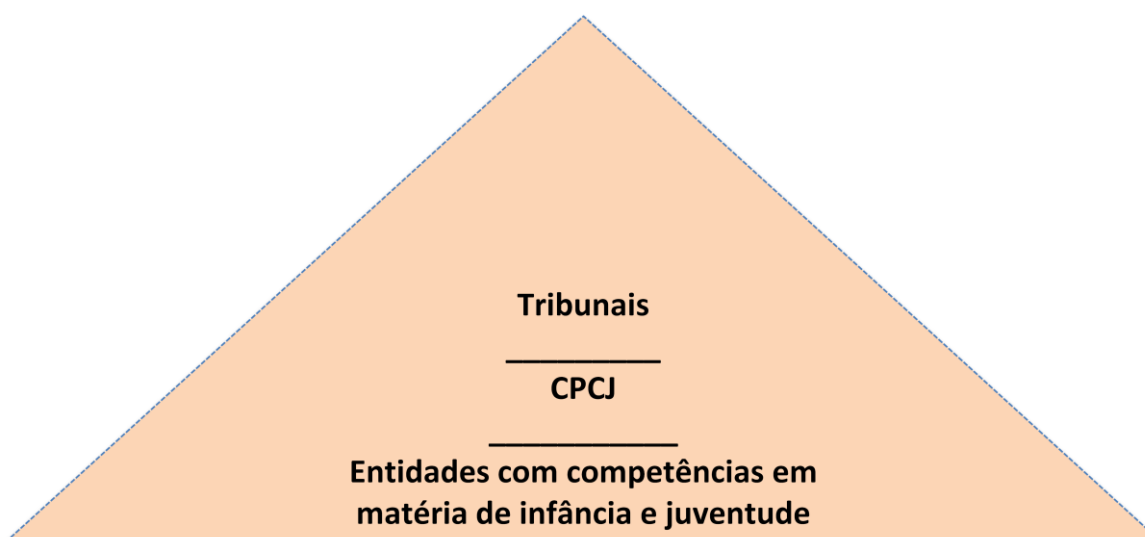
Relação afetiva securizante com um adulto significativo; competências parentais adequadas; rede familiar e social de apoio adequada; família organizada; boa integração comunitária; capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde); segurança económica.
(Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008)

As circunstâncias na vida da criança, jovem ou família ou cuidadores que alteram a dinâmica existente entre fatores de risco e proteção constituem-se como fatores de agravamento e podem evidenciar a ocorrência de maus-tratos (Menezes & Prazeres, 2011).

Fatores de agravamento

Rutura e reconstituição familiar; luto; doença súbita grave; início de cuidados à pessoa dependente; desemprego; migração; alteração da situação laboral/económica; institucionalização; prisão; desastre natural; conflito armado.
(Menezes & Prazeres, 2011)

3.6. Níveis de Intervenção

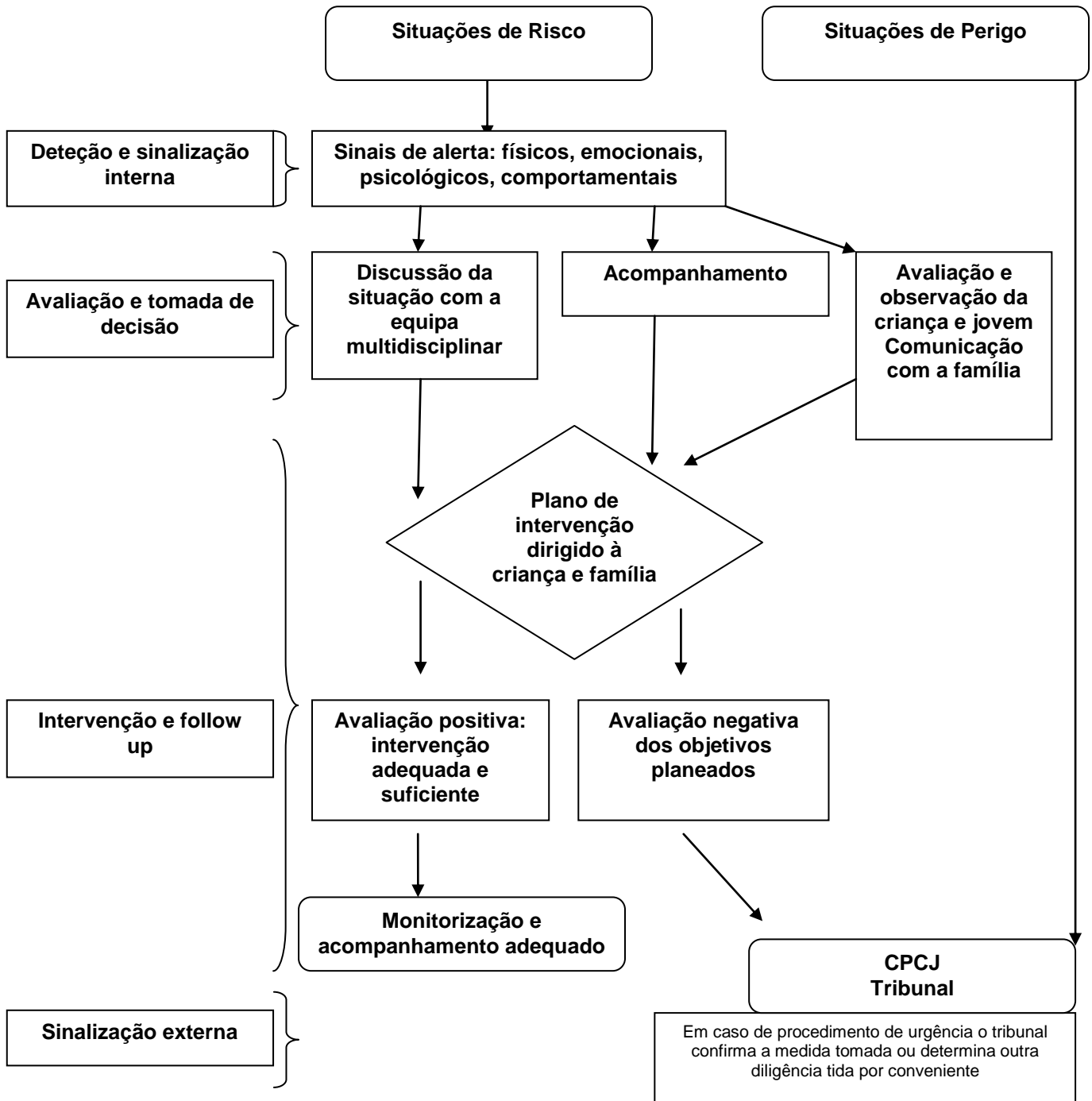


No primeiro nível, intervêm as entidades com competência em matéria da infância e juventude (educação, formação profissional, ocupação de tempos livres, saúde, segurança social, autarquias ONG) que visam a promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens que se encontrem em situação de risco. No segundo nível, destacam-se as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens quando as entidades de primeiro nível não conseguem eliminar o perigo. No terceiro nível, é a intervenção judicial que cabe certificar a proteção das crianças e jovens (Menezes & Prazeres, 2011; Prazeres, 2008).

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A deteção de indicadores de risco e a perceção das situações que envolvem perigo para a criança, jovem e família, o respetivo acompanhamento e o encaminhamento, constituem uma tarefa difícil para os profissionais de saúde. Contudo, dadas as características do objeto de trabalho (saúde e o bem-estar dos clientes e das populações), as equipas dos cuidados de saúde primários reúnem condições efetivas para a identificação de contextos específicos de risco e para a deteção, acompanhamento e encaminhamento, quando inevitável, de situações problemáticas (Prazeres, 2008).

4.1. Fluxograma para sinalizar e gerir as situações de maus-tratos (baseado em Prazeres, 2008)



5. SIGLAS

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ONG – Organização não-governamental

PIAF - Plano de Intervenção e Apoio à Família

PNV – Programa Nacional de Vacinação

TCE - Traumatismo cranioencefálico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional*. Acedido em: 12/01/20. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

Camões, C. (2005). Violência sexual em menores. *Psicologia.pt*, 1-15. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0245.pdf>

Cordeiro, M. (2003). Maus-tratos a crianças e adolescentes. Chegou o momento de dizer <basta!>. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 151-160.

Lei n.º 111/2009 (2009). Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 180 de 16-09-2009), 6528-6550.
ELI: <https://dre.pt/application/file/a/490277>

Menezes, B., & Prazeres, V. (Coords.). (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS.

Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde: Documento técnico*. Lisboa: DGS.

Ramos, D., Amaral, F., Spínola, F., Lobo, G., Silva, H., Costa, I. ... Miranda, V. (2007). A violência contra a criança e o adolescente: Uma abordagem histórica e clínica. *Revista Gazeta Médica da Bahia*, 76(3), 98-102.

Revorêdo, L.S., Dantas, M.M.C., Maia, R.S., Torres, G.V., & Maia, E.M.C. (2016). Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 205-217.

Silva, D.M., Afonso, V.L.F., & Silva, E.M.B. (2014). Conhecimento dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Revista Millenium*, 47, 69-82.

United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Nova Iorque: UNICEF. Acedido a: 12/01/2020. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

7. ANEXOS

Crimes contra a autodeterminação sexual - Artigo 171.º (Abuso sexual de crianças)

1. Quem praticar ato sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa é punido com pena de prisão de um a oito anos.
2. Se o ato sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.
3. Quem:
 - a) Importunar menor de 14 anos, praticando ato previsto no artigo 170.º; ou
 - b) Atuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos; é punido com pena de prisão até três anos.
4. Quem praticar os atos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

Artigo 91º - Procedimentos urgentes na ausência de consentimento

1. Quando exista perigo atual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de proteção tomam as medidas adequadas para a sua proteção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.
2. As entidades policiais dão conhecimento, de imediato, das situações referidas no número anterior ao Ministério Público ou, quando tal não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade.
3. Enquanto não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou o jovem do perigo em que se encontra e asseguram a sua proteção de emergência em casa de acolhimento temporário, nas instalações das entidades referidas no artigo 7.º ou em outro local adequado.

Situações de perigo para a criança ou jovem

As situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do artigo 3.º da Lei 147/99:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) 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, tendo em conta o carácter exemplificativo deste articulado, outros casos não especificados cabem igualmente no grupo das “situações de perigo”.