



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O ABANDONO DE CRIANÇAS EM HOSPITAL

CHILDREN ABANDONED IN HOSPITAL

Por

Ana Marta Silva Pinto

Lisboa

Abril de 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O ABANDONO DA CRIANÇA EM HOSPITAL

CHILDREN ABANDONED IN HOSPITAL

Por

Ana Marta Silva Pinto

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Sílvia Caldeira

Lisboa

Abril de 2021

“Recomeça
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa
E os passos que deres
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade
Enquanto não alcances
Não descanses
De nenhum fruto
queiras só metade.”

Miguel Torga

Agradecimentos

O meu primeiro e mais profundo agradecimento vai para a Professora Sílvia Caldeira, sem ela, sem o seu apoio e motivação, não teria chegado aqui. É uma inspiração!

Agradeço, de coração, às minhas orientadoras de estágio, exemplo do que um enfermeiro especialista deve ser e muito mais. A dedicação e a mestria que colocam no seu trabalho, aliadas à humanidade que as caracteriza, são um exemplo. Nádía Elawar, Ana Rita Martins, Carla Coimbra e Ana Dias, obrigada pelo apoio incansável. Agradeço também à Priscila Carreira. Sem vocês, não teria conseguido.

À minha família, pilar da minha vida e do meu percurso, são o farol que ilumina o meu caminho. São o meu porto de abrigo nos dias de tempestade. São o colo onde quero estar em todos os momentos. Obrigada por fazerem de mim a pessoa que sou.

Aos meus amigos, de aquém e de além mares, sempre no coração. São parte da minha força e do meu ser. Nos bons e nos maus momentos, estão sempre lá. Sou tão afortunada por vos ter. Obrigada.

Aos meus colegas da UCIPed, que em tão pouco tempo me ajudaram a sentir em casa e, todos os dias, me ajudam a crescer neste imenso mundo da Pediatria. Que sorte tenho por poder trabalhar e aprender convosco!

Às minhas “pediátricas” preferidas, companheiras deste caminho, com quem partilhei alegrias e angústias e que tornaram este percurso menos difícil. Sou-vos grata. Joana, Raquel, Margarida Costa, Margarida Carvalho, Amélia, Ana Rebotim, Daniela, Marta, Nádía, Filipa, Débora, Selma, Marina e Inês, este mestrado só poderia ter sido feito convosco.

Resumo

Serve o presente relatório, no âmbito do 13º Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, para descrever e analisar de uma forma crítica e reflexiva o percurso realizado durante o estágio, com os respetivos objetivos, atividades e resultados, de forma a prover a aquisição de competências especializadas.

A temática por mim escolhida remete para a criança e jovem em risco, no campo da negligência, especificamente o seu abandono em contexto hospitalar e a importância da enfermagem neste âmbito. Uma melhor compreensão do fenómeno implicou a necessidade de uma pequena contextualização histórica, complementar à investigação iniciada através do mapeamento do conhecimento disponível sobre a mesma.

De forma a relacionar o presente relatório com a perspetiva da Enfermagem Avançada, recorri não só aos resultados do trabalho de investigação como também ao seu enquadramento na Teoria do *Caring*, de Jean Watson.

O estágio foi realizado ao longo de quinze semanas e tripartido pelos serviços de Pediatria Médica – Internamento, Neonatologia e Urgência Pediátrica, consoante o exigido para a aquisição das competências específicas e procurando ir de encontro à área temática escolhida. Contudo, importa realçar as condicionantes derivadas da atual pandemia causada pela Covid-19 e que levaram a uma constante reorganização e adaptação, quer na escolha dos locais, quer do próprio desempenho enquanto aluna de especialidade.

Palavras-chave: abandono, hospital, pediatria, enfermagem, especialista

Abstract

This report aims to describe and critically analyze the journey during the internship and the activities conducted aiming at developing specialized skills and competencies, as defined by the programme of the 13th Master's Degree in Pediatric Nursing, at the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa.

This report is grounded on the theme concerning the children-at-risk, more specifically the neglected child who is abandoned during hospitalization and the impact on nursing care. To increase the phenomena comprehension a brief historical contextualization was needed as complement to the scoping review that was performed before. Also, the Jean Watson's Caring Theory was used to provide the theoretical background needed to the understanding of the theme but also to the transfer into internships, keeping an advanced nursing approach.

The internship occurred during fifteen weeks, in Pediatric Ward, NICU (Neonatal Intensive Care Unit) and Pediatric Emergency Room, according to the requirements to specialized skills and competencies.

Nonetheless, the Covid-19 pandemic has influenced all this period and demanded for constant reorganization not only in choosing the setting but also in my role as master student.

Key words: abandon, hospital, pediatrics, nursing, specialist

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

- APA - American Psychological Association
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
- EESIP – Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- GOBP – Guia Orientador de Boa Prática
- ICS – Instituto de Ciências da Saúde
- ISPP - International Society for Peritoneal Dialysis
- NANDA-I - NANDA International, Incorporation
- NHCJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- PCC – População, conceito e contexto
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RN – Recém-Nascido
- SO – Serviço de Observação
- SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
- TIP - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
- UCIMC – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos
- UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
- UC – Unidade Curricular
- UCP – Universidade Católica Portuguesa
- VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

Introdução	13
1. Enquadramento Conceptual e Teórico	17
1.1. Do passado ao presente, uma breve história do abandono	17
1.2. O abandono de crianças em hospital: uma Scoping Review	20
1.3. Referencial teórico: Jean Watson e a escola do <i>Caring</i>	26
2. Análise crítica e reflexiva do percurso curricular e desenvolvimento de competências em estágio	31
2.1. Competências do Enfermeiro Especialista – passado, presente e futuro	31
2.2 Da teoria para a prática - percurso num hospital central	35
2.2.1 Serviço de Pediatria Médica - Internamento	36
2.2.2. Serviço de Neonatologia - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	40
2.2.3. Serviço de Urgência Pediátrica	46
2.3. Abandono em hospital - uma reflexão sobre a prática ou uma prática reflexiva?	52
2.4. Competências do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica – presente e futuro	57
Conclusão	59
Referências Bibliográficas	63
Anexo I - Tabela 6 – Factores de risco para o abandono da criança na União Europeia	73
Anexo II - Certificado de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	75
Anexo III - Programa de Atualização em Enfermagem – Saúde Materna e Neonatal (PROENF – SMN) - Convite	77
Apêndice I - Revisão de literatura: Abandoned Children in Hospitals: a scoping review protocol	81
Apêndice II – Fluxograma PRISMA ScR	99
Apêndice III – Tabelas de Resultados da Scoping Review	101
Apêndice IV - Norma de procedimento – Cuidados ao Catéter de Diálise Peritoneal, realizada em contexto de Internamento, Pediatria Médica	133
Apêndice V - Sessão informativa realizada no Internamento, Pediatria	149

Médica, com o tema: “Enfermagem baseada na evidência: Tipos de revisões e pesquisa em bases de dados”	
Apêndice VI - <i>Storytelling</i> – Contos: “Um pequeno conto de grandes guerreiros” e “Abel e o reino das caixinhas de vidro”, escritos para o Serviço de Neonatologia	163
Apêndice VII - Feedback dos contos dado pelos pais	181
Apêndice VIII - Poster intitulado: “ <i>Storytelling</i> como recurso na prática de cuidados de enfermagem em neonatologia”, apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, organizado pelo ICS – UCP	185
Apêndice IX – Sessão de partilha de ideias, realizada no serviço de Urgência Pediátrica, com o tema: “A criança abandonada em contexto hospitalar – uma realidade?”	187
Apêndice X - Instrumento de articulação entre as equipas de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica e os Cuidados de Saúde Primários	201

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos estudos	102
Tabela 2 – Resposta às questões de revisão	107
Tabela 3 – Question 1 - What causes are listed in literature regarding parents' decision for abandoning their children in hospitals?	116
Tabela 4 – Question 2 - What are the main issues concerning children's integral development?	124
Tabela 5 – Question 3 – What are the nursing interventions when caring for these children?	128
Tabela 6 - Risk factors for child abandonment within the EU	74
Tabela 7 – Síntese dos resultados	24

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, integrado no Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Católica Portuguesa (UCP), na busca de uma maior diferenciação, na aquisição de competências que me permitam contribuir para a excelência e valorização da enfermagem enquanto profissão e ciência, bem como para a integração da teoria na prática através de uma prática informada pela evidência. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) reflete a evolução da complexidade e dignificação da enfermagem enquanto profissão detentora da responsabilidade de prover o melhor para os que cuida, baseada em conhecimento científico, bem como a importância do enfermeiro para a comunidade científica, devendo o enfermeiro especialista ser vetor fundamental neste processo de evolução (Ordem dos Enfermeiros [OE], 1996). Assim, *“os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”* (OE, 2019, p. 4744).

O século XXI encontra a enfermagem, no que à teoria concerne, no paradigma da transformação, que se caracteriza pela abertura da ciência e disciplina perante o mundo, numa perspectiva de unicidade de fenómenos e interação entre eles, onde apesar da similaridade de cada situação haverá sempre uma interação recíproca com diferenciais de estrutura e de padrão únicos; desta forma, possibilita ao enfermeiro construir uma relação de “ser com” a pessoa, através duma relação de parceria (Kérouac, et al, 2007).

Tendo em vista a sua aplicação na prática centrada no cliente/família, atenta às respostas humanas no processo de vida e saúde, a enfermagem avançada baseia-se num conhecimento especializado, mobilizando competências e habilidades complexas, nos processos de tomada de decisão que colocam o enfermeiro como vetor de transição de conhecimento teórico e sua aplicação na prática, recorrendo ao reflexivo e contínuo processo de enfermagem que procura os melhores resultados para os receptores dos seus cuidados. A capacidade de mobilização de conhecimentos de diversas áreas, com uma

estrutura e metodologia sólidas baseadas numa prática reflexiva, que se exige à enfermagem, vem da atual demanda pela qualidade dos cuidados e respetiva responsabilização profissional (Nunes, 2010).

Este relatório terá no seu suporte uma componente teórica, quer a nível da fundamentação da temática escolhida, quer a nível das teorias de enfermagem, com foco num fundamentado desenvolvimento de competências.

Aliando um interesse e preocupação pessoais, a uma área que considero pouco explorada, optei por me focar na criança e jovem em risco, mais especificamente na criança abandonada (ou em risco de) em contexto hospitalar, como temática basilar de estudo e foco de desenvolvimento de competências. Não obstante, as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP) tal como defendidas pela OE vão muito mais para além deste foco e, por isso mesmo, toda a minha prestação durante os estágios foi guiada também por elas.

Embora seja indiscutível a sua complexidade enquanto fenómeno, na busca de um conceito, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os maus-tratos infantis podem ser definidos como o abuso físico, sexual e/ou emocional e/ou negligência, infligidos a crianças com menos de 18 anos (Sethi, et al., 2018). O abandono, enquanto conceito, pode definir-se como o ato de ignorar e não atender alguém que tenha direitos, e configura-se, como tal, no momento em que adquire conotação jurídica e resulta do não-cumprimento da lei, de um não-cumprimento de direitos (Santos, 2010).

O abandono de crianças é praticado desde a Antiguidade, das mais diferentes formas e, ao estudá-lo, senti-lo ou trabalhá-lo, julgo que se torna fundamental isentarmo-nos, na medida do humanamente possível, de juízos de valor e focarmo-nos no essencial: procurar causas, consequências e possíveis resoluções, sejam através da prevenção ou das intervenções dirigidas quando o fenómeno se torna factual.

Desde cedo que a temática das crianças abandonadas me preocupa e associá-la aos cuidados de saúde e ao papel do enfermeiro tornou-se num desafio ainda maior. Embora a literatura nos demonstre que este é um fenómeno em regressão, principalmente nos ditos países desenvolvidos, da mesma forma os estudos sobre este fenómeno, em contexto hospitalar, parecem vir a escassear com o tempo. Seja porque se verifica menos a sua existência ou porque há menos interesse ou capacidade para o estudar, julgo que a criança em risco, independentemente do risco a que está exposta, deverá ser uma prioridade nos cuidados. Por esse motivo, procurei mapear o conhecimento existente sobre a temática, de

forma a retirar contributos para a enfermagem e para a minha prática enquanto futura enfermeira ESIP, em particular.

Pese a sua história de fragilidade e elevada mortalidade, com o alvor do século XX, a criança vê a sua necessidade de estima e proteção reconhecidas pela sociedade e protegidas através da Declaração dos Direitos da Criança, em 1924 e, mais tarde, na Declaração Internacional dos Direitos Humanos, pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1959 (Santos, 2010).

Procurando com este relatório uma análise crítica e descritiva de todo o meu percurso realizado ao longo destes estágios, trazendo já de background a aprendizagem e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais adquiridas ao longo do meu percurso enquanto enfermeira e, especificamente, no decurso do estágio anterior, referente à UC: A Saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica, bem como a consequente relação ao meu desenvolvimento de competências enquanto enfermeira ESIP, apresento de seguida os objetivos orientadores para a sua elaboração:

- Desenvolver e aprimorar competências em todas as suas vertentes, no âmbito científico, técnico, relacional, ético e legal de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, de forma a compreender a sua especificidade e transversalidade no contexto de internamento, neonatologia e urgência.
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança em situação de risco, mais especificamente em situação de abandono, mas também considerando os maus-tratos e a negligência. Este objetivo centra-se na minha área temática basilar de estudo.

Para a formulação destes objetivos suportei-me no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, contemplando, assim, os seguintes quatro domínios: responsabilidade profissional, legal e ética; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Para a concretização destes objetivos, para além do suporte teórico iniciado no ano curricular anterior, foi fundamental a escolha dos locais de estágio. Indo de encontro ao requerido pelo regulamento da Especialidade e mestrado em ESIP, tendo já realizado um estágio numa USF, procurei serviços que me pudessem possibilitar um maior enfoque na

minha área temática em estudo. Desta forma, os serviços de internamento – Pediatria Médica (Infeccologia, Gastrenterologia e Nefrologia), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Urgência Pediátrica foram os eleitos.

Impera salientar, desde já, que todo este processo, de escolha e presença em local de estágio e o consequente desenvolvimento de competência e respetivo desempenho, foi afetado, claro está, pela situação pandémica instalada no país (e no mundo), derivada da COVID-19. Contudo, por todos os envolvidos, foi feito um esforço de adaptação e ajuste, de forma que as melhores condições fossem conseguidas e o maior proveito retirado da situação. Este ano peculiar trouxe consigo novos desafios, dos quais procurei retirar o maior proveito para o meu desenvolvimento de competências.

Este relatório será redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e com a norma de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA) – 7ª edição.

1. Enquadramento Conceptual e Teórico

1.1. Do passado ao presente, uma breve história do abandono

Estudar o abandono implica refletir sobre conceitos como a natalidade, a infância e o risco. Leva-nos a uma necessidade de contextualização histórica que nos permita compreender este conceito ao longo do tempo, procurando as suas origens e a forma como as sociedades lhe respondiam.

As alterações sociais conduziram à mudança de paradigma na forma como é vista e projetada a natalidade. A criança deixou de ser, muitas vezes, um peso, para passar a ser resultado de um desejo e de um processo ponderado e programado. Onde antes se considerava normal e aceitável o abandono do recém-nascido, ou a sua imediata institucionalização, hoje já não é assim. Muitos países sentiram a necessidade de instituir políticas de incentivo à natalidade, embora saibamos que pelo mundo fora, a realidade difere muito de cultura para cultura e de acordo com o estágio de desenvolvimento do país. Em Portugal, também a valorização da criança conheceu uma alteração significativa, se no Antigo Regime era frequente tê-las abandonadas e ao dispor para adoção, na atualidade, estes processos tornaram-se altamente burocráticos e morosos (Sá, 1988).

A noção de risco está dependente do lugar da criança na sociedade e a História conta-nos que, até ao século XVII, na Europa, segundo alguns autores, as crianças eram encaradas com indiferença pelos adultos e, a partir do século XVI, passam a ser olhadas como uma espécie de animal de estimação, sem noção de responsabilidade ou dedicação de afetos. Contudo, a ideia do desapego e da inexistência de amor paternal e maternal já é pouco defendida, sendo indiscutível a alteração nas atitudes sociais e da manifestação sentimental (o batismo era a prova da preocupação e amor para com as crianças), a partir da centúria de seiscentos (Lopes, 2002). Recordemos que, na medievalidade, a mulher atingia a maioridade aos 12 anos, enquanto os rapazes a atingiam aos 14. A mortalidade infantil era elevada e as crianças lutavam por sobreviver aos inúmeros riscos derivados de conveniências sociais, ideias erróneas e preconceitos. A pobreza e a miséria ditavam,

muitas vezes, a sorte das crianças, sendo a prática de abandono uma das suas consequências.

Dita da tradição do Direito Romano a identificação do abandono, a par com o aborto e o infanticídio, como um ato que coloca a vida da criança em perigo. Em Portugal, desde os tempos medievais que a assistência aos expostos é contemplada, existindo já em Lisboa e Santarém, no Século XIV, hospitais especificamente destinados a crianças abandonadas (Sá, 1993). A centúria de duzentos, representa a época de proliferação de possíveis resoluções assistenciais aos expostos, pelo mundo Cristão. Muitas eram as mães que se viam obrigadas a abandonar os filhos para poderem ganhar dinheiro como amas de leite. Para além da pobreza, o celibato propiciava as barreganias e as bastardias e o consequente abandono destes bastardos. A assistência aos pobres, tão característica da medievalidade e oriunda do cumprimento das obras de misericórdia, trouxe também, na mesma centúria, os primeiros Hospitais de Meninos (Oliveira, 2011).

As Casas da Roda, criadas em Roma na Baixa Idade Média (Schach, 2015), deveriam ser de conhecimento público, localizadas de forma estrategicamente discreta e acessível, para que as crianças pudessem ser colocadas no dispositivo giratório que as entregava ao interior da Casa, protegendo quem as expunha. Aos expositores bastava-lhes colocar a criança no cilindro de madeira (roda), tocar o sininho que avisava a rodeira e estavam assim livres de qualquer penalização. Lá dentro, a rodeira girava o cilindro, recebia a criança e prestava-lhe os primeiros cuidados de saúde (Paulino, 2017). Os expostos eram batizados e entregues a amas de leite que os criavam em domicílio próprio até aos sete anos, altura em passavam à responsabilidade dos juizes dos órfãos, começando a trabalhar e recebendo o seu primeiro salário aos 12 anos de idade (Lopes, 2002).

Ditavam as Ordenações Manuelinas que recairia a responsabilidade sobre os municípios, quando as cidades, vilas ou lugares não tivessem hospitais ou albergarias disponíveis para as crianças abandonadas, estando as despesas da sua criação a dependentes dos bens das câmaras municipais. Com a falta de cumprimento das obrigações camarárias era sobre as Misericórdias que recaíam os encargos com os expostos (Paulino, 2017).

A partir do Século XVI, a autoridade local torna-se a responsável por esta assistência, caminhando, com os séculos, esta responsabilidade para a partilha entre município e Misericórdias. A existência de instituições de apoio aos expostos, elevou a necessidade de amas de leite e os monarcas portugueses criaram leis de incentivo a estas mulheres, culminando com a lei de Pina Manique, em 1782, que procurava a reorganização desta

assistência, no enquadramento do despotismo europeu vigente à data, e nas suas leis de populismo social (Sá, 1993).

Com o fenómeno europeu de abandono de crianças entre os séculos XVIII e XIX, surgiu também a necessidade de legislação específica relacionada com os expostos, mas já desde os tempos das Ordenações Manuelinas que o abandono poderia ser feito de forma anónima e considerado legal. Foi com a suspensão da Roda, na segunda metade do século XIX, que a anonimidade foi proibida, sendo necessário a identificação paternal de forma a verificar a necessidade de proteção social (Sá, 1988).

Verificamos que já nos tempos da Roda, o abandono e as suas consequências, não só para a criança como também para a economia, preocupavam políticos, médicos e outros letrados que procuraram novas políticas e novas respostas assistenciais para este problema. Muitas das grávidas do século XIX, não levavam os filhos nascidos em enfermarias do Hospital S. José, deixavam-nos para as casas de expostos, quer por miséria como por vergonha. Thomaz de Carvalho, em 1853, já defendia a importância da permanência destas crianças, junto à mãe, como forma de criação de laços, a par com a instauração de subsídios de lactação. As preocupações destes intelectuais, direcionada para a responsabilização dos pais e preocupada com os desvalidos, visava a criação de uma assistência estruturada em três pilares: ponderação e controle nas admissões, vigilância e policiamento das instituições e áreas circundantes, generalização dos subsídios de lactação. A verdade é que, embora o problema não tenha sido totalmente solucionado, com o encerramento da Roda, diminuíram os abandonos na Real Casa dos Expostos de Lisboa (Paulino, 2017)

Em Portugal, o elevado número de crianças ilegítimas consistia um dos principais motivos para os elevados números de abandono existentes. A segunda metade do século XIX trouxe consigo o final da institucionalização do abandono. Os subsídios de lactação que os visavam substituir, apenas eram dados aos pais, durante o tempo de lactação em que a criança era entregue a uma ama. Contudo, já antes desta lei ser aplicada em Portugal, alguns municípios se preocupavam com o bem-estar dos seus abandonados (Sá, 1993).

No decurso do século XIX, verificou-se não só um aumento dos expostos, como também da mortalidade associada aos mesmos, da deterioração das suas condições de vida e das despesas necessárias para a sua criação. As crianças amontoavam-se nas instituições e amontoavam-se também as doenças, que decorrentes da falta de limpeza, da rarefação de arejamento ou da escassez de recreio. A sarna e as inflamações oculares espalhavam-se em clima tão propício, não bastassem a carência de dinheiro e de amas de leite que as pudessem alimentar (Paulino, 2017). A necessidade de combater um problema de

gravidade tão elevado conduziu à criação de novas regulamentações e incentivos. As rodas foram substituídas pelos hospícios e o anonimato pela exposição. Já nada era feito sem uma justificação.

O Século XIX representa a centúria na qual o Estado reconhece a importância da criança como o futuro e progresso da Nação. Quando em 1888 se uniformiza e regulamenta a assistência, os expostos passam a poder ser admitidos nos ditos hospícios, as crianças filhas de pais incógnitos desamparadas, filhas de pais desaparecidos ou as que não pudessem ser criadas pelos mesmos ou por outro familiar, por motivos de morte, prisão, idade avançada, degredo ou doença grave, devido ao *Regulamento para serviço dos expostos e menores desvalidos ou abandonados* (Paulino, 2017).

O final do século XIX traz consigo a noção de risco e a responsabilização da educação (ou a falta dela) e da negligência social como causa da delinquência infanto-juvenil. 1880 surge como ano de arranque da legislação de proteção da infância que se institucionaliza e implanta por todo o ocidente europeu, no início do século XX (Lopes, 2002).

1.2. O abandono de crianças em hospital: uma Scoping Review

Dando continuidade à fundamentação conceptual e teórica do abandono, torna-se premente a identificação dos estudos existentes sobre a temática. Pudemos verificar que o fenómeno do abandono constitui uma preocupação social que nos chega desde a Antiguidade e os trabalhos históricos nesta área são fecundos. Embora muitos referiram o contexto institucional fundido com o contexto hospitalar, para a época, e a subsequente intervenção da enfermagem, precedente à que encontramos no paradigma atual, estes estudos não abordam a problematização em contexto hospitalar, tal como a vemos hoje. Podemos verificar na literatura que o abandono tem sido um problema constante, contudo, o seu estudo tem tido um foco mais político e social do que propriamente médico ou de enfermagem. Ainda assim, os trabalhos existentes abrem-nos as portas para a importância da continuidade destes estudos.

Dada a limitação de conteúdo em corpo de texto, inerente à estrutura do presente relatório, a fundamentação teórica desta *Scoping Review* será colocada em apêndice¹, tal como a sua metodologia. Parece-me importante introduzir aqui algumas referências ao conceito de abandono, bem como a definição das questões de revisão, problema, população e contexto

¹ Vide Apêndice I p.81

(PPC). Os resultados desta revisão serão aqui sintetizados, contudo, as tabelas de extração de dados serão também colocadas em apêndice. Por fim, parece-me importante advertir para a escolha do inglês como língua usada na construção desses instrumentos e na redação do protocolo feito em contexto de outra unidade curricular e focado para uma possível publicação internacional.

Embora considerado como um fenómeno complexo, os maus-tratos à criança podem ser definidos como o abuso e/ou negligência física, sexual e/ou emocional a crianças com menos de 18 anos de idade (Sethi, et al., 2018 p.VIII). O abandono consiste numa forma de negligência. Os enfermeiros de pediatria esforçam-se para proporcionar um cuidado holístico e procuram tornar-se parceiros dos pais e das crianças (Roberts, 2011). A definição de criança abandonada, escolhida pela UNICEF no contexto do problema do abandono na Roménia, refere-se a uma criança cujos pais biológicos abdicaram da sua responsabilidade de cuidar e satisfazer as necessidades básicas de desenvolvimento do seu filho, separando-se deles fisicamente antes desta responsabilidade ser dada a uma instituição autorizada (UNICEF, 2005).

A intensidade dos laços que unem pais e filhos é assumida como fundamental para o desenvolvimento, reprodução, adaptação e aprendizagem sociopsicológica das crianças, o que leva a uma conotação negativa no que concerne à rotura destes laços naquilo que chamamos “abandono”, refletindo-se nas imagens criadas através da literatura, onde o abandono se vê envolto por uma aura de mistério e até de romantismo (Lorraine, Hackman, 2002). Na realidade, a história é bem diferente do destino de Moisés ou dos irmãos Hansel e Gretel. O impacto da quebra destes laços, em particular em contexto hospitalar, seja ao nascimento ou noutra momento da vida da criança, levanta questões e preocupações que conduziram à realização deste trabalho e deram mote para a linha orientadora do meu percurso enquanto mestranda de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Distintas questões de revisão e objetivos implicam o desenvolvimento de novas abordagens, projetadas para sintetizar, de mais efetiva e rigorosa forma, a evidência, sendo que um destes tipos de abordagem são as *Scoping Reviews* (Peters et al., 2015). A corrente revisão *Scoping*, realizada no âmbito deste mestrado, tem por objetivo a análise e mapeamento do conhecimento existente, referente ao abandono de crianças em hospital e ao papel do enfermeiro neste contexto. As seguintes questões de revisão foram formuladas para a realização deste trabalho:

1. Quais são as causas descritas na literatura no que respeita à decisão dos pais de abandonarem os seus filhos no hospital?
2. Quais são os principais problemas que afetam o desenvolvimento destas crianças?
3. Quais são as intervenções de enfermagem focadas para o cuidado a estas crianças?

Os critérios de inclusão foram definidos através do acrónimo PCC:

Participantes - Esta revisão considerou todos os estudos cujo foco seja o abandono de crianças (abandono ocorrido em hospitais, à nascença ou durante hospitalização), desde os recém-nascidos aos adolescentes com menos de 18 anos, saudáveis ou doentes.

Conceito - Esta revisão considerou os estudos que explorem o abandono de crianças, considerado como a ausência permanente de suporte familiar ou outro tipo de suporte, a ausência temporária de suporte familiar ou outro tipo de suporte, bem como as crianças ou adolescentes não acompanhados.

Contexto - Esta revisão considerou os estudos que digam respeito a qualquer contexto hospitalar, independentemente dos critérios de admissão hospitalar (nascimento ou hospitalização por doença crónica ou aguda).

A pertinência dos artigos foi analisada por dois revisores independentes, através da análise por título e resumo, com recurso ao software RYYAN QCRI. Posteriormente foi recuperado o artigo completo de todos os que reuniram os critérios de inclusão. As dissidências entre revisores foram resolvidas com a análise completa do artigo em questão. A análise completa foi, também ela, feita de forma independente, tendo sido as divergências resolvidas através de discussão, não tendo sido necessário recorrer a um terceiro revisor. Os estudos identificados a partir da lista de referências foram também analisados na mesma metodologia.

Para a extração e tratamento de dados foram usados os instrumentos apresentados no Protocolo da Scoping Review², contudo, dada a quantidade de conteúdo retirado, foi necessário proceder à reformulação de tabelas de forma a identificar e classificar os estudos, bem como a sintetizar a sua informação da forma mais detalhada possível, recorrendo à categorização dos resultados e respetivas citações e referências, para cada questão de revisão.³

² Vide Apêndice I p.81

³ Vide Apêndice III p.101

A apresentação dos resultados da elegibilidade da amostra foi sistematizada através do fluxograma Prisma ScR.⁴ Muitos artigos foram inicialmente excluídos pelo título, previamente à seleção por título e resumo e, posteriormente, na fase de leitura integral, foram excluídos por não responderem às questões de investigação. No final, ficámos com um total de 24 artigos correspondentes aos critérios de elegibilidade. Os estudos analisados foram caracterizados, segundo demonstramos na Tabela 1⁵ relativamente aos autores, ano de publicação, país de publicação, objetivo, tipo de estudo, população e amostra e contexto.

Podemos verificar uma grande incidência de estudos norte-americanos, bem como de estudos referentes ao abandono de bebés, em particular sobre o fenómeno chamado “boarder babies”. Verifica-se alguma discrepância temporal na produção científica, muito relacionada com os problemas sociais e políticos que têm vindo a melhorar ao longo dos anos. Podemos constatar uma maior incidência de estudos referentes aos anos 90 e primeira década de 2000, sendo que, nos últimos anos esta temática parece decrescente. Embora a pesquisa inicial tenha sido prolífica, verificamos que poucos estudos estão focados no contexto hospitalar, mas sim na temática geral do abandono e nas questões sociais, políticas e legais, muito relacionadas com o problema do abandono de bebés.

Dos estudos analisados, podemos constatar que 17 estudos remetem para o abandono de bebés (Guha, et al., 2019; Yelissinova, et al., 2015; Ross III, 2012; Brunet, 2011; Bailey, et al., 2010; Zabina, et al., 2009; Boss, 2008; Boïng & Crepaldi, 2004; Lvoff, et al., 2000; Issoupova, 2000; Maza, 1999; Dumaret, et al., 1996; Abedin, et al., 1993; Buranasin, 1991; Dahl-Regis & Oyefara, 1990; Doan-Johnson & Elisabeth McGinley, 1990; Kushnik, et al., 1970), dois estudos focam crianças com deficiência (Urdaneta-Carruyo, et al., 2008; Dumaret, et al., 1996), um estudo dá-nos uma análise histórica sobre mães que procuram os bebés de volta (Brunet, 2011), quatro estudos são referentes ao problema de crianças internadas e não acompanhadas (Roberts & Messmer, 2011; Roberts, 2010; Zengerle-Levy, 2006; Urdaneta-Carruyo, et al., 2008), dois estudos remetem à problemática do HIV (Bailey, et al., 2010; Zabina, et al., 2009), dois estudos relatam o problema das crianças institucionalizadas por abandono na Roménia (Nelson III, et al., 2013; Ross III, 2012), três estudos focam a experiência dos enfermeiros que cuidam das crianças abandonadas em hospital (Roberts & Messmer, 2011; Zengerle-Levy, 2006; Doan-Johnson & Elisabeth McGinley, 1990), um estudo refere-se ao internamento em hospitais de longa duração

⁴ Vide Apêndice II p.99

⁵ Vide Apêndice III p.101

(Hood, 1976) e outro é um relatório referente ao problema do abandono na Europa e que não se foca, especificamente, em contexto hospitalar, mas que o integra (Browne, et al., 2012). Dada a pertinência da informação contida neste último estudo, e apesar de nem toda ir de encontro às nossas questões de revisão, optei por colocar em anexo uma tabela extraída deste relatório, referente aos fatores de risco para o abandono de crianças.⁶ Podemos constatar que estes factores de risco vão de encontro aos fatores analisados nos nossos resultados.

Em todos os estudos foram identificadas respostas para a primeira questão de revisão. Quatro estudos não dão resposta à segunda questão de revisão (Browne, et al., 2012; Brunet, 2011; Dumaret, et al., 1996; Buranasin, 1991) e quatro estudos não respondem à terceira questão (Yelissinova, et al., 2015; Nelson III, et al., 2013; Dahl-Regis & Oyefara, 1990; Kushnik, et al., 1970).

Os dados obtidos foram agrupados em categorias, para cada questão de revisão. No seu tratamento, identificámos 22 categorias para a primeira questão, 10 categorias para a segunda e 14 categorias para a terceira questão. De forma a sintetizar os resultados expostos nas tabelas em apêndice, foi elaborada a seguinte tabela:

Tabela 7 . Síntese dos resultados

Q1. Quais são as causas descritas na literatura no que respeita à decisão dos pais de abandonarem os seus filhos no hospital?	Q2. Quais são os principais problemas que afetam o desenvolvimento destas crianças?	Q3. Quais são as intervenções de enfermagem focadas para o cuidado a estas crianças?
Categorias		
Pobreza/ dificuldades económicas/ desemprego	Risco de pobreza / sem abrigo	Conhecimento (equipas bem formadas)
Doença parental (mental ou física)	Estigma / discriminação / rejeição	Prevenção pré-parto
Adição	Atraso no desenvolvimento	Estimulação do desenvolvimento
Gravidez indesejada/ falta de cuidados parentais	Distúrbios psicológicos / suicídio	Cuidados diários / conforto
Juventude / gravidez na adolescência	Baixo peso ao nascer / prematuridade / má progressão ponderal	Promover a vinculação: contacto pele a pele; amamentação, bebé junto à mãe

⁶ Vide Anexo I p.73

		(prevenção pós-parto)
Falta de suporte familiar / Comunitário	Doenças / incapacidade	Minimizar resultados negativos
Múltiplos filhos	Distúrbios emocionais / falta de competências relacionais	Satisfazer necessidades emocionais
Falta de apoio social/ estigma	Distúrbios / sentimentos traumáticos (solidão, medo, tristeza, dor, ansiedade, aborrecimento, etc.)	Dar amor incondicional
Deficiência / doença da criança	Impacto no futuro / incapacidade	Minimizar os danos causados pela hospitalização
Prematuridade / Baixo peso à nascença	Atenção médica diminuída / maior necessidade de atenção das equipas de saúde	Promover laços relacionais / manter relações humanizadas
Hospitalização prologada / falta de vinculação		Promover aconselhamento parental / familiar e/ou a sua presença no hospital
Stress emocional		Educação parental e social
Baixo nível educacional / iliteracia		Defesa das crianças
Necessidade de espaço pessoal		Ligação com os serviços sociais
Guerra / políticas governamentais		
Monoparentalidade / divórcio / problemas com o parceiro		
Violência doméstica		
Incapacidade para cuidar da criança		
Conselho médico / estigma entre os profissionais		
Crença nos benefícios dos cuidados institucionais		
Distância entre casa e hospital		
Problemas legais		

Após a análise dos dados, indo de encontro ao reportado em muitos artigos que não foram incluídos nesta revisão, parece-nos inegável que os avanços nos cuidados à criança trouxeram medidas preventivas do seu abandono, a par com as políticas socioeconómicas e

de saúde de cada país. Este fenómeno tem vindo a assistir a uma redução ao longo dos anos, contudo, continua a ser uma situação presente na sociedade atual, embora se encontre mais disfarçada do que a história do abandono nos relata. Na atualidade, reflete-se a melhoria nas condições de vida e de suporte da criança hospitalizada e respetiva família.

Não é de estranhar a relação da problemática do abandono com as carências socioeconómicas das populações em estudo. O problema do abandono vai muito para além do escopo da saúde e dos hospitais. Contudo, enquanto profissionais de saúde, cabe-nos procurar, na nossa área de intervenção, as medidas que podemos tomar no sentido de atenuar ou resolver este problema. Como podemos verificar, a prevenção do abandono aparece como intervenção fundamental (Ross III, 2012; Browne, et al. 2012; Bailey, et al., 2010; Zabina, et al., 2009; Lvoff, et al., 2000; Maza, 1999; Dumaret, et al., 1996; Abedin, et al., 1993; Buranasin, 1991), sendo esta transversal a toda as áreas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

Com esta revisão de literatura verificamos uma gritante falta de estudos direcionados para o abandono de crianças em contexto hospitalar. Embora, muitos estudos relatem o abandono do recém-nascido, são poucos os que se focam na criança hospitalizada, sozinha, e que aprofundam as suas necessidades. A realidade de quem trabalha neste contexto, confirma que, apesar de diminuído, este não é um problema inexistente e o enfermeiro, como principal cuidador da criança sozinha, poderá ser determinante no presente e no futuro destas crianças. A escassez destes estudos dever-se-á à falta de preocupação com o assunto? Não tenho resposta para esta pergunta mas espero, com esta revisão, poder trazer o foco para uma problemática que se mantém escondida por detrás do pano.

Para finalizar, realço que através da concretização desta revisão adquiri o suporte e demonstrei a aquisição de conhecimentos e a consecução da capacidade para aprofundar competências de investigação que visam a obtenção do grau de mestre, de acordo com o definido pelo Regulamento n.º 65/2018, de 16 de agosto, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

1.3. Referencial teórico: Jean Watson e a escola do *Caring*

Para enquadramento teórico e compreensão da temática do abandono, optei por aprofundar a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, inserida no paradigma da transformação e fundamentada numa orientação existencial, fenomenológica e espiritual, inspirada na metafísica, humanidades, arte e ciências (Watson, 2000). Procurei enquadrar a minha

prática, ao longo do todo o percurso de ensino clínico, nesta linha teórica, garantindo o recurso à contribuição de diferentes áreas para a melhoria das minhas intervenções. O cerne desta teoria descreve que o foco da enfermagem está nos factores do cuidado derivados de uma perspetiva humanística, juntamente com uma base científica do conhecimento. Através das artes liberais, o enfermeiro consegue uma visão menos limitada do mundo, potenciando o desenvolvimento do pensamento crítico, procurando, assim, garantir um cuidado virado para a promoção da saúde (Watson, 2000; Saviato & Leão, 2016).

Watson defende que, através do cuidado, a pessoa pode ser auxiliada de forma a conseguir autonomia, a tornar-se versátil e a conseguir modificações na sua saúde. Através dos dez fatores de cuidado propostos pela teórica (mais tarde evoluídos para processos *Caritas*), o enfermeiro estabelece uma relação humana recorrendo a um sistema de valores humanístico-altruísta que tem início logo desde os primeiros momentos do desenvolvimento, em parceria com os pais, mediado pelas experiências da pessoa, pelo conhecimento que esta adquire e pela exposição à humanidade (Watson, 2000; Saviato & Leão, 2016).

O momento do *caring* pode tornar-se fundamental no estabelecimento da relação e no planeamento dos cuidados. Constitui o momento no qual o enfermeiro se detém, se permite “ver o outro no seu todo”, de forma consciente e intencional, atento à sua envolvimento, aberto à compaixão e ao outro, compreendendo, abstraindo-se de si para permitir a conexão com aquele de quem cuida, permitindo estabelecer um elo que lhe possibilite a transposição para o outro lado e procurando, desta forma, humanizar mais as suas ações de forma transpessoal (Watson, 2008).

O cuidado efetivo promove a cura, a saúde, o crescimento individual e familiar, conferindo perdão, consciência, paz interior, plenitude de forma a ultrapassar a crise e o medo da doença, dos problemas, dos traumas, das mudanças, de tudo o que possa ser considerado como disruptivo e desestabilizador (Watson, 2008).

Baseada na ciência do *caring*, a enfermagem procura estudar, investigar, explorar, descrever, identificar, questionar, expressar a ligação/relação entre os vários componentes da sua ciência, como a ética, a moral, a epistemologia, a praxis, a metodologia e a pedagogia, de forma a enquadrar congruentemente a ciência, as humanidades, as artes e o ser humano enquanto alvo das práticas e conhecimento do *caring* (Watson, 2008; Watson, 2009).

Como enfermeira de saúde infantil e pediátrica, impera estar atenta às necessidades das crianças e famílias de quem se cuida, estabelecendo uma relação de ajuda e confiança, identificando as necessidades ou riscos daquela criança/família e promovendo um ambiente facilitador, de forma a dar resposta, encaminhamento para a resolução do problema. Este processo deve basear-se no método científico, integrando a natureza relacional da enfermagem.

Atendendo, assim, aos quatro conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem: Ambiente, Pessoa, Saúde e Enfermagem, a criança vai ser colocada numa perspetiva que engloba o seu contexto familiar, a comunidade e a cultura que a rodeiam. No caso das crianças em risco de abandono, de negligência ou de maus-tratos, a enfermeira deverá estar atenta a todos os dados que possam ter origem em qualquer um destes fatores. Dependendo da idade da criança, esta poderá não ser capaz de transmitir o problema ou poderá não compreender o seu próprio risco. Será fundamental englobar no conceito de ambiente, não só o hospital, como também a família e a parentalidade como processo de transição, focando a vulnerabilidade parental, a vinculação, bem como os fatores culturais, económicos e sociais que envolvem a criança e a família. Estando posicionada de forma fulcral na prestação de cuidados que lhe permite uma precoce deteção deste risco, a atenção da enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) deverá recair também sobre a família.

Na fase inicial da pesquisa sobre a temática em questão, surgiu de imediato a relação da problemática com a identificação de diagnósticos de enfermagem. A execução de um Processo de Enfermagem, como avaliação de uma das unidades curriculares deste mestrado, veio complementar um processo iniciado na elaboração do protocolo da *Scoping Review* que deu o título a este relatório e que orientou o meu caminho, quer a nível teórico, como na prática. As questões que se me levantaram nas primeiras reflexões sobre a temática, refletem-se na procura de possíveis diagnósticos de enfermagem, tendo recorrido quer aos diagnósticos da NANDA-I quer aos diagnósticos CIPE, reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Tendo em conta a complexidade dos problemas associados ao abandono da criança e focando-nos na importância dos diagnósticos de enfermagem, tendo por base um raciocínio clínico que procura a resolução dos problemas através do processo de enfermagem, deveremos começar por procurar nos diagnósticos existentes aqueles que se poderiam coordenar de forma a conduzir respostas humanas que possam ser usadas nas intervenções de enfermagem.

Como enfermeira, que preocupações me podem trazer estas crianças? Poderá o seu abandono refletir-se na sua saúde física? Dormirão pior? Choram mais de noite? Denotam maiores níveis de stress e ansiedade? Desenvolvem dificuldades relacionais por falta de vínculo? A nível físico, terão uma maior propensão para determinado tipo de distúrbios, como os alimentares? E a nível cognitivo e intelectual? Será o futuro destas crianças afetado pelo seu presente de abandono? De que forma a sua saúde mental poderá ser condicionada?

Assim, optei por identificar muitos diagnósticos como diagnósticos de risco⁷, na medida em que considero que esta é uma população de risco, embora cada diagnóstico e cada situação deva de ser analisado especificamente.

⁷ Vide Apêndice I p.81

2. Análise crítica e reflexiva do percurso curricular e desenvolvimento de competências em estágio

2.1. Competências do Enfermeiro Especialista – passado, presente e futuro

No que ao meu percurso profissional concerne, trabalhei durante 14 anos na área do intensivismo de adultos, tendo passado por três unidades médico-cirúrgicas, duas no Hospital Pulido Valente e uma no Hospital de Santa Maria, o que me garantiu um *background* considerável no que respeita ao ciclo de vida da pessoa, em particular, nos momentos mais disruptivos de doença grave e nos processos de luto e readaptação a novas condições de vida.

Desde outubro de 2019 que me encontro a prestar cuidados ao doente crítico pediátrico, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) do Hospital de Santa Maria. Na UCIPed contacto com crianças com diversas patologias e condições de saúde, sejam do foro médico ou cirúrgico, contemplando os pós-operatório de vigilância mais cuidada e os cuidados ao doente crítico e, muitas vezes, fazendo face a situações de morte. Neste contexto, considero fundamental a experiência que adveio dos diferentes contextos do ensino clínico e que me enriqueceram a nível de conhecimento e de aquisição de competências enquanto enfermeira de saúde infantil e pediátrica.

Embora o meu percurso enquanto futura enfermeira ESIP, tenha começado oficialmente em setembro de 2019, não me posso separar da minha experiência anterior. O enfermeiro não é apenas a teoria que estuda, não se resume ao que a sua certificação lhe garante, antes, é isso e muito mais. Ser enfermeiro é ter experiência. Em meu entender e do que a experiência me tem feito vivenciar, se, como já vimos, para a excelência da profissão devemos ter uma prática informada pela evidência, a experiência constitui, também ela, uma ferramenta fundamental para essa prática. Assim, embora a certificação das minhas competências tenha tido o seu início na data supracitada, o meu percurso anterior garantiu-me determinadas competências que pude aprofundar ou sobre as quais pude refletir agora, sob uma nova óptica, mais científica e rigorosa, nomeadamente através de uma

aprofundada fundamentação teórica e de uma reflexão baseada nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE). Por isso, de forma a fundamentar o meu percurso de aquisição de competências, no decurso do relatório, escolhi recorrer, também, ao modelo desenvolvido por Patrícia Benner (2001), “De iniciado a perito”, cujo modelo se caracteriza, de forma sintética, pelo desenvolvimento de habilidades e capacidades através da experiência profissional, tendo por base a sua formação inicial. Como tal, se neste ponto da minha carreira profissional estou no início da minha prática enquanto enfermeira de saúde infantil e pediátrica, dada a experiência profissional que já tenho, posso ser considerada como competente, embora com pouco tempo de experiência efetiva na área específica, contudo, estou certa de que sou perita na área do doente crítico e com ela adquiri competências que são transversais ao regulamento do enfermeiro especialista (OE, 2019).

O enfermeiro especialista deve ser portador de competências especializadas e *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...) nas dimensões da educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem”* (OE, 2019, p. 4744).

Mas afinal, o que são competências? Do que falamos, tão afincadamente e de forma que poderia parecer repetitiva, não fosse este um conceito fundamental para o contexto? Competência define-se, então, como a *“capacidade de responder adequadamente às situações concretas, reconhecendo que o caminho da competência é o aperfeiçoamento profissional (simultaneamente um valor universal da prática e um dever de análise regular da prática e de atualização contínua)”* (Neves & Pacheco, 2004, p. 42).

A par com a Especialidade, este é um relatório que visa a obtenção de um Grau de Mestre, pelo que recorri à descrição das competências explanadas no Regulamento n.º 65/2018, do Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República a 16 de agosto. Finalizo relembrando que, para um adequado desenvolvimento de competências especializadas, é fundamental manter sempre presente a importância do conhecimento dos domínios da ética e deontologia, inerentes e inalienáveis à profissão de Enfermagem e que são os pilares sobre os quais assenta toda a prática (OE, 2019). Desta forma, para a obtenção do grau de Mestre, é basilar que se demonstre uma série de conhecimentos que permitam *“(...)lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre*

as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p. 4162).

Desde o início da minha atividade profissional, e ainda sem consciência do seu significado, iniciei o desenvolvimento de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais⁸ cuja continuidade e aperfeiçoamento foi transversal a todo o meu percurso durante os estágios.

Ao longo do meu crescimento enquanto enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica, tive a oportunidade de cuidar de diferentes pessoas com diferentes doenças/ problemas e, por isso, de desenvolver competências, participar em estudos, orientar alunos, colaborar na área da gestão enquanto enfermeira responsável de turno/ chefe de equipa⁹, crescendo enquanto pessoa, mas sobretudo enquanto profissional. Entre os vários projetos em que participei, realço o projeto da Prevenção das Úlceras de Pressão (Escala de Braden), no qual desempenhei funções enquanto elo¹⁰ entre 2009-2015.

Durante todos estes anos fui, também, aprofundando conhecimentos na área de prevenção e controlo de infeção¹¹, mais especificamente no serviço onde desempenhei funções entre julho de 2015 e outubro 2019, e que integrava o projeto internacional STOP Infeção Hospitalar! (Gulbenkian, 2014). Este projeto permitiu, enquanto equipa, criar protocolos e *bundles*¹² de atuação na prevenção da infeção associada a dispositivos invasivos, nomeadamente: prevenção de infeção do cateter venoso central, prevenção de infeção nas pessoas com cateter vesical e prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. Com a criação e implementação das ditas *bundles*, na prestação diária de cuidados, verificámos uma descida considerável do número de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)¹³.

⁸Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

⁹Competências do domínio da gestão dos cuidados: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

¹⁰ Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: B2.1 Avalia a qualidade das práticas clínicas; B2.3.1 Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.

¹¹ Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

¹² Conjunto de atuações/recomendações estruturadas de práticas baseadas em evidência que permitem uma homogeneização das mesmas, de forma a garantir os melhores e mais confiáveis cuidados específicos, bem como os melhores resultados.

¹³ B1.2.1 Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

É fundamental que o enfermeiro desenvolva a capacidade de olhar criticamente para a pessoa, capacitando-se da identificação de situações que ameacem a vida desta, seja por agravamento ou por complicação da doença de base. Esta capacidade de olhar para além do que é visível e que pode, ou não, ser demonstrado através dos seus sinais vitais ou queixas, constitui um fator basilar no perfil do enfermeiro especialista, indo de encontro ao defendido por Benner (2001).

Presentemente, embora focado no futuro e na garantia de uma melhoria a nível do meu desempenho profissional, as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019) foram, sem dúvida, transversais a todos os campos de estágios. Mais especificamente, refiro-me às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em particular o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade (D1), bem como da base da praxis clínica especializada em evidência científica (D2). Quando focada para as competências ESIP, as especificidades de cada campo de estágio permitiram desenvolver determinadas competências, ainda que, de uma forma geral, muitas terão constituído um continuum, do primeiro ao último dia, visando o bem estar da criança/jovem e família, bem como o seu adequado desenvolvimento, adaptação e promoção de saúde: 1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 2 – Cuida da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapia, 3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem.

A realização do trabalho de mapeamento de conhecimento que, posteriormente, pude transpor para a prática e espelhar neste relatório, permitiu demonstrar a capacidade de *“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação (...)”* (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p. 4162), que vai ao encontro do que é solicitado para a obtenção do Grau de Mestre.

Na continuidade do acima descrito, e no âmbito do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, pude, ao longo dos estágios e através da interação direta com as orientadoras e com a restante equipa, participar nas mais diferentes tomadas de decisão, consultando e sendo consultada, de acordo com a minha área de especialidade e

tendo sempre em atenção o respeito pela dignidade humana, pela confidencialidade e privacidade¹⁴.

A nível da gestão, muitas vezes desempenhei um papel passivo e observacional, não o isentando, contudo, da minha experiência anterior. Durante todo o processo, colaborei no sentido de respeitar e seguir as normas institucionais e de cada serviço, em particular, visando a garantia da qualidade de cuidados e da segurança da criança/jovem e família, tendo em especial atenção as recomendações da GCL-PPCIRA (Grupo de Coordenação Local- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos), bem como os cuidados na prevenção de quedas, relembrando, por exemplo, os pais, da importância da manutenção das grades da cama/berço para cima¹⁵.

Este contexto pandémico vem refletir ainda mais a importância de uma prática segura, quer a nível do cumprimento dos circuitos certos, quer da sensibilização das medidas básicas de segurança, como a utilização de máscaras e a lavagem das mãos. Em cada local, a verificação e supervisão do respeito pelas regras, bem como da necessidade de teste à Covid-19 quer pelos pais, quer pelas crianças, vieram acrescer este sentido de responsabilidade a nível da segurança.

2.2 Da teoria para a prática - percurso num hospital central

Para cada local de estágio, como parte da metodologia, foi elaborado um projeto de intervenção que se baseou num diagnóstico de situação e de onde foram definidos objetivos e, para cada um deles, foram formulados indicadores de processo, que descrevem as atividades realizadas para os atingir, e indicadores de resultado, que sumam a forma como foi avaliada a sua execução. Como forma complementar a este projeto, outra das estratégias metodológicas foi a realização de sessões de orientação tutorial que nos permitiram a apresentação dos projetos, bem como a sua discussão e reflexão sobre as intervenções e estratégias propostas, bem como sobre a prática individual em cada contexto. Esta partilha, só poderia ser extremamente enriquecedora pois os contributos, quer das professoras orientadoras, quer das colegas, suportam e enriquecem a prática reflexiva.

¹⁴ A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

¹⁵ B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

O presente relatório resultou dos estágios realizados entre setembro e dezembro de 2020, num Hospital Central de Lisboa, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região sul do país. A instituição tem por missão a garantia da prestação de cuidados de enfermagem de excelência de forma a possibilitar a total satisfação das necessidades da Pessoa/ Família num ambiente humanizado e humanizante, ao mesmo tempo que promove o desenvolvimento e satisfação dos profissionais, através da implementação de estratégias de optimização dos recursos humanos, da formação contínua e da investigação. Rege-se nos Valores e Princípios Subjacentes ao exercício profissional: Igualdade, Liberdade responsável, Altruísmo, Solidariedade, Justiça, Verdade, Aperfeiçoamento profissional, Competência profissional; Princípios de Beneficência, Não Maleficência, Respeito pela autonomia, Justiça, Vulnerabilidade (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte [CHULN]).

Para os três campos de estágio, defini um objetivo geral, comum: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, legais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em contexto de internamento de acordo com o artigo 5º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

2.2.1 Serviço de Pediatria Médica - Internamento

O percurso da presente UC, Estágio Final e Relatório, teve início num serviço de Pediatria Médica, constituído por três unidades, a Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição, a Unidade de Infeciologia – Área de Isolamento e a Unidade de Nefrologia, integrando também o Hospital de Dia de Gastrenterologia e o Hospital de Dia de Infeciologia. O Serviço dispõe de uma lotação de 14 camas e, dada a diversidade de patologias e áreas médicas referentes ao serviço, as vagas são ocupadas consoante a necessidade das crianças, não havendo um número específico para cada área médica. Após a instalação da recente pandemia Covid-19, este foi o piso de pediatria designado para o internamento de crianças/jovens infetados. Por este motivo, foi necessário reajustar o espaço físico, bem como algumas regras de funcionamento, sempre com vista à prestação dos melhores e mais seguros cuidados à criança/jovem e família, bem como garantindo a segurança dos profissionais de saúde.

Independentemente do contexto, o hospital proporciona um meio de encontro entre o enfermeiro e a criança/jovem e família, onde não deve ser descuidada a promoção da saúde. Dada a especificidade dos internamentos, acrescida da ansiedade e do medo, deverão ser utilizados recursos que os desconstruam e possam ajudar a minimizar o sofrimento, como o brincar, referente à promoção de atividades lúdicas, bem como o estabelecimento de um clima de afetividade e de promoção de segurança. A parceria com os pais é fundamental, não só pelas necessidades específicas das crianças, como pela necessidade de crescimento perante o desafio, da adversidade e melhoria constante da parentalidade. Requer-se que o enfermeiro consiga mobilizar uma panóplia de saberes e competências que fomentem o desenvolvimento infantil e que posicionem os pais como um parceiro, protagonista na responsabilidade da continuidade de cuidados (OE, 2010).

Foi durante a primeira passagem de turno a que assisti, neste processo, que me deparei com uma necessidade premente que ditou o meu diagnóstico situacional e guiou o meu percurso neste primeiro contexto. Embora tenha mantido sempre o foco na temática do abandono, cedo verifiquei que a probabilidade de o trabalhar diretamente, à data, no contexto de internamento, era muito reduzida. Desta forma, foquei-me na necessidade de existência de uma norma que regulamentasse a realização do penso de cateter de diálise peritoneal, de forma a colmatar uma lacuna na coerência da equipa e a tornar os cuidados uniformizados e baseados na mais recente evidência científica.

De forma a garantir a correta aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica defini os seguintes objetivos específicos, neste primeiro contexto:

1. Conhecer os cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, de forma a compreender a sua especificidade e transversalidade no contexto de internamento.¹⁶
2. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem com patologia nefrológica, portadora de cateter de diálise de longa duração ou de diálise peritoneal.

¹⁶ Este objetivo tem por base o artigo 8º das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas no Regulamento nº 140/2019, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que dita que o enfermeiro especialista deve promover o autoconhecimento e assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

3. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança em situação de risco, mais especificamente de abandono, mas também considerando os maus-tratos e a negligência.¹⁷

No decurso do meu primeiro estágio, trazendo já de *backup* o desenvolvimento de algumas competências de ESIP, adquiridas no estágio de cuidados de saúde primários, pude aprimorar e desenvolver o caminho iniciado¹⁸. Foi transversal a todos os campos de estágio o referido no preâmbulo do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos enfermeiros, que considera ser “ [...] do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente, no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018 p.19192). Da mesma forma, o Anexo I do supracitado Regulamento, estabelece que este especialista “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018 p.19193).

A meu ver, para uma adequada formação, é fundamental um bom trabalho de equipa. Embora o tempo passado em ensino clínico possa parecer ambigualmente longo e curto, a verdade é que a adaptação a várias equipas, contextos e forma de trabalhar se torna num desafio. Contudo a integração nas equipas parece-me fundamental para que o melhor seja adquirido e, por isso mesmo, iniciei cada processo com a respetiva integração, conhecimento do espaço e circuito de admissão e prestação de cuidados de enfermagem

¹⁷ Este objetivo centra-se na área temática basilar para a elaboração do relatório, contudo, tendo em conta o facto de não ter sido uma realidade frequente neste campo de estágio, motivo pelo qual não a pude trabalhar de forma direta, procurei, sempre que possível, sensibilizar a equipa para a importância destas situações e para as possíveis intervenções enquanto enfermeiros.

¹⁸ Este estágio, decorrido no segundo semestre do presente Mestrado, foi inserido no âmbito da cadeira “A Saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica”, foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) tendo tido a mesma temática orientadora, com o foco na criança e jovem em risco. No seu decurso, tive a possibilidade de passar um dia com a enfermeira de um Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco, acompanhando o seu trabalho, consultado processos e trasladando para a USF a pertinência da sinalização e vigilância do potencial risco, durante as consultas da criança/jovem e família. Indo de encontro aos objetivos que defini para tal, realizei intervenções no sentido de desenvolver competências a nível do conhecimento sobre o desenvolvimento integral da criança, conhecer e promover aplicação do Plano Nacional de Vacinação, mesmo em tempos de pandemia e sensibilizar a equipa para a temática, relembrando a forma de abordagem e encaminhamento de possíveis casos, através da realização de um instrumento orientador na triagem de risco para situação de maus-tratos. Este contexto permitiu-me desenvolver competências E1.1 (Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem).

especializados, assim como a alta e transferência. Procurei acompanhar a minha orientadora em todos os seus cuidados, desde a fase inicial do processo de enfermagem até à final, percebendo também o modo como é executado o acompanhamento dos familiares e as suas alterações em tempos de pandemia.

Através da prestação direta de cuidados saliento o envolvimento com as famílias e a ligação com a equipa multidisciplinar. Num serviço onde tantas situações de saúde podem coexistir, a adaptação torna-se fundamental. Saliento como mais-valia, tanto para mim, como para a equipa e para a criança/jovem e família, o facto de ter encontrado muitas crianças de quem tinha cuidado no meu local de trabalho. A relação e confiança já existente foi facilitadora, não só na adaptação de ambas as partes à nova realidade, como também na identificação de problemas e possível resolução, pelo que a continuidade de cuidados e comunicação entre equipas representou um papel fundamental no processo de enfermagem, tendo, em determinados casos, facilitado mesmo a parceria de cuidados.¹⁹

Neste contexto específico, importa referir que a prestação de cuidados à criança com DRC, quer em diálise, quer pós transplantação, me ajudaram a desenvolver a unidade de competência E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica [...]. Para suportar esta prática, procurei basear-me em documentação científica, tendo criado para isso um portefólio.

Para a execução do segundo objetivo, foi-me necessário realizar uma pesquisa sobre a temática dos cateteres de diálise e diálise peritoneal. Após consulta das *guidelines* do ISPD (International Society for Peritoneal Dialysis) de 2012, bem como do recente GOBP de Diálise peritoneal, executei uma pesquisa pela EBSCO Host incluindo as bases de dados Pubmed e CINAHL e usando como descritores: *peritoneal dialysis catheter + nursing care + pediatric + catheter exit site*, identificando uma revisão sistemática de literatura realizada em 2013, e retirando, dos artigos encontrados, as principais mudanças relativamente às *guidelines* referidas acima. Importa referir que foi feita uma ligação com as recomendações para os adultos, cuja atualização e GOBP foi recentemente realizado, bem como tido em conta as indicações da PPCIRA relativamente aos locais de inserção de cateteres centrais e de local cirúrgico na falta de normas específicas para o catéter de diálise peritoneal. Com a colaboração da enfermeira orientadora e da enfermeira chefe, foi

¹⁹ Embora muitos dos critérios de avaliação tivessem sido trabalhados no estágio anterior, aqui continuei a desenvolver competências de E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

realizada uma norma para o serviço e que está a ser usada para a uniformização da prática²⁰.

De forma a partilhar com a equipa os resultados da evidência, e tendo identificado a necessidade de uma revisão sobre os diferentes tipos de revisão de literatura e sobre pesquisa em bases de dados, realizei uma sessão informativa²¹ sobre a temática, visando, não instruir a equipa em metodologia de investigação, mas antes, possibilitando-lhes recursos para a melhoria de uma prática informada pela evidência.

Como já referi, para a concretização do meu terceiro objetivo, procurei uma sensibilização permanente das equipas para a temática da criança em risco, mantendo-me atenta ao ambiente da criança/jovem internada, não tendo, contudo, identificado nenhum risco de abandono/negligência ou maus-tratos. Ainda assim, no final deste capítulo terminarei com uma reflexão sobre esta temática e a sua realidade ao longo dos três contextos.

2.2.2. Serviço de Neonatologia - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

No percurso iniciado, seguiu-se o serviço de Neonatologia do mesmo hospital, cuja missão consiste na prestação de cuidados de saúde diferenciados a recém-nascidos (RN) até aos 28 dias de vida, verificando-se que as principais causas de internamento estão relacionadas com a prematuridade, asfixia neonatal, síndrome de dificuldade respiratória, sépsis e malformações congénitas. A sua área assistencial, necessitou de adaptação perante a situação pandémica atual e é constituída por oito vagas de Cuidados Intensivos, oito vaga de Cuidados Intermédios e duas vagas para isolamento Covid-19, independentemente do grau de diferenciação de cuidados. Relativamente ao circuito do RN, no contexto, a admissão pode ser efetuada após o nascimento no bloco de partos ou após transferência oriunda dos serviços de obstetrícia, urgência pediátrica ou transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP), sendo o bebé admitido em intensivos ou intermédios consoante a sua gravidade.

A unidade de cuidados intensivos, destina-se ao RN em estado crítico ou por prematuridade extrema com instabilidade respiratória e hemodinâmica, idade gestacional inferior a 32 semanas e peso inferior a 1500gr. A unidade de cuidados intermédios, podendo, em caso de grande necessidade, acolher dez bebés em berço ou incubadora,

²⁰ A1.2 Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.

A2.2 Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

²¹ Vide Apêndice V p.149

destina-se ao RN transferido da sala de cuidados intensivos ou ao RN com peso entre 1500-2000gr, sem necessidade de suporte ventilatório. Por questões pandémicas, foi eliminada a denominada pré-saída que acolhia o RN em processo de aquisição de autonomia alimentar, com peso superior a 1800gr sendo que os cuidados aqui prestados são agora realizados em cuidados intermédios. Foi também temporariamente desativada a sala de pais, que nesse período dispõem de cacifos de apoio, permanecendo sempre na cadeira junto à incubadora/berço e podendo extrair leite nesse mesmo local.

A prática da equipa de enfermagem, tem como fio condutor os princípios inerentes à Filosofia de Cuidados Centrados na Família e ao Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento (NIDCAP®), visível quer na prática de cuidados quer nos registos, ainda em suporte de papel, de enfermagem. De um modo geral, tem como princípios a prestação de cuidados centrados no desenvolvimento da criança e família, de uma forma holística e integrada, individualizada para cada recém nascido, através de linhas orientadoras. A equipa do serviço revela, também, um investimento na formação especializada, nomeadamente em projetos promotores do desenvolvimento do RN e da adaptação parental. De modo a promover o crescimento e desenvolvimento do RN e o exercício da parentalidade, nomeadamente ao nível dos novos desafios em saúde, a equipa de enfermagem cumpre as medidas da Iniciativa de Hospital Amigo dos Bebés. Desta forma, foi-me possível acompanhar e participar em todo o processo de cuidados, da admissão até à alta, bem como das especificidades destes bebés.²²

A par da complexidade de cuidados prestados ao RN e família, a equipa de enfermagem também assegura o rastreio auditivo neonatal, rastreio de cardiopatias congénitas, teste de apneia na cadeira auto, o teste de diagnóstico precoce e a vacinação conforme o Plano Nacional de Vacinação (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020). Relativamente à vacinação, a equipa de enfermagem procede ao registo na plataforma da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Registo Centralizado de Vacinas). De modo a facilitar a transição para o domicílio do RN e família, o serviço de Neonatologia realiza visita domiciliária (desativada temporariamente) no âmbito da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), desde 2009.

Na preparação do regresso a casa do RN e família, a equipa de enfermagem providencia o contacto com os cuidados de saúde primários e o telefonema nas primeiras 72 horas após a alta, tal como a visita domiciliária. Quanto à continuidade de cuidados de crianças com

²² Competências E3.1 Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

doença crónica, a Unidade tem em execução um projeto facilitador da transição do RN e família para a especialidade médica aquando da alta da Neonatologia. Isto é, perante a necessidade de transferência de cuidados, o Enfermeiro de Referência realiza, previamente, com os pais, uma visita às instalações apresentando a equipa do serviço de Pediatria Médica.

A fundamentação dos meus cuidados, entre outra bibliografia pertinente, foi baseada nos consensos da Sociedade Portuguesa de Neonatologia, dada a necessidade constante de atualização e procura de informação que suportasse a minha prática baseada na evidência, nesta área tão específica.

O estágio de neonatologia trouxe um desafio que se tornou numa grande fonte de motivação e crescimento pessoal. Após um diagnóstico de situação, focado para as necessidades do RN em risco de abandono, o desafio de conjugar duas áreas fulcrais para mim, enquanto pessoa, aos poucos, foi ganhando vida. Embora, à data do meu estágio, não existisse nenhuma situação de abandono declarado, percebi que não seria uma realidade estranha, na medida em que havia já um projeto, pouco estável, de construir uma caixa com memórias, que pudesse acompanhar os bebés que acabam por ser institucionalizados. Após uma reflexão conjunta com as orientadoras, concluí que poderia ser mais benéfico fazer uma abordagem diferente, não agarrando neste dito projeto mas, antes, construindo um novo.

Com base no que nos demonstra a evidência, realçando a importância da vinculação, logo nos primeiros tempo, incitando à amamentação precoce e à permanência dos bebés junto das mães (uma evolução dos antigos berçários para o bebé no quarto da mãe), foquei a minha atenção na promoção desta vinculação. Para agravar as dificuldades sentidas pelos pais que têm barreiras físicas (incubadoras) à sua presença junto do seu RN, bem como à impossibilidade de amamentar o seu bebé nos primeiros tempos, pese embora todas as intervenções feitas neste sentido, através do incentivo ao contacto pele-a-pele, pelo método Canguru²³, por exemplo, a atual pandemia veio reduzir o tempo de permanência juntos às crianças, para além de limitar o número de visitas, proibindo outros familiares, que não o pai ou a mãe, e só permitindo um dos pais, durante o período da manhã ou da tarde. Como se pode perceber, as dificuldades existentes estão agora acrescidas e a família com

²³ A promoção deste método enquadra-se no domínio de E.2.4. Providencia à criança/jovem promotores da majoração de ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.

probabilidade de sentir-se mais desamparada e menos incluída. Assim, procurando prevenir o abandono, através da promoção da vinculação, procurei estratégias que me permitissem incluir as famílias, mesmo quando não presentes. Com base nos fundamentos da Medicina Narrativa, procurando aplicar o padrão estético da teoria na prática, o recurso à narrativa enquanto ferramenta terapêutica tornou-se um veículo de competência próprias que foram colocadas ao dispor do outro, ao foco do cuidar. Assim, de uma forma inovadora, procurei, através de uma atividade diferente, atuar na prevenção do abandono, fomentando a vinculação dos pais ao bebê e deixando um instrumento que possibilite a sua continuidade²⁴.

No seguimento do estágio anterior, para este contexto foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer os cuidados de enfermagem especializados ao prematuro e sua família, de forma a compreender a sua especificidade e transversalidade. Este objetivo tem por base o artigo 8º das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas no Regulamento nº 140/2019, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que dita que o enfermeiro especialista deve promover o autoconhecimento e assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
2. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança em situação de risco, mais especificamente de abandono/negligência. Este objetivo centra-se na área temática basilar para a elaboração do meu relatório, contudo, não tendo sido uma realidade durante o meu período de frequência, não deixa de ser uma situação que se verifica na UCIN.
3. Fomentar a criação de laços entre os pais (e indiretamente entre a restante família) e o bebê, de forma a torná-los mais presentes e incluídos no processo inicial de vida, que se encontra alterado pela situação disruptiva vivida, procurando também que desta forma haja uma aproximação entre a família e o bebê, evitando potenciais situações de abandono por falta de vinculação.
4. Despertar a equipa de enfermagem para a importância do *Storytelling* como parte integrante da Medicina Narrativa e dos seus benefícios para o bebê e para os pais, podendo ser usado como ferramenta ocupacional, mas também como forma de ensino ou de suporte emocional, através da escuta ativa.

²⁴ Vide nota anterior.

Como já referido acima, as atividades e estratégias utilizadas, focaram-se numa importante participação na prestação direta de cuidados, na colaboração na identificação das necessidades do bebé e família internada, na elaboração de diagnósticos de enfermagem e planeamento de cuidados, bem como na execução de intervenções especializadas e da avaliação da sua eficácia, consoante o implementado no serviço. Destaco, entre outras medidas, os cuidados focados na importância da manutenção de medidas neuroprotetoras em todas as intervenções relacionadas com o grande prematuro, bem como da aplicação de medidas não farmacológicas para o controlo da dor, como a sucção não nutritiva ou a contenção²⁵.

Importa referir que a especificidade deste serviço me trouxe muitos desafios práticos, dado o seu distanciamento, em algumas características, da minha realidade. A integração na equipa multidisciplinar foi, mais uma vez, fundamental, e a aprendizagem foi diária. Realço a pertinência de participar na admissão de uma RN nos cuidados intensivos, acompanhá-la em intermédios, preparar os pais para a sua alta e estar presente nesse momento. Para além disso, realço a minha presença/participação em reuniões entre médicos, enfermeiros e pais de um bebé, quer para a realização de um ponto de situação/esclarecimento de dúvidas, a pedido dos pais, quer para a comunicação de uma má notícia (medidas de conforto) de outro bebé, a cujos pais foi dada e aceite a oportunidade de batismo, o qual também pude presenciar. Embora não tenha estado presente no momento do óbito, este foi o início de um processo de luto cuja presença e reflexão foram essenciais para o meu percurso. Foram, sem dúvida, momentos desafiantes mas enriquecedores no sentido de desenvolver competências E.2.1.3.

Na premissa da atenção quer ao bebé quer aos pais, tendo o foco na promoção da vinculação e na prevenção do abandono, o meu desafio resultou na escrita de uma história narrativa que ajudasse a desmistificar os medos dos pais de um prematuro, ajudando-os a compreender as características do seu bebé e possibilitando-os de transportarem o seu novo mundo para a família que não pode estar no hospital. Procurei, ainda, incluir na narrativa a possibilidade de um futuro diferente, falando em crianças especiais e com necessidades específicas e contemplando a possibilidade de morte, de forma a iniciar e auxiliar os pais num possível processo de luto (quer por perda de um filho ou o luto de um bebé diferente do idealizado).

²⁵ E.2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Desde os primórdios da humanidade que se contam história como forma de legar conhecimento, como partilha de memórias e de experiências. O *storytelling* pode ser uma ferramenta fundamental, quando aplicada na prática diária, de forma a estabelecer ligações entre as famílias e os profissionais de saúde. Para a concretização deste conto, foi fundamental a fundamentação da escrita narrativa através de bibliografia específica e testemunhos de *storytelling*, da mesma forma que se tornou imperativo dar atenção aos testemunhos de alguns elementos da equipa de enfermagem sobre os “seus” prematuros e que se tornaram, sem dúvida, fulcrais na construção da estória.

As Humanidades Médicas e a Medicina Narrativa devem ser entendidas como uma nova perspectiva através da qual se melhora a prática clínica, se aprende, se estuda e ensina, mas também devem ser vistas como instrumento de emancipação profissional (Donzelli, 2015). A Medicina Narrativa, a par com o *storytelling*, trazem contributos, de forma inovadora, quando usadas como intervenções em saúde.

São os enfermeiros quem ouve as histórias dos pais, e quem partilha as suas próprias vivências profissionais o que conduz a apreciação mais próxima da resposta da família em relação à sua particular situação de saúde. Através da narrativa, pode-se aprofundar o conhecimento adquirido, sobre a forma como se vive e experiencia a prática, a rotina de trabalho e os eventos traumáticos sentidos. A partilha de histórias com os enfermeiros acerva-nos da importância do conhecimento adquirido, que tem uma representação corporal e não mental, do conhecimento através da experiência, da empatia como forma de criar elos com as famílias e facilitar a comunicação e, por exemplo, em neonatologia, a transmissão de decisões éticas (Ringham, 2012).

No seguimento desta intervenção e no contexto deste estágio e no recurso a outras áreas da ciência como suporte e complementaridade da enfermagem, surgiu a oportunidade da realização e apresentação de um póster intitulado: “*Storytelling* como recurso na prática de cuidados de enfermagem em neonatologia”, no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, organizado pelo ICS – UCP e decorrido a 27 de novembro de 2020.²⁶

Regressando à construção do conto, recorri não só a competências pessoais e profissionais adquiridas noutras áreas, como também à fundamentação acima referida. Acabei por realizar dois contos, com formatos diferentes, tendo um deles uma temática mais infantil, intitulado “Abel e o reino das caixinhas de vidro” e passado num mundo fantástico. O outro, chamado de “Um pequeno conto de grandes guerreiros”, embora represente uma

²⁶ Vide Apêndice VIII p.185

narrativa de *storytelling*, reporta um mundo menos fantástico embora consiga articular a narrativa ficcional com a realidade do quotidiano neonatal. Foi, então, dada a escolha ao Serviço de Neonatologia, na pessoa da Senhora Enfermeira Chefe que, dos dois, elegeu o que melhor julgou adequar-se à realidade e necessidade do serviço, “Um pequeno conto de grandes guerreiros”.

Devido a questões intrínsecas ao serviço, destacando a divisão da equipa e do espaço de Unidade de Cuidados Intensivos/ Cuidados Intermédios, durante um longo período, para a realização de obras, apenas foi possível iniciar a distribuição dos contos aos pais no dia 18 de fevereiro, tendo sido acompanhados de um cartão onde se pedia que os mesmo retornassem a sua opinião acerca da validade/pertinência do mesmo²⁷. Contudo, e pelos motivos já explicados, até ao momento da realização do presente relatório, recebi apenas algum *feedback*²⁸, motivo pelo qual não posso avaliar, na totalidade a pertinência desta intervenção junto da família, pese embora a equipa de enfermagem tenha manifestado a sua originalidade e utilidade.

2.2.3. Serviço de Urgência Pediátrica

Para finalizar o meu percurso, estagiei no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), trazendo já a vantagem do conhecimento da comunicação/continuidade de cuidados com os outros serviços. À semelhança dos anteriores, foi fundamental a reestruturação do SUP em tempos de pandemia, encontrando-se, atualmente, dividido em dois circuitos: infetado ou circuito Covid-19 e o circuito limpo ou não Covid-19. Após a inscrição, as crianças aguardam na sala de espera 1 (zona Covid-19) ou 2 (não Covid-19), consoante sintomatologia, até serem triadas. Para a realização da triagem, o enfermeiro equipa-se com o equipamento de proteção individual usado para contacto com doentes suspeitos ou confirmados de Covid-19, a triagem é feita segundo a Triagem de Manchester, tendo o software também sido adaptado consoante a criança é triada como Covid-19 ou não Covid-19, aguardando a chamada para a observação médica na respetiva sala de espera (circuito selecionado após reavaliação pelo enfermeiro). No mesmo seguimento e após a triagem, a criança é chamada para o gabinete médico e sala de tratamento respeitando os circuitos, sendo feito pesquisa de SARS-CoV2 por exsudado nasofaríngeo a muitos dos que são triados em circuito Covid-19.

²⁷ Vide Apêndice VI p.163

²⁸ Vide Apêndice VII p.181

Para além da sala de triagem, onde é triada uma criança de cada vez, dos gabinetes médicos e salas de tratamentos, o serviço dispõe ainda de uma sala de reanimação totalmente preparada para uma emergência. Por fim, é composto por um SO (Serviço de observação), com seis camas, para internamentos de curta duração, recobro de pós operatórios mais simples que possam ter alta para casa, no próprio dia, ou enquanto a criança aguarda vaga num dos pisos de Pediatria.

Como urgência de um hospital central, comporta todas as especialidades médicas e cirúrgicas, incluindo neurotrauma e encontra-se fisicamente próxima da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. A proveniência das crianças, para além de trazidas pelos pais/cuidadores, transferidos de outro hospital, pode ainda ser através do TIP (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico) ou VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação - via Serviço de Urgência Central).

Neste contexto, e dado a sua ligação com a temática basilar deste relatório, importa abordar a ligação à equipa do NHACJR, composta por duas médicas de pediatria (desenvolvimento e metabólicas), uma enfermeira (especificamente, a minha enfermeira orientadora deste estágio), uma assistente social, uma psicóloga e duas pedopsiquiatras. Pré pandemia, o núcleo costumava reunir às quartas-feiras, contudo, devido à mesma, não tem havido reuniões presenciais, estando o trabalho mais centrado na assistente social, mas havendo, contudo, articulação com os restantes elementos, de forma não presencial.

Desta forma, o último estágio trouxe consigo a mais-valia de poder trabalhar com a enfermeira do NHACJR e poder com ela partilhar angústias e experiências. Prometia, logo nos primeiros momentos, ser uma grande fonte de aprendizagem. Embora ainda não seja o espaço de avaliar, poderei já prefaciá-lo que se confirmou.

Ao fazer o diagnóstico de situação, foi-me logo dado espaço para trabalhar a temática corrente, dada a sua pertinência, quer para a orientadora como, mais tarde pude verificar, para toda a equipa multidisciplinar. Embora já existisse trabalho feito na área da criança e jovem em risco, visto que a enfermeira A. trabalhou, não apenas como elo do NHCJR, mas também na sua especialização, esta temática. Contudo, o seu foco foi na criança vítima de abuso sexual, havendo mais do que necessidade de aprofundar o abandono da criança em hospital, principalmente naquele que é, maioritariamente, o primeiro contato entre instituição e criança/jovem/família e onde muitas situações de risco são diagnosticadas. Adicionalmente, foi-me falada da importância de retomar um projeto antigo, no sentido de melhorar a comunicação entre o hospital e os cuidados de saúde primários, aquando do

diagnóstico de risco. A pertinência da situação deu-me imediatamente o mote para aceitar colaborar neste projeto.

No que respeita aos objetivos específicos do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, propus-me aos seguintes:

1. Conhecer os cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, de forma a compreender a sua especificidade e transversalidade no contexto de urgência. Este objetivo tem por base o artigo 8º das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas no Regulamento nº 140/2019, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que dita que o enfermeiro especialista deve promover o autoconhecimento e assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
2. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança em situação de risco, mais especificamente de abandono, mas também considerando os maus-tratos e a negligência. Este objetivo centra-se na área temática basilar para a elaboração do meu relatório.

Na prossecução deste caminho, e para não repetir novamente a importância da integração na equipa e do conhecimento do espaço, rotinas e normas que, já se percebeu à data, foram uma constante fundamental para a concretização dos meus objetivos, o meu foco passou pela identificação de necessidades da criança/jovem e família admitida na Urgência²⁹, observação da triagem e colaboração nos cuidados prestados às crianças triadas e/ou internadas em SO, bem como a execução de intervenções especializadas e respetiva avaliação de eficácia, consoante o implementado no serviço.

No decurso das cinco semanas aqui passadas, alternei entre o SO e a triagem/balcão, como é comumente chamada. Durante os turnos em SO, pude experimentar uma prática mais semelhante à minha prática diária numa unidade de cuidados intensivos, embora, com menor gravidade do que aquela a que estou habituada. Estes turnos garantiram-me uma percepção da realidade, que muitas vezes julgamos mal, e da dificuldade sentida em transferir crianças para os pisos, aquando da não existência de vagas. Por outro lado, foi pertinente perceber a importância da readaptação, quer a uma equipa médica rotativa, quer à variedade de situações e ao seu seguimento, quando, após triados, são internados em SO,

²⁹ E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

muitas vezes para daí terem alta para o domicílio, com a sua situação aguda resolvida, ou, encaminhados por transferência para um dos pisos.

Os turnos alocados, em colaboração, às funções desempenhadas em triagem/balcão, trouxeram a novidade de algumas rotinas, bem como o desafio de estabelecer relações em tempo mais limitado. Nestes turnos, o peso dos EPI's foi uma constante, já que, para a triagem, as crianças são abordadas como estando infetadas com Covid-19, o que acaba por se tornar numa barreira à comunicação que tentamos contornar através de uma adequada abordagem verbal, consoante a idade, recorrendo, muitas vezes, à brincadeira ou ao humor e sempre em parceria com os pais. Aqui, o trabalho de enfermagem poderá parecer menos pessoal, mas, na verdade, a performance do enfermeiro, enquanto especialista, traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência. Estes são os primeiros passos de um caminho que aquela criança e a sua família terão de percorrer até reencontrarem um equilíbrio na sua situação de saúde/doença, por isso, o impacto destes primeiros contactos e da continuidade que lhe é dada, torna-se fulcral para o resultado final.

Destaco em particular, uma situação que se tornou emergente, onde um adolescente que aguardava, sozinho, a chamada para um exame complementar de diagnóstico, teve uma crise convulsiva com perda de consciência, tendo sido de imediato encaminhado para a sala de reanimação. Verifiquei a importância do enfermeiro especialista, neste contexto, e do seu papel preponderante relacionado com o seu dever de liderar e acionar a intervenção dos outros grupos profissionais, de forma a agilizar o encaminhamento da pessoa e a resolução do problema, assim como o dever de gerir os cuidados de enfermagem e otimizar a resposta da equipa de saúde através da articulação, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e contexto, com vista a garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Nesta situação específica, e tratando-se de um jovem que, após a minha indagação pela sua reação à colheita de sangue referiu ser muçulmano e que não falava português, para além de se encontrar desacompanhado, foi fundamental garantir-lhe o respeito e segurança que a OE (2019) imputa enquanto enfermeiro especialista.³⁰ Aproveito para referir a importância da dignidade, intrínseca ao ser humano e diretamente dependente do respeito, resultando fundamentais na relação que o enfermeiro estabelece com a

³⁰ O enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual em torno da pessoa, como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, atuando de forma proactiva na promoção do envolvimento adequado ao bem-estar da pessoa e família, e assegurando-lhe uma sensação de segurança e proteção (OE, 2019).

criança/jovem/família, na medida em que esta pessoa é indivisível do mundo que a rodeia e dos princípios de vida, valores, cultura, crenças religiosas, ideologias e políticas que lhe pertençam e que se transportam para a relação de cuidado (Deodato, 2014).

Durante este estágio pude acompanhar a criança/jovem por todo o seu circuito enquanto alocada ao serviço de urgência, desde a admissão, das mais diversas proveniências, à alta, à ida ao bloco operatório ou imagiologia, à transferência para um dos pisos de pediatria ou, ainda, à transferência para o SO de adultos após uma estimativa de idade óssea.

Esta situação específica, e a forma como a vivenciei e percecionei, incitou a necessidade de uma breve reflexão referente à situação acima descrita do adolescente vindo de um centro de refugiados. Todo o contexto da situação foi estranho e difícil de gerir. As informações foram dificultadas pela barreira linguística e cultural/religiosa e compreendo que foi difícil a equipa isentar-se de alguns juízos de valor, na medida em que os sinais físicos não se coadunavam com as queixas e a história descrita, havendo a suspeita, após ter recuperado consciência com a administração de naloxona, de que poderia ter ingerido estupefacientes para transporte. A meu ver, a dor e o desespero eram evidentes e recorri a todos os meus esforços para estabelecer uma relação de confiança que nos permitisse melhor compreender a situação. Garantiu-me que não tinha tomado nada, que a sua religião não o permitia, explicando-me ainda que já tinha tido estes episódios na sua terra natal e que, caso fosse necessário, estava preparado para cirurgia. Vi-lhe nos olhos a súplica por ajuda e confiança, espero tê-lo conseguido. Se não mais, que a minha conversa lhe tenha transmitido algum conforto.

Embora durante o meu turno a situação tenha terminado com a sua transferência para o SO de adultos, que a meu ver e sabendo que o não deveria julgar desta forma, ocorreu porque a equipa médica não estava confortável com a situação, não conseguindo resolvê-la. Se está correto? Não me cabe julgar. Contudo, relembro bem uma das abordagens aprendidas durante as aulas de Ética e, perante um dilema ético, se não me sinto capacitada para o resolver, deverei passar a sua solução para alguém mais habilitado. Deste ponto de vista, parece-me que foi o que aconteceu e alegro-me ter sabido, mais tarde, que o diagnóstico final foi uma colecistite que acabou por ser resolvida. Desta situação, entre as várias questões que posso levantar e a grande reflexão a que me conduziu, destaco a importância das seguintes unidades de competências: E3.3, E3.4. Talvez não tenham sido mobilizadas no seu sentido mais estrito, mas a forma como me relacionei com o jovem, procurei

respeitar a sua cultura, bem como atender à sua autoestima e, na medida do possível, ter em contas as suas decisões relativas à saúde.³¹

Com o foco no segundo objetivo por mim proposto e, trabalhando a par com a enfermeira orientadora, procurei algumas intervenções que pudessem ter impacto na prevenção ou identificação da criança/jovem em risco de abandono/negligência ou maus-tratos. Esta não é uma temática de abordagem fácil, seja entre os profissionais ou mesmo para os pais. Ouvi alguns testemunhos de pessoas que, anos depois, se questionavam do benefício da retirada daquela criança àqueles pais, apesar dos maus-tratos evidentes. Estas questões fizeram-me refletir e perceber que acabamos por estar sempre no limiar da fronteira, quando trabalhamos estas situações. São questões que devem ser bem ponderadas e, sem dúvida, trabalhadas em equipa multidisciplinar.

Embora não tenha vivido nenhuma identificação direta de abandono, durante o período em que decorreu o meu estágio, procurei acima de tudo sensibilizar equipas e atuar no sentido da prevenção.

Genericamente, podemos considerar os maus-tratos como qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, que não seja adequado e que seja intencional/não acidental, proveniente de disfunções e/ou carências entre adultos e crianças/jovens aquando de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder, com manifestação física, emocional ou sexual ou pela omissão ou negligência de cuidados e/ou afectos (Teixeira, 2008).

Trabalhar equipas para abordar esta temática é um trabalho que avalio como difícil e demorado no tempo. Julgo ter conseguido continuar alguns dos passos já iniciados pela enfermeira A. e, acima de tudo, ter refletido a importância do envolvimento de toda a equipa através da realização de uma sessão³², não de formação, mas antes de partilha de ideias sobre a temática. De forma a partilhar com a equipa evidência sobre o risco de abandono da criança admitida em hospital, foram ouvidos os diferentes, mas muitas vezes coincidentes, pontos de vista e sugestões de abordagem e necessidade de intervenção e foi deixada, em formato de cartões³³, alguma informação sobre medidas de prevenção, possíveis diagnósticos, intervenções, fundamentação teórica ou bibliografia para consulta

³¹ Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

³² Vide Apêndice IX p.187

³³ Vide Apêndice IX p.187

posterior³⁴. Foram fornecidos alguns dados estatísticos sobre o abandono e explicada a falta de informação em relação ao contexto específico. A equipa realçou a importância da sessão, manifestando os seus receios e tendo, pertinentemente, ficado assente que é fundamental um trabalho conjunto, de equipa, onde a colaboração irá colmatar as fragilidades de cada um de forma a conseguirem responder às necessidades daquelas crianças.

Foi, ainda, iniciada a construção de um instrumento³⁵ que possa servir como articulação entre o Serviço de Urgência Pediátrica, com a possibilidade de se estender a todos os serviços de pediatria do hospital, e os Cuidados de Saúde Primários, quando são identificadas crianças em risco de maus-tratos, abandono ou negligência, de modo a promover a continuidade da vigilância de risco, que se encontra em processo de revisão pela enfermeira A. e pela enfermeira Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica. Será, posteriormente, submetido à apreciação da Direção de Enfermagem do hospital em questão. Realço, contudo, a importância desta intervenção como futuro de cooperação e trabalho com a enfermeira em questão e com o NHACJR, visando o futuro dos utentes em eminência de risco.

2.3. Abandono em hospital - uma reflexão sobre a prática ou uma prática reflexiva?

Finalizo com a minha atividade final, transversal aos três locais e que me parece determinante como síntese da corrente temática e que me incutiu, entre outros aspectos, um crescimento a nível das competências do autoconhecimento, autoconsciência, consciência social, gestão de relações e autogestão. Antes de iniciar esta reflexão, surge, primeiramente, a questão: o que é o abandono? Quando nos referimos ao abandono de crianças em hospital estamos a referir-nos apenas a crianças deixadas pelos pais, num determinado local, desvinculando-se de todas as suas obrigações e direitos parentais, sem intenção de retorno? Ou poderemos também considerar como abandono a ausência paternal por motivos financeiros, por necessidade laboral ou familiar, quando o(s) pai(s) têm a seu cargo outros dependentes que não poderão ser negligenciados pela sua permanência num hospital?

³⁴ E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida, ou qualidade de vida da criança/jovem.

³⁵ Vide Apêndice X p.201

Ao longo dos meses em que decorreu o meu estágio, uma nova variável surgiu na equação, a pandemia causada pela Covid-19 e as novas regras de reajuste hospitalar que dela surgiram. Na Pediatria, embora com um impacto diferente, também estas mudanças se fizeram sentir e tanto crianças, como pais e profissionais, se viram afetados por elas. Se, por um lado, os estudos demonstram a importância dos pais junto das crianças internadas, por outro, as imposições de testes aos acompanhantes e da proibição da permanência de mais do que um pai, ou da existência de visitas, veio obrigar a uma nova forma de estar em Pediatria (Roberts & Messmer, 2011; Zengerle-Levy, 2006). De entre os três contextos onde este estágio decorreu, no serviço de internamento, verificou-se que apenas um dos pais poderia permanecer, podendo trocar com o outro ao final de uma semana e só após a realização de um teste. Durante o internamento, pai e criança estariam confinados ao seu quarto onde também lhes era servida a refeição, podendo apenas sair pontualmente. Na UCIN, os pais que poderiam permanecer juntos durante todo o dia, viram-se agora limitados à inscrição, numa tabela afixada diariamente, no período limitado de uma manhã ou de uma tarde, e apenas um. No serviço de urgência, apenas pode entrar um acompanhante durante o tempo de permanência da criança, sendo que em caso de necessidade de internamento de curta duração (SO) pode o mesmo permanecer junto do seu filho.

Perante todas estas condicionantes, não estranha que a primeira pergunta que me tenha sido feita (e que eu própria retribuí mais tarde, nos outros contextos), ao referir a minha temática, tenha sido: “(...) mas, abandono como? Os pais que deixam a criança e nunca mais voltam ou a criança que está sozinha durante o internamento pelos mais diversos motivos?”

É curioso notar que também a literatura retrata a preocupação dos enfermeiros pela criança que se encontra internada e não acompanhada (Roberts & Messmer, 2011; Zengerle-Levy, 2006). O impacto desta situação poderá ser equiparado ao trauma de uma criança abandonada pelos seus pais? Os enfermeiros sofrem com as crianças, com os seus internamentos longos, com os momentos de dor nos quais os pais não estão presentes, com os choros noturnos que anseiam pelo calor de um gesto reconfortante. Talvez nem sempre seja possível, mas parece fazer diferença.

Afortunadamente, para as crianças, ao longo deste meu percurso não me deparei com casos de abandono em hospital, fosse por exaustão/desgaste devido a doença crónica ou internamento prolongado, ou por pais que não o querem ou não o podem ser. Assim, acabei por incidir a minha passagem pelos serviços através da sensibilização das equipas, dos

possíveis diagnósticos de enfermagem que poderão ser levantados perante uma criança em risco de abandono e pelo foco na pertinência da prevenção através da estimulação e promoção da vinculação, da parceria de cuidados ou do incentivo à inclusão da família em hospital.

Os estudos existentes referentes a esta temática, são mais antigos. Os números relativos à situação de abandono, têm vindo a decrescer, o que ilustra as melhorias dos cuidados de saúde, das políticas focadas no bem-estar da criança e nas famílias, do trabalho feito no apoio social. Contudo, este fenómeno, embora pouco descrito e não muito estudado, continua a incomodar os que com ele lidam. Muitos profissionais, nos contextos por onde passei, referiram sentirem-se desconfortáveis perante as situações de risco que envolvem os maus-tratos, a negligência e os abusos. Há ainda muito trabalho a fazer na comunidade e nos hospitais. É fundamental preparar equipas capazes de enfrentar estas dificuldades e de zelar o melhor possível pelos direitos destas crianças. O abandono em hospital pode ser menos evidente, ou pelo menos, menos relatado, contudo, ele ainda existe.

No meu contexto de internamento, estava uma adolescente que se encontrava sozinha. Não estava gravemente doente e sabia ser uma situação passageira. A mãe necessitava trabalhar e ela até referia sentir-se mais confortável ali, sozinha. Procurei passar algum tempo a conversar, sobre o internamento, sobre a vida lá fora, a adolescência, sobre o futuro. Percebi que ela não se sentia abandonada, embora eu e a minha orientadora nos referíssemos a ela como “a minha criança abandonada”, por se encontrar sem a presença de um acompanhante. Em contexto de pandemia, o curioso foi que quem eu mais senti abandonado, naquele internamento, foi a mãe de uma criança que me referiu precisamente o difícil que era passar todo aquele tempo de angústia perante a falta de um diagnóstico, fechada num quarto, com o seu pequeno, praticamente sozinha. Este não era o foco do meu trabalho, mas seria por isso que o deveria ignorar? Está certo que não. Estes desabafos, em jeitos de conversa, vieram questionar-me ainda mais todo o conceito em estudo. Sim, o meu interesse de estudo é efetivamente perceber porque os pais abandonam as suas crianças num hospital e que possíveis impactos poderão ter no futuro das nossas crianças, mas, ainda assim, o abandono em hospital revelou-se tão mais do que isso.

No serviço de Neonatologia, onde os relatos das colegas referem ser pouco frequente, mas existente, a presença de crianças cujos pais não as querem, confirmei a importância da vinculação e da pertinência de ajudar aqueles pais a adquirirem um sentimento de pertença. Sim, aqueles são os seus filhos, mas também são os pequenotes frágeis de quem as “tias” tão melhor cuidam. É difícil aprender a ser pai quando o pouco (mas tanto) que se pode

fazer é olhar, falar, conter, tudo através da escotilha de uma incubadora. Aqui, a solidão não está do lado de dentro da caixa, está sobretudo do lado de fora. Mas esta exclusão obrigatória, agravada pelo novo Coronavírus, poderá ter impactos brutais no futuro daqueles bebês, daquelas famílias. Daí, surgiu a necessidade de criar algo que promovesse a vinculação, que aproximasse pais e prematuros, família alargada e amigos. Longe, mas perto. Daí surgiu a ideia de um conto que lhes fala de amor.

Foi fantástico aperceber-me da preocupação já existente em criar memórias às crianças que são abandonadas pelos pais. Por vezes, há pais que são simplesmente pouco presentes. Será porque não sabem como estar? Porque não podem deslocar-se a um hospital, distante da sua área de residência com a frequência desejada, por uma questão financeira? Serão simplesmente pais que não o querem ser? São tantas as possibilidades que se levantam... Contudo, para aqueles que são abandonados, no sentido estrito da palavra, as colegas da Neonatologia preparam uma caixinha com as suas primeiras memórias (seja a pulseira de identificação, uma fotografia ou o seu primeiro polvo), pequenos pedaços de vida que poderão ajudar a construir um futuro, carregando a inocência daquela criança e que a poderão acompanhar quando for hora de ter alta. Talvez, mais tarde, possam dizer: Ah, sim, também eu tenho uma fotografia de quando nasci. Haverá algo melhor do que a prova da nossa história?!

Entramos, por fim, no serviço de urgência pediátrica, porta aberta às situações de risco. Também aqui não encontrei crianças em situação de abandono, mas foi aqui que me deparei com situações específicas na área da criança em jovem em risco. Num dos primeiros turnos, deu entrada na Urgência Central, uma mulher vítima de violência doméstica. De manhã, bem cedo, o marido deu início ao dia com um brutal ato de violência doméstica. Enquanto ele foi levado para a esquadra, ela teve acesso direto ao hospital, trazendo consigo uma outra vítima, o filho mais novo e os seus olhos gigantes sedentos de atenção. Foi-nos trazido pelo colega da Urgência Central e ficou internado em SO, enquanto a assistente social resolvia a situação. Dediquei grande parte da manhã a brincar com ele, a ouvi-lo falar, a pedir comida que afinal não queria comer, a tentar dormir quando o sono não espreitava, quando tudo o que queria era brincar com brinquedos que não tinha em casa e saber se ia ficar ali, porque até gostava.

Não se pode saber muito em poucas horas, mas pode tentar saber-se o tanto possível e fazer-se tanto, só por estar. A família parecia um pouco disfuncional, ou as descrições eram um pouco confusas. Havia um irmão mais pequeno que afinal era sobrinho, irmãos que já lá não viviam e outros que sim e que estavam na escola. Pai, que não era o mesmo

de todos e, no meio dos olhos grandes, não pude deixar de sentir que naquela manhã, aquela criança estava abandonada. Não pelos pais, mas pela vida.

Num outro dia, uma outra história, vinda da Guiné, sob uma identidade falsa, escondida num centro de refugiados, num jovem que não falando português, perdeu os sentidos, sozinho numa sala de vigilância, enquanto aguardava uma ecografia. Porque não é suposto eles estarem desacompanhados num serviço de urgência pediátrica e pareceu-me terrível que alguém com tantas dores tivesse de aguardar, sozinho, pela sua vez no exame. Da vigilância, passou para a emergência, dali para a TAC e novamente para ali, mantendo uma dor que não se ilustrava nos sinais vitais, suscitando desconfianças e diagnósticos que poderiam ser considerados preconceituosos, quando ele jurava que a religião não lhe permitia tomar nada, nem álcool, garantindo estar pronto para cirurgia e agonizando em dor. Acabou no SO de adultos, porque ao que parece a identidade era falsa e a idade óssea correspondia a 19 anos, o que lhe garantiu passe direto para se manter na solidão e no “quase abandono” do mundo dos adultos. O que no seu caso, não fazia diferença. Trouxe consigo o abandono e a solidão, quando tentou fugir à sorte e procurou uma vida melhor.

Mas afinal, o que é o abandono? Resume-se à (gigante) decisão dos pais deixarem os filhos, para sempre (ou talvez não), ou surge no momento em que alguém se sente desamparado, sozinho, sem chão? Julgo que a resposta estará na forma como olhamos o problema. Dependerá da situação e dos intervenientes. Não me parece haver respostas certas.

Não encontrei soluções, nestes meus estágios. Também não era isso que procurava. Procurava questões. As minhas e as dos outros. São elas que nos ajudam a crescer, que nos fazem procurar respostas, que nos incitam à reflexão. Sozinhos e em equipa. Ao longo do percurso, procurei incutir nas equipas a importância do trabalho em grupo, de que o que é difícil para mim, pode ser mais fácil para o meu colega. O que eu hoje não consigo fazer, a situação com a qual não estou pronto para lidar, poderá ser delegada nele, ou então fazermo-lo juntos. Amanhã será mais fácil. Sem juízos de valor, mas sem guardar ressentimentos, mágoas que nos impeçam o profissionalismo. Somos seres humanos, não somos de ferro e tudo se torna mais fácil se enfrentarmos o mais difícil juntos, em equipa. Falar, sensibilizar, prevenir e sinalizar. Todos podemos sinalizar. Todos temos um papel a desempenhar. Porque, afinal, o que nos importa, é o futuro das nossas crianças. E como tão bem escolheu para lema, em 2019, a CPCJ, “Serei o que me deres... que seja amor”!

2.4. Competências do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica – presente e futuro

Refletindo sobre as competências específicas do enfermeiro especialista, “Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem”, sinto-me apta para uma prestação de cuidados com um nível avançado, trabalhando em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, visando a satisfação das suas necessidades, atuando de forma segura e procurando ir de encontro à realidade e individualidade da população alvo, atuando a de forma promotora de saúde, fomentando estratégias de adaptação e comportamentos saudáveis, bem como, respondendo na situação de doença aguda ou crónica agudizada, tendo por foco não só a resposta a uma alteração no ciclo de vida/saúde/doença daquela criança mas também a importância do seu desenvolvimento infantil. Torna-se fundamental a identificação de potenciais riscos e a sua prevenção, incorporando os cuidados com um suporte ético, legal e científico, integrando não só o bem estar físico da criança, como também o seu bem estar psicossocial (OE, 2018, p. 19192).

O percurso realizado em estágio foi fundamental para me familiarizar com a heterogeneidade da população pediátrica e a complexidade das suas necessidades, tendo experienciado situações que me permitiram desenvolver as competências do enfermeiro ESIP. Contudo, é esta mesma complexidade que acarreta a necessidade de prossecução no desenvolvimento das mesmas. Este não é um percurso estanque e não considero, de todo, que findo este caminho, terminei a minha aprendizagem ou o meu desenvolvimento de competências. Pelo contrário, a experiência de cada dia traz consigo um novo caminho, um novo desafio, uma nova oportunidade de ver e refletir a prática. Esse é um caminho que pretendo continuar a percorrer, uma prática mais reflexiva.

No meu contexto de trabalho, local onde as situações são vividas de uma forma particularmente intensa, dado o risco de vida da criança/jovem, os desafios multiplicam-se. Muitas vezes, com o foco direcionado para as necessidades vitais da criança/jovem, a promoção do seu desenvolvimento é negligenciada para um plano menos prioritário. Esta é uma área de competência que sinto que terei mais oportunidade de desenvolver, tal como a parceria com os pais na prática dos cuidados, procurando envolvê-los, promovendo a parentalidade e o vínculo. Julgo poder referir aqui a particular importância deste vínculo

entre os pais e os bebês submetidos a ECMO (técnica de oxigenação através de uma membrana extracorporal), que para além do receio imposto pela gravidade da doença, se veem muito limitados na interação com o seu filho, dada a instabilidade e a quantidade de dispositivos médicos necessários à sua vigilância/manutenção. São bebês que passam muito tempo sem receber o primeiro colo ou experienciar a amamentação, por exemplo, carecendo ainda mais de estratégias compensadoras das falhas das primeiras formas de vinculação. A comunicação com a criança/jovem e a percepção dos seus medos e dificuldades, é outra das áreas que julgo poder vir a desenvolver. A sua permanência numa unidade de cuidados intensivos, acarreta limitações tão básicas como a disrupção do sono, a falta de privacidade ou momentos prolongados de isolamento, que me permitirão trasladar para a minha prática muita da evidência que adquiri com este percurso.

Por último, este percurso de formação foi fundacional para a continuidade do meu desenvolvimento, que passa não só pela prática, mas também pela teoria, e a importância da transferência e partilha de conhecimento científico. Neste percurso tive oportunidade de aprofundar e desenvolver competências de investigação e de compreender a importância da mesma na melhoria das práticas e no desenvolvimento do conhecimento disciplinar. Em específico, participei no seminário internacional do mestrado em enfermagem onde obtive o prémio de melhor poster³⁶ e recebi um convite para participar na elaboração de dois capítulos para um programa de formação continuada em Enfermagem de Saúde Materna e Neonatal sob a temática que desenvolvi ao longo deste percurso.³⁷

³⁶ Vide Anexo II p.75

³⁷ Vide Anexo III p.77

Conclusão

Chegada a hora de concluir, resta-me fazer uma análise retrospectiva de todo este percurso. Este relatório é muito mais do que a soma das suas partes. Representa o que nele relato, mas também o que experienciei até chegar ao momento presente. Transporta a experiência durante este percurso, iniciado em setembro de 2019, aliada à bagagem que trazia comigo, experiências de caminhos anteriores que me enriqueceram e me ajudaram a chegar até aqui.

Este percurso acadêmico ancorou-se na teoria do ano curricular e navegou, com ela, através da prática. Numa perspectiva do paradigma da transformação, onde me encontro, procurei, através dos diferentes contextos, reunir experiências que me capacitassem para a aquisição das competências exigidas. Para tal, vi-me inserida numa mudança de perspectiva, numa nova abordagem às intervenções, fortemente baseada numa prática reflexiva e direcionada para o alvo dos meus cuidados, a criança/jovem e família. A parceria de cuidados é fundamental na prática do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. A reflexão e análise crítica da experiência, aliadas a uma prática e estudo, fundamentadas pela investigação, capacitaram-me para integrar a evidência científica na prática clínica, e desta forma, guiaram-me o caminho para a aquisição das competências definidas para o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apesar das adversidades dos tempos em que vivemos, prosseguir o meu caminho como mestranda não deixou de ser um objetivo primaz. Para o conseguir, tornou-se fundamental a elaboração de um projeto que guiasse o percurso de aquisição de competências técnicas especializadas, através da projeção e programação dos estágios e da definição dos objetivos a que me propus durante aquele período. Os projetos realizados foram o fio condutor da minha aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas, resultando em processo dinâmicos e contínuos, balizados pelos indicadores de processo e de resultado definidos.

Os objetivos e atividades propostas, serviram como um meio para alcançar a qualidade de cuidados especializados e foram fundamentais no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, característica na qual se deve pautar a atuação do enfermeiro especialista.

A experiência adquirida em estágio foi promotora da consolidação de saberes e de um aumento do corpo de conhecimentos, permitindo-me potenciar o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas e promotoras da integração do título de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

No decurso dos estágios, a limitação de tempo e a elevada carga horária, muitas vezes acrescida pelas necessidades da pandemia, acarretaram algumas dificuldades. No primeiro estágio, senti mesmo alguma frustração pela dificuldade em coordenar os objetivos do mesmo com a minha temática central em estudo. Ainda assim, assumindo a importância da capacidade de adaptação como fundamental para o enfermeiro especialista, procurei ir de encontro às necessidades do serviço, encontrando uma nova linha de motivação que conluo ter sido profícua.

O Serviço de Neonatologia é, por si, um serviço muito específico e especial. Aqueles pequenos seres conquistam-nos com a sua fragilidade mas, ao mesmo tempo, a sua força e resiliência. Aliar a esta experiência o desenvolvimento da narrativa, tornou-se num desafio verdadeiramente motivador. Se há sítio que julgo adequado para a aplicação do *storytelling* enquanto terapêutica, é neste serviço. Da mesma forma, sei que é um local onde os enfermeiros muitas vezes se deparam com situações de rejeição e abandono. Se, por um lado, os bebés têm internamentos muito prolongados, que podem impossibilitar os pais de estarem presente diariamente, também é verdade que muitos destes bebés, sobreviventes e lutadores, crescem com problemas crónicos que os distanciam muito da imagem social do “filho desejado”.

Com base nos fundamentos da Medicina Narrativa, procurei aplicar o padrão estético da teoria na prática, o recurso à narrativa enquanto ferramenta terapêutica tornou-se um veículo de competências próprias que foram colocadas ao dispor do outro, ao foco do cuidar. Assim, de uma forma inovadora, procurei, através de uma atividade diferente, atuar na prevenção do abandono, fomentando a vinculação dos pais ao bebé e deixando um instrumento facilitador da sua continuidade.

Já no final do caminho, a exaustão começou a dar de si, sendo agravada pela necessidade de me deslocar para as Unidades de Cuidados de Intensivos de Adulto, atuais UNEIC (Unidade Especial de Internamento Covid-19), durante o período temporal em que simultaneamente decorreu o último estágio. Ainda assim, considero uma mais-valia poder ter percorrido a última parte do caminho, aprendendo com uma enfermeira cuja área de interesse tem sido também a Criança e Jovem em Risco, em particular as vítimas de abuso sexual, sendo a representante de enfermagem no NHACJR, facto que fomentou a minha

motivação. Este último local de estágio, deu-me mais oportunidades para trabalhar a minha área temática basilar, embora não me tenha deparado com situações específicas de abandono, ficou em aberto a minha colaboração futura para projetos no âmbito desta temática.

A integração do conhecimento teórico adquirido através da *Scoping Review* revelou-se, também ela, fundamental para o meu percurso, quer a nível da definição de objetivos e atividades, quer na sua concretização. O impacto do abandono de crianças, na nossa sociedade tem as suas raízes nos tempos mais antigos e, embora as suas causas possam ir mudando ao longo do tempo, as consequências que têm para as crianças, são transversais. A pertinência do contributo das mais variadas áreas científicas e sua aplicação numa perspectiva de orientação existencial, fenomenológica e espiritual, inspirada na metafísica, humanidades, arte e ciências, como defende Jean Watson, foi fundamental para a concretização dos objetivos a que me propus, através das atividades que realizei.

Este percurso trouxe, acredito, uma mudança nos serviços por onde passei, pelo menos na forma de alerta para a situação da criança abandonada ou sozinha em contexto hospitalar. Seria importante que houvesse mais investigação de enfermagem, neste contexto. Estudos sobre as crianças abandonadas em hospital, direcionados para as suas necessidades e para as intervenções de enfermagem, contribuiriam muito para a nossa prática e ajudar-nos-iam a lidar com uma problemática que, muitas vezes, é empurrada para o campo social, por falta de estratégias, por parte dos profissionais, para saberem intervir. A investigação e a formação são armas fundamentais que devemos usar.

A minha prática será agora melhorada pela capacidade reflexiva e por uma fundamentação baseada na evidência, que me permitirão melhorar a qualidade dos meus cuidados às crianças/jovens e famílias de quem cuido.

Finalizo com a certeza de que o meu desenvolvimento profissional, ao longo deste percurso, foi executor dos objetivos a que me propus e me garantiu a aquisição das competências exigidas ao enfermeiro especialista.

Referências Bibliográficas

Abedin, M., Young, M. & Beeram, M. R. (1993). *Infant Abandonment: Prevalence, Risk Factors, and Cost Analysis*. *Pediatric Forum*, 14, 714-716.

<https://archpedi.jamanetwork.com/> by a University of Pittsburgh User on 06/19/2015

Bailey, H., Semenenko, I., Pilipenko, T., Malyutab, R., Thornea, C. & Ukraine European Collaborative Study Group. (2010). *Factors associated with abandonment of infants born to HIV positive women: results from a Ukrainian birth cohort*. *AIDS Care*, 22(12),1439–1448.

<https://doi.or/doi:10.1080/09540121.2010.482127>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto editora.

Boing, E. & Crepaldi, M.A. (2004). *Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem com fator de proteção*. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 211-226.

<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300006>

Boss, R. D. (2008). *End-of-Life Decision-Making for Infants Abandoned in the Neonatal Intensive Care Unit*. *Journal of Palliative Medicine*, 11 (1), 109-111.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0181>

Browne K., Chou S. & Whitfield K. (2012). *Child abandonment and its prevention in Europe*. University of Nottingham, 1-380.

<https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Child%20Abandonment%20and%20Its%20Prevention%20in%20Europe.pdf>

Brunet, G. (2011). *Children Abandoned and Taken Back: Children, Women, and Families in Dire Straits in Lyon in the Nineteenth Century*. *Journal of Family History*, 36(4), 424-439.

<https://doi.org/10.1177/0363199011416332>

Buranasin, B. (1991). *The Effects of Rooming-in on the Success of Breastfeeding and the Decline in Abandonment of Children*. Asia Pacific Journal of Public Health, 5 (3), 217-220.

<https://www.jstor.org/stable/26720382>

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria. Missão e Valores.

<https://www.chln.min-saude.pt/index.php/os-nossoprofissionais/enfermagem?amp;view=item&id=152>

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (PT). (2019). *Avaliação da atividade das CPCJS*. Relatório anual 2019, 1-160.

<https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>

Dahl-Regis, M. M. & Oyefara, B. I. (1990). *Boarder babies: Children with Special Health Needs*. Journal of the National Medical Association, 82 (7), 473-477.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626955/>

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem - do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Doan-Johnson, S. & McGinley, E. (1990). *Filling the void. Boarder babies and the nurses who love them*. Nursing, Feb, 20(2), 44-49.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2300308/>

Donzelli, G. (2015). *Medical humanities and narrative medicine in perinatal care*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 28(1), 1-2.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2014.900041>

Dumaret, A-C., Donnelly, A. & Rosset, D. J. (1996). *Annonce de la trisomie 21 et accueil de l'enfant en maternité: les propositions faites aux parents*. Journal Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 25, 629-635.

https://www.researchgate.net/publication/14242732_Announcing_the_trisomy_21_diagnosis_and_care_of_the_infant_in_the_maternity_ward_counseling_offered_to_the_parents

Guha, A., Rai, A., Gupta, D. & Mondal, R. (2019). *Abandoned Babies at Tertiary Care Rural Medical College Hospital: The Indian Scenarios*. The Indian Journal of Pediatrics, 86(4), 335–339.

<https://doi.org/10.1007/s12098-018-2838-2>

Gulbenkian, F. C. (2014). STOP infecção hospitalar! *Revista Sinais Vitais*. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/29200516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infecção-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2018) *Nursing diagnoses: Definitions & classification, 2018–2020* (11th ed.). Thieme.

Hood, C. (1976). *Children abandoned in long-stay hospitals*. Child: care, health and development 1976, 2, 239-250.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1976.tb00246.x>

International Council of Nursing. *The International Classification for Nursing Practice (ICNP®)*.

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Issoupova, O. (2000). *Problematic motherhood: child abandonment, abortion, adoption and single motherhood in Russia in the 1990s*. *Slavonica*, 6(2), 80-99.

<https://doi.org/10.1179/sla.2000.6.2.68>

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2007). *El pensamiento enfermero* (E. Masson, Ed.).

Kushnik, T., Pietrucha, D. M. & Kushnik, J. B. (1970). *Syndrome of the Abandoned Small Child*. *Clinical Pediatrics*, 9 (6), 356-361.

[https://doi.org/ 10.1177/000992287000900614](https://doi.org/10.1177/000992287000900614)

Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. (2010). *Scoping studies: advancing the methodology*. *Implement Science*, 5(1), 1-69.

Lopes, M. A. (2002). *Crianças e jovens em risco nos séculos XVIII e XIX. O caso português no contexto europeu*. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 2, 155-184.

<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/25021>

Lorraine, S & Hackman, N. (2002). *Abandoned babies - abandoned issue*. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(2), 153–159.

<https://doi.org/10.1080/09515070110104006>

Lvoff; N. M., Lvoff, V. & Klaus, M. H. (2000). *Effect of the Baby-Friendly Initiative on Infant Abandonment in a Russian Hospital*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 154(5), 474-477.

<https://insights.ovid.com/archives-pediatrics-adolescent-medicine/aope/2000/05/000/effect-baby-friendly-initiative-infant-abandonment/9/00022363>

Maza, P.L. (1999). *Boarder Babies and Placement in Foster Care*. *Clinics in Perinatology*, 26(1), 201-211.

[https://doi.org/10.1016/S0095-5108\(18\)30079-4](https://doi.org/10.1016/S0095-5108(18)30079-4)

Nelson III, C. A., Fox, N. A. & Zeanah, Jr, C. H. (2013). *Anguish of The Abandoned Small Child*. *Scientific American*, 308(4), 62-67.

[https://doi.org/ 10.1038/scientificamerican0413-62](https://doi.org/10.1038/scientificamerican0413-62)

Neves, M. do C. P., & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem - desafios*. Gráfica de Coimbra.

Nunes, L. (2010). *Do perito e do conhecimento em enfermagem. Uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem*. Percursos, 17, 3-9.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Oliveira, A.R. (2011). A criança. In Mattoso, J. (Dir.) & Sousa, B.V. (Coord.), *História da Vida privada em Portugal - A Idade Média*. Temas e Debates, Círculo de Leitores.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Servir, 44(5), 267–270.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança*. Cadernos OE, Série 1, 3(1), 1-134.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *O Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República, 2.ª série, N.º 133, 12 de julho de 2018, 1-3. Regulamento n.º 422/2018.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Diário Da República, 2.a Série, N.o 26*, 3054–3057.

<https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Paulino, J.P. (2017). *A política assistencial face aos expostos: estudo de caso do encerramento da roda dos enjeitados na Lisboa Oitocentista*. Revista da História da Sociedade e da Cultura, 17, 211-228.

https://digitalis.uc.pt/pt-pt/artigo/pol%C3%ADtica_assistencial_face_aos_expostos_estudo_de_caso_do_encerramento_da_roda_dos_enjeitados

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *Methodology for JBI scoping reviews*. In The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. The Joanna Briggs Institute, 1–24.

<https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

Ringham, C. (2012). *Narratives and embodied knowing in the NICU*. Neonatal Network, Jan-Feb 2012;31(1):16-9.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22232037/>

Roberts, C. A. (2010). *Unaccompanied Hospitalized Children: A Review of the Literature and Incidence Study*. Journal of Pediatric Nursing, 25, 470–476.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.12.070>

Roberts, CA. & Messmer, P. (2011). *Unaccompanied Hospitalized Children: Nurses' Search for Understanding*. Journal Holistic Nursing, XX (X), 1-10.

<http://jhn.sagepub.com/content/early/2011/10/21/0898010111423422>

Ross III, F. (2012). *Abandoned babies' rights in Romania today: Causes of failed system and proposed remedies*. Regent Journal of International Law, 8(2), 179-266.

https://e3779612-90aa-4e6c-b058-cee46e79e167.filesusr.com/ugd/d74082_acaf0e397ffd4c10ac6cd17f83dd19fb.pdf

Sá, I.G. (1988) *Abandono de crianças, infanticídio e aborto na Sociedade Portuguesa Tradicional através das fontes jurídicas*. Penélope – Fazer e Desfazer a História, 75-89.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3767>

Sá, I.G. (1993). *Abandono de crianças, ilegitimidade e concepções pré-nupciais em Portugal – Estudos Recentes e Perspectivas*. In Moreda, V.P. (Coord.). *Expostos e Ilegítimos na Realidade Ibérica do século XVI ao presente*. Actas do III Congresso da

Associação Ibérica de Demografia Histórica (ADEH), 3, Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento, 37-58.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/12083>

Santos, S.D.M. (2010). *Um novo olhar sobre o conceito de abandono de crianças*. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 32(1), 63-72.

<https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v32i1.7210>

Saviato, R.M. & Leão, E.R. (2016). *Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia*. *Escola Anna Nery*, 20(1), 198-202.

https://www.researchgate.net/publication/296626791_Nursing_assistance_and_Jean_Watson_on_a_reflection_on_empathy

Schach, V.A. (2019). *Roda dos expostos: do abandono social histórico à vulnerabilidade afetiva de crianças na atualidade*. *Revista Batista Pioneira* 4(1), 75-89.

<http://revista.batistapioneira.edu.br/index.php/rbp/article/view/85>

Sethi D., Yon Y., Parekh N., Anderson T., Huber J., Rakovac I., & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. *World Health Organization - Regional Office for Europe: Copenhagen*; 1-126.

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-status-report-on-preventing-child-maltreatment-2018>

Talento B. (2000) *Jean Watson*. In George JB, et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ª Ed.). Artmed Editora, 253-265.

Teixeira, P. (2008). *Maus Tratos Infantis*. artEscrita editora.

Urdaneta-Carruyo, E., Rodríguez-Sánchez, Y. A., Vergara, J. C. D. & Urdaneta-Contreras, A. V. (2008). *¿Debe el hospital ser hogar para niños abandonados por discapacidad severa?*. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75(2), 75-79.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp082f.pdf>

UNICEF. (2005). *The Situation of Child Abandonment in Romania*.

<http://www.ceecis.org/child-protection/PDF/child%20abandonment%20in%20Romania.pdf>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder. University Press of Colorado, 1-314.

Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2th Ed.). Springer Publishing Company, 1-345.

Yelissinova, N., Grjibovski, A.M., Yelissinova, A., Rakhypbekov, T., Semenova, Y., Smailova, Z. & S. Meirmanov. (2015). *Sociodemographic factors associated with infant abandonment in maternity hospitals in Kazakhstan: a case control study*. Public health, 129, 1010-1013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.009>

Zabina, H. Kissin, D., Pervysheva, E., Mytil, A., Dudchenko, O., Jamieson, D. & Hillis, S. (2009). *Abandonment of infants by HIV-positive women in Russia and prevention measures*. Reproductive Health Matters, 17(33), 162-170.

[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)33438-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)33438-2)

Zengerle-Levy, K. (2006). *Nursing the Child Who is Alone in the Hospital*. Pediatric Nursing, 32(3), 226-237.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16802680/>

Anexos

Anexo I

Tabela 6 – Factores de risco para o abandono de criança segundo a UE

Tabela 6 - Risk factors for child abandonment within the EU

This list has been compiled based on information from professionals working in this field and empirical evidence collected across all 10 of the partner countries taking part in the project (Bulgaria, Czech Republic, Denmark, France, Hungary, Lithuania, Poland, Romania, Slovakia, UK). The risk factors identified can be grouped into child characteristics, caregiver characteristics, family characteristics and societal factors.

Child characteristics

1. Child disability/health problems

Caregiver characteristics

2. Negative childhood experiences/poor parenting model
3. Substance misuse/addiction
4. Parental mental health problems/illness
5. Young mother (often in the care system herself or lacks family support)
6. Unwanted pregnancy
7. Lack of education (general education and sex education)

Family characteristics

8. Child maltreatment
9. Domestic violence
10. Lack of material resources/poverty
11. Poor living and social conditions
12. Single parenting
13. Large family/large number of children
14. Lack of social support or social isolation/exclusion
15. Parental imprisonment
16. Roma families/ethnic minority

Societal factors

17. Poverty and unemployment
18. Lack of education
19. Inaccessibility of contraception
20. Lack of well-trained, well-resourced professionals
21. Lack of effective policy and practice
22. Cultural beliefs and norms regarding abandonment and institutional care

Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.44

Anexo II

Certificado de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Marta Pinto, Prof. Doutora Sílvia Caldeira, Prof. Doutora Margarida Lourenço, Prof. Doutora Elisabete Nunes e Prof. Doutora Zaida Charepe**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 29 com o tema **“STORYTELLING COMO RECURSO NA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA”**, recebeu **1º prémio** na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



Anexo III
Programa de Atualização em Enfermagem – Saúde Materna e Neonatal (PROENF –
SMN)-Convite

Bom dia, professora Marta Pinto!

A Organizadora-geral, Professora **Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais** e Organizadoras, Professora **Kleyde Ventura de Souza** e **Elyszangela Ditz Duarte**, renomadas profissionais indicadas pela Associação Brasileira De Enfermagem (Aben) e Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), a convida para participar como autora do Programa de Atualização em Enfermagem – Saúde Materna e Neonatal (PROENF – SMN).

O PROENF SMN é a soma do conhecimento e da experiência de profissionais de consagrada trajetória e que desenvolvem as temáticas com as mais recentes pesquisas e avanços científicos da especialidade. A **Artmed Editora** em parceria com a **Aben**, consideram sua participação muito importante.

A senhora foi indicada para desenvolver os seguintes temas com as respectivas datas de entrega:

- **O abandono das crianças: aspectos históricos e evidências atuais: 27/05/2021.**
- **O STORYTELLING como estratégia de humanização em neonatologia: 12/07/2021**

Você irá receber o valor de R\$ 53,30 (cinquenta e três reais e trinta centavos) por página publicada (páginas editoradas) do material gráfico (impresso).

Saiba mais sobre a estrutura do capítulo visualizando o material de apoio anexo.

Agradecemos sua atenção e contamos com sua participação no PROENF SMN.

Aguardamos sua resposta em até 5 dias. Após o aceite, providenciaremos o envio, via Docusign, do termo de cessão de direitos autorais e ficha cadastral de autor.

Olá, Profa. Marta. Bom dia!!

Muito obrigada pelo retorno e por aceitar nosso convite! É uma honra para nós contar com a sua participação no PROENF-SMN.

Sim, podemos agendar o primeiro artigo para o final de junho e o segundo para o final de julho. Vamos agendar as seguintes datas:

- **O abandono das crianças: aspectos históricos e evidências atuais: 30/06/2021.**
- **O STORYTELLING como estratégia de humanização em neonatologia: 28/07/2021.**

Anexos, seguem os seguintes documentos:

- Confirmação de participação;
- Orientações para elaboração dos artigos;
- Artigo modelo;
- Template do PROENF-SMN.

Permaneço à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Desejo uma ótima semana para a senhora!

Um abraço,

Jéssica Silva Barbosa
Assistente de Projetos | Gestão de Produtos Editoriais
|
www.secad.com.br
Porto Alegre | RS |

artmed >

APÊNDICES

Apêndice I

Revisão de literatura: Abandoned Children in Hospitals: a scoping review protocol

1 Review title

2 **Children abandoned in hospitals:** a scoping review protocol

3

4 Abstract

5

6 **Objective:** *The objective of this scoping review is to analyze and map the knowledge concerning*
7 *the abandon of hospitalized children and the nursing role in this context.*

8 **Introduction:** *Child abandonment constitutes one major form of neglect which consequences*
9 *may lead to physical, psychological, emotional, developmental and social problems, affecting*
10 *children during growth and lasting until adulthood. This should be considered as a concerning*
11 *topic among health care professionals but also should be approached by preventive countries*
12 *politics.*

13 **Inclusion criteria:** *This scoping review will consider all studies that focus on*
14 *abandoned children, from newborn to adolescents under 18 years old, healthy or sick,*
15 *concerning any hospital setting.*

16 **Methods:** *This scoping review will consider quantitative, qualitative studies, mixed*
17 *methods and systematic reviews. The search strategy aims to find both published and*
18 *unpublished studies. A three-step search strategy will be utilized in this review. Studies*
19 *published in English, Spanish, French, Italian and Portuguese will be included. Studies*
20 *published in any year will be considered. Studies related to child abuse will be excluded.*
21 *Data will be extracted from included papers using a charting table in an Excel sheet. The*
22 *overview of the reviewed material will, where possible and appropriate, be synthesized*
23 *and presented in a tabular with the aid of narrative and figures.*

24 **Keywords:** *Abandonment; children; hospital; neglect; review;*

25

26 **Abstract word count:** 209

27 **Total manuscript word count:** 2456

28

29 Introduction

30

31 Although considered a complex phenomenon, child maltreatment is defined as “the
32 physical, sexual and/or emotional abuse and/or neglect of children under 18 years of
33 age.”^{1(p.VIII)} In 2018, a report from World Health Organization (WHO) European Region,
34 estimated that fifty-five million children suffer from abuse and/or neglect, which inputs a
35 large amount of costs to society. The prevention is the key to reduce these consequences,
36 facing the problem according to public health principles and strategies that enhance better
37 surveillance, national preventive action plans and maltreatment prevention programs.¹

38 The impact of child maltreatment reflects at the biological systems as they are disrupted
39 during a moment of major brain development, inducing serious risk to global health and
40 with social repercussions during life-course^{2,3,4}

41 This issue is severely worse in Central and Eastern Europe than in the Western countries.
42 Only 4% of children in institutions in Western Europe were abandoned, while 32% were
43 institutions in Central and Eastern Europe, namely in Hungary, Latvia and Romania.⁵ In
44 Denmark, Norway and the UK this seemed to be a rare situation.⁵ Facing the growing
45 number of children abandoned in Western Europe and in the recent member states of the
46 Council of Europe, UNICEF reported an unnerving study concerning Eastern European
47 countries and Central Asia, in 2005, describing poverty, ignorance, undesired pregnancies
48 (mainly teenage pregnancies) and insufficient contraception or financial aid as the main
49 causes.⁶ The same document reports that children with disabilities are very often
50 abandoned at birth or at institutional family detached.⁶

51 In 2019, the Portuguese numbers according to the Child and Youth Protection Committee
52 (CYPC), were 43,796 risk situations from which 1.24% were related as abandonment, and
53 health institutions represent 4.66% of those places.⁷ In the same period, 13,905 as new risk
54 situations were identified, from which 1.48% were abandonment. Although neglect is the

55 major risk situation diagnosed, abandonment is not something we should forget, as
56 representing a complex and deeply remarkable situation, for the victims but also for
57 healthcare staff.⁸

58 The abandon (child abandoned or by his own) as a category from the CYPC reports is
59 often divided as abandon since birth to six months old, after six months, permanent
60 absence of familiar or other support, temporary absence of familiar or other support and
61 not accompanied child or adolescent. In 2019, a total of 205 abandon situations were
62 diagnosed as abandonment from 438 new reported situations, totalizing 543 considered as
63 risk situations.⁷ Instead, no information is available concerning the place where the
64 children have been abandoned.

65

66 The primary mean of violence against children is abandonment and it is imperative to build
67 a preventive policy based on: ending birth mother-child separation; birth registration; close
68 partnership between social works and maternity staff; improve social services reinforcing
69 maternity/paternity; grant financial support and also taking extra care and improve
70 assistance toward parents with disabled children.⁶

71 According to WHO the consequences of child abuse and neglect, besides the physical
72 injuries directed from violence and abuse, may include long term problems, such as
73 alcohol and drug abuse, cognitive impairment and development delays, risk-taking
74 behaviors, eating and sleep disorders, poor school performance, poor relationships,
75 reproductive health issues, post-traumatic stress disorder, depression and anxiety, self-
76 harm and suicidal behavior.⁹

77 WHO recommends some strategies in order to prevent abuse and neglect focused on child,
78 parents and family, focused on parenting empowerment or home visitation programs that

79 could increase the opportunity for nurses in screening, intervening, referring and reporting
80 this type of cases.⁹

81 The approach of health and social services facing child maltreatment should comprise
82 prevention, screening and effective response. This is a critical approach to strength health
83 systems and service provision aiming family-centered care, to help in decreasing
84 recurrence of child maltreatment and new cases, and to enhance long term physical and
85 mental health outcomes.^{1, 10}

86 A few countries of the European Union face the consequences of inadequate children
87 institutionalization policies and hospitals are brimmed with abandoned children. Many
88 times, healthcare staff is unprepared for managing this situation.⁵ The youngest, from
89 toddlers to young-school aged, seems to be those who mostly resent parental absence.
90 Some consequences are listed and include impaired, intellectual and emotional
91 development, bounding failure, and less capacity to succeed, even considering nurses'
92 efforts to decrease these unfavorable outcomes.¹¹

93 The Portuguese Nursing Council defines a specific regulation that should guide those
94 nurses' expertise as pediatric nurses, as these should be able to identify risk situations for
95 children and teenagers, under their care such as maltreatment, neglect and risk behaviors.¹²

96 The key position nurses take and time they spend caring for children and their family,
97 constitute an opportunity for screening risk situations inside hospital, such as abandoned.
98 These are nurses' concerns and should be included in nursing process and registration.

99 Based on nursing clinical reasoning, nursing diagnoses are based on patients' answers
100 towards life and health processes. Attending to the complexity of caring for abandoned
101 children, possible human responses to this condition, and the implementation in practice
102 should also be considered. For example, NANDA-I taxonomy¹³ includes many possible
103 nursing diagnoses for this situation, for both parents and children, as follows: (1)

104 Concerning parents – Fatigue (00093), due to exposure to an adverse life event; Risk for
105 impaired parenting (00057); Dysfunctional family processes (00063); Risk for ineffective
106 childbearing process (00227); Disabled family coping (00074), leading to abandon; (2)
107 Concerning children – Fatigue (00093), due to exposure to an adverse life event; Self-
108 neglect (00193) by fear of institutionalization; Hopelessness (00124), due to risk
109 population with abandon history; Risk for disturbed personal identity (00225) because of
110 dysfunctional family processes as risk factors; Risk for Chronic low self-esteem (00224)
111 due to exposure to traumatic situations, decreased parental affection; Risk for situational
112 low self-esteem (00153), as result of abandon history; Risk for impaired resilience
113 (00211); Risk for powerlessness (00152); Risk for suicide (00150) – due to
114 institutionalization; Impaired comfort (00214); Social isolation (00053) by rejection
115 history; Impaired social interaction (00052) for the lack of meaning person; Risk for
116 delayed development (00112) as consequence of adoption history.

117

118 Also the International Classification for Nursing Practice (ICNP) ¹⁴ comprise the
119 following diagnoses: (1) Concerning parents – Abandon due to behavior problem
120 (10041692); Ability to parent – risk for (10000109); Risk for ability to perform
121 caretaking (10032270); Decisional conflict (10000579); Financial problem
122 (10029860); Hopelessness (10000742); Impaired family process (10023078); Risk for
123 impaired parenting (10015198); Lack of social support (10022753); Moral distress
124 (10025018); (2) Concerning children – Ability to adjust – Impaired adjustment
125 (10000047); Care need – Health and social care need (10030878); Child abandonment
126 (10037796); Difficulty coping (10001120); Emotional problem (10029839); Fear
127 (10000703); Impaired human development (10023260); Risk for situational low self
128 esteem (10015180); Risk for impaired parent child attachment – (10027203); Risk for

129 disorganized infant behavior (10015082); Risk for impaired child development
130 (10032317); Risk to be victim of child neglect (10044406);

131

132 Besides the lack of studies concerning consequences due to abandoned pediatric patients,
133 literature describes the “emotional burden” felt by nurses who care for this population.¹¹

134 No systematic review was identified regarding the abandonment of children in hospitals
135 and, at this moment, this scoping review seem to be adequate regarding the knowledge
136 dispersion on this topic, aiming to facilitate the required mapping of the knowledge
137 concerning, in particular, related or etiological factors, the role of nurses facing abandoned,
138 particularly in hospitals. This scoping review will be based on the methodology proposed
139 by Joanna Briggs Institute for the conduct of scoping reviews. This Scoping Review aims
140 to analyze and map the impact of abandon in hospitalized children and the nursing role in
141 this context, which may lead to a systematic review focusing on the best evidence on the
142 effects of this impact, considering that “scoping reviews undertaken with the objective of
143 providing a map of the range of the available evidence can be undertaken as a preliminary
144 exercise prior to the conduct of a systematic review”.^{15, (p. 69)}

145

146 A preliminary search of PROSPERO, MEDLINE, the Cochrane Database of Systematic
147 Reviews and the *JBI Evidence Synthesis* was conducted and no current or underway
148 scoping reviews or systematic reviews on the topic were identified.

149 *The objective of this scoping review is to analyze and map the knowledge concerning the*
150 *abandon of hospitalized children and the nursing role in this context.*

151 **Review question(s)**

- 152 1. What causes are listed in literature regarding parents’ decision for abandoning
153 their children in hospitals?
- 154 2. What are the main issues concerning children’s integral development?

155 3. What are the nursing interventions when caring for these children?

156

157 **Inclusion criteria**

158 *Participants*

159 This review will consider studies that focus on abandoned children (those
160 abandonments occurring in hospitals, at birth or during hospitalization), from
161 newborn to adolescents under 18 years old, healthy or sick.

162

163 *Concept*

164 This review will consider studies that explore the abandonment of children, which is
165 considered permanent absence of familiar or other support, temporary absence of
166 familiar or other support and those not accompanied child or adolescent.

167

168 *Context*

169 This review will consider studies concerning any hospital setting, regardless the
170 admission criteria in hospital (birth or during hospitalizations concerning acute or
171 chronic illness).

172 *Types of sources*

173 This scoping review will consider quantitative, qualitative studies, mixed methods
174 and systematic reviews.

175 Quantitative designs include any experimental study designs (including randomized
176 controlled trials, non-randomized controlled trials, or other quasi-experimental
177 studies, including before and after studies), and observational designs (descriptive

178 studies, cohort studies, cross sectional studies, case studies and case series studies).
179 Qualitative designs include any studies that focus on qualitative data such as, but not
180 limited to, phenomenology, grounded theory, ethnography designs or discursive
181 analysis.
182 Systematic reviews include meta-analysis and meta-syntheses.

183 **Methods**

184 The proposed scoping review will be conducted in accordance with the JBI
185 methodology for scoping reviews following Chapter 11 of the JBI Manual for Evidence
186 Synthesis.¹⁶

187 *Search strategy*

188 The search strategy will aim to locate both published and unpublished primary
189 studies, reviews and text and opinion papers. A three-step search strategy will be
190 utilized in this review. An initial limited search of An initial general search in order to
191 achieve terms will be followed by a limited search of MEDLINE (PubMed) and
192 CINAHL (EBSCO) and after that will be undertaken an analysis of the text words
193 contained in the title and abstract, and of the index terms used to describe the
194 articles. A second search using all identified keywords and index terms will then be
195 undertaken across all included databases. Thirdly, the reference list of all identified
196 reports and articles will be searched for additional studies. If it results relevant,
197 authors of primary sources or reviews will be asked for further information.

198 Studies published in English, Spanish, French, Italian and Portuguese will be included.
199 Studies published in any year will be considered for inclusion in this review to
200 capture how child abandonment issues has been addressed in research and in
201 practice over time. Studies related to child abuse will be excluded.

202 The databases to be searched include CINAHL complete (by EBSCO); Medline
203 (PubMed); Cochrane Library; B-ON; MedicLatina (by EBSCO); Scielo- Scientific
204 Electronic Library Online; ERIC;

205 Sources of unpublished studies and gray literature to be searched include Open Grey;
206 RCAAP- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

207 Initial English language keywords to be used will be:

208

Population	Concept	Context
Children	Abandon(ed)	Hospital
Child	Abandon (Abandonment;	Hospital
Children	Abandoned)	Foster
Infant	Abandonment issues	Institution (Institutionalized;
Baby	Abandoned syndrome	Institutionalization)
Toddler	Reject (rejected)	Ill
Youth	Neglect (Neglected)	Sickness
Teen	Abuse (abused)	Medical (foster care)
Adolescent	Looked-after	Pediatrics
Early	Unaccompanied	
	Left behind	
	Negligence (parental)	

209

210 The Mesh terms and CINAHL strategy query are disposed on Appendix I.

211

212 *Study/Source of evidence selection*

213 Following the search, all identified records will be collated and uploaded into

214 Mendeley and duplicates removed. Following a pilot test, titles and abstracts will then

215 be screened by two independent reviewers for assessment against the inclusion
216 criteria for the review. Potentially relevant papers will be retrieved in full and their
217 citation details imported into the JBI System for the Unified Management, Assessment
218 and Review of Information (JBI SUMARI; JBI, Adelaide, Australia). “An agile software
219 development approach combined with wide consultation and user testing can
220 facilitate systematic review software design and development. This new software can
221 support systematic reviews and guideline developers to create systematic reviews for
222 a diverse range of questions.”^{17e}

223 Two independent reviewers will assess the full text of selected citations in detail
224 against the inclusion criteria. Reasons for exclusion of full-text papers that do not
225 meet the inclusion criteria will be recorded and reported in the scoping review. Any
226 disagreements that arise between the reviewers at each stage of the selection process
227 will be resolved through discussion or with a third reviewer. The results of the search
228 will be reported in full in the final scoping review and presented in a Preferred
229 Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses for Scoping Reviews
230 (PRISMA-ScR) flow diagram “The intent of the PRISMA-ScR is to help readers
231 (including researchers, publishers, commissioners, policymakers, health care
232 providers, guideline developers, and patients or consumers) develop a greater
233 understanding of relevant terminology, core concepts, and key items to report for
234 scoping reviews.”¹⁸

235 *Data extraction*

236 Data will be extracted from papers included in the scoping review by two
237 independent reviewers using a data extraction tool developed by the reviewers. The
238 data extracted will include specific details about the **population, concept, context,**
239 **methods** and **key findings** relevant to the review question. A draft extraction tool is
240 provided (see Appendix II). This instrument was developed according to the
241 preliminary search and the review questions, but further refinement may occur. For
242 this, the two reviewers will chart the first five studies and decide whether the
243 instrument is adequate to the objectives of this review. The draft data extraction tool
244 will be modified and revised as necessary during the process of extracting data from
245 each included paper. Modifications will be detailed in the full scoping review. Any

246 disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion
247 or with a third reviewer. Authors of papers will be contacted to request missing or
248 additional data, where required.

249 In case the search finds the same study published in different formats (example:
250 thesis and paper) only the original paper will be taken into account.

251

252 *Data analysis and presentation*

253

254 *The overview of the reviewed material will, where possible and appropriate, be synthesized and*
255 *presented in a tabular summary (Appendix III) with the aid of narrative and figures.*

256

257 *For question 1 (What causes are listed in literature regarding parents' decision for abandoning*
258 *their children in hospitals?) the tables and charts may include data indicated in Table 1:*

259

260 *Please insert table 1 here*

261

262 *For question 2 (What are the main issues concerning children's integral development?), the*
263 *tables and charts may include data indicated in Table 2:*

264

265 *Please insert table 2 here*

266

267 *For question 3 (What are the nursing interventions when caring for these children?), the tables*
268 *and charts may include data indicated in Table 3:*

269

270 Please insert table 3 here

271

272 **Conflicts of interest**

273 The authors declare no conflict of interest.

274

275 **References**

276

277 1. Sethi D., Yon Y., Parekh N., Anderson T., Huber J., Rakovac I., Meinck, F. European
278 status report on preventing child maltreatment. World Health Organization - Regional
279 Office for Europe: Copenhagen; 2018; 126p. [Internet]. [cited 2020 Apr 4]. Available
280 from: [https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-status-report-](https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-status-report-on-preventing-child-maltreatment-2018)
281 [on-preventing-child-maltreatment-2018](https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-status-report-on-preventing-child-maltreatment-2018)

282 2. Cameron JL., Eagleson KL., Fox NA., Hensch TK., Levitt P. Social origins of
283 developmental health risk for mental and physical illness. J. Neurosci. [Internet] 2017
284 [cited 2020 Mar 10]. 37(45): p.10783–10791. Available from:
285 <https://www.jneurosci.org/content/37/45/10783>

286 3. Ferrara P., Bernasconi S. From “classic” child abuse and neglect to the new era of
287 maltreatment. Ital J Pediatr. [Internet] 2017 [cited 2020 Feb 20]. 43:16. 3p. Available
288 from: <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-017-0336-1>

289 4. Sherr L., Roberts KJ., Croome N. Emotional distress, resilience and adaptability: a
290 qualitative study of adults who experienced infant abandonment. Health Psychol.
291 Behav. Med., [Internet] 2017 [cited 2020 May 7]. 5:1, pp.197-213. Available from:
292 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21642850.2017.1297238>

293 5. Browne K., Chou S., Whitfield K. Child abandonment and its prevention in Europe
294 [Internet]. University of Nottingham. 2012 [cited 2020 Apr 7]. 380p. Available from:
295 [https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Child%20Abandonm](https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Child%20Abandonment%20and%20Its%20Prevention%20in%20Europe.pdf)
296 [ent%20and%20Its%20Prevention%20in%20Europe.pdf](https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Child%20Abandonment%20and%20Its%20Prevention%20in%20Europe.pdf)

297 6. Bargohltz, H., Akhundova, E., Alay Ferrer, V., Aydin, HK., Bockel, JM., Cousin, A.,

- 298 Donabauer, K., Ilicali, M., Jacquat, D., Marquet, B., Oskina, V., Skarga, D., Smirnova, S.
299 Preventing the first form of violence against children: abandonment at birth.
300 Strasbourg. Parliamentary Assembly Council of Europe 2006, May, 2p. Doc.
301 109[Internet]. [cited 2020 Mar 22]. Available from:
302 [https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-](https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=11265&lang=EN)
303 [ViewHTML.asp?FileID=11265&lang=EN](https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=11265&lang=EN)
- 304 7. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (PT).
305 Avaliação da atividade das CPCJS. Relatório anual 2019. Lisboa. [Internet]. 2020 [cited
306 2020 Aug 1]. 160p. Available from: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>
- 307 8. Leça A., Perdigão A., Laranjeira AR., Menezes B.(coord.) Velez C., Veloso C. Et al.
308 Prazeres V.(coord.). Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem,
309 diagnóstico e intervenção. Direcção-Geral da Saúde [Internet] 2011 [cited 2020 Jul
310 23]. 61p. Available from: [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia-maus-tratos-2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
311 [jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia-maus-tratos-2-marco-2011-12h-](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia-maus-tratos-2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
312 [pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia-maus-tratos-2-marco-2011-12h-pdf.aspx)
- 313 9. World Health Organization. World Health Organization - Violence and Injury
314 Prevention [Internet] [place unknown]. Child abuse and neglect 2002. [cited 2020 Apr
315 4]. Available from: www.who.int/violence_injury_prevention
- 316 10. Humphreys KL., Miron D., McLaughlin KA., et al. Foster care promotes adaptive
317 functioning in early adolescence among children who experienced severe, early
318 deprivation. J Child Psychol Psychiatry [Internet] 2018 [cited 2020 Mar 13] 59:7 pp.
319 811–821. Available from:
320 <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12865>
- 321 11. Roberts, CA., Messmer, P. Unaccompanied Hospitalized Children: Nurses' Search
322 for Understanding. J Holist Nurs [Internet]. 2011 Oct 24 [cited 2020 Mar 8]. Vol XX nº
323 X Month XXXX: 10p. Available from
324 <http://jhn.sagepub.com/content/early/2011/10/21/0898010111423422>
- 325 12. Ordem dos Enfermeiros. O Regulamento de competências específicas do
326 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. [Internet]
327 2018 Jul [cited 2020 Apr 4]. Diário da República, 2.ª série, Nº 133, 12 de julho de

- 328 2018. 3p. Regulamento nº 422/2018. Available from:
329 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- 330 13. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. Eds. Nursing diagnoses: Definitions &
331 classification, 2018–2020. 11th ed. New York, NY. Thieme; 2018
- 332 14. International Council of Nursing. The International Classification for Nursing
333 Practice (ICNP®). [Internet] [Genève] [cited 2020 Jun 12]. Available from:
334 <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- 335 15. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology.
336 *Implement Sci.* 2010;5(1):69.
- 337 16. Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI manual for evidence synthesis [Internet].
338 Adelaide: JBI; 2020 [cited 2020 July 31]. Available from:
339 <https://synthesismanual.jbi.global>.
- 340 17. Munn Z, Aromataris E, Tufanaru C, Stern C, Porritt K, Farrow J. The development of
341 software to support multiple systematic review types: the Joanna Briggs Institute
342 System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI
343 SUMARI). *Int J Evid Based Healthc.* 2019;17(1):36-43 p.36
- 344 18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA
345 extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. The PRISMA-
346 ScR Statement. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73 p.467.
- 347
- 348
- 349

350 **Appendix I: Search strategy**

351 Mesh terms and CINAHL headings:

352 PubMed: abandoned children OR child neglect OR child mistreatment OR child
353 maltreatment OR adolescents, abandoned NOT (child abuse) AND children,
354 hospitalized OR children, institutionalized OR adolescent, institutionalized OR
355 abandoned adolescents OR hospitals OR pediatrics

356 CINAHL: children OR child OR adolescents OR youth OR child OR teenager OR babies
357 OR infant OR toddlers AND abandonment OR abandoned OR left behind OR neglect
358 OR mistreatment OR maltreatment NOT abuse AND hospital OR institution OR
359 hospitalized OR institutionalized OR pediatrics OR pediatric hospital.

360 CINAHL (byEBSCO) Search conducted on May, 2020

Search	Query	Records retrieved
#1	Children OR child OR adolescents OR youth OR child OR teenager OR babies OR infant OR toddlers	959,006
#2	Abandonment OR abandoned OR left behind OR neglect OR mistreatment OR maltreatment	20,316
#3	Abuse	113,933
#4	Hospital OR institution OR hospitalized OR institutionalized OR pediatrics OR pediatric hospital	701,903
#5	#1 AND #2 NOT #3 AND #4	625
No limits		

361

362 Appendix II: Data extraction instrument

363

Review title: Children abandoned in hospitals: a scoping review protocol

Review questions:

1. What causes are listed in literature regarding parents' decision for abandoning their children in hospitals?
2. What are the main issues concerning children's integral development?
3. What are the nursing interventions when caring for these children?

Inclusion criteria (PCC):

Population: Abandoned children (those abandonments occurring in hospitals, at birth or during hospitalization), from newborn to adolescents under 18 years old, healthy or sick.

Concept: This scoping review will consider the abandonment of children, which is considered permanent absence of familiar or other support, temporary absence of familiar or other support and those not accompanied child or adolescent.

Context: This scoping review will consider studies concerning any hospital setting, regardless the admission criteria in hospital (birth or during hospitalizations concerning acute or chronic illness).

Study details and characteristics extraction

Author (s):

Year of publication:

Country of origin:

Source:

Aims:

Study population and sample size:

Context (hospital or institutions after hospitalization):

Causes for child abandonment:

Abandoned children issues:

Nursing role and interventions facing these children:

Appendix II. Results extraction instrument

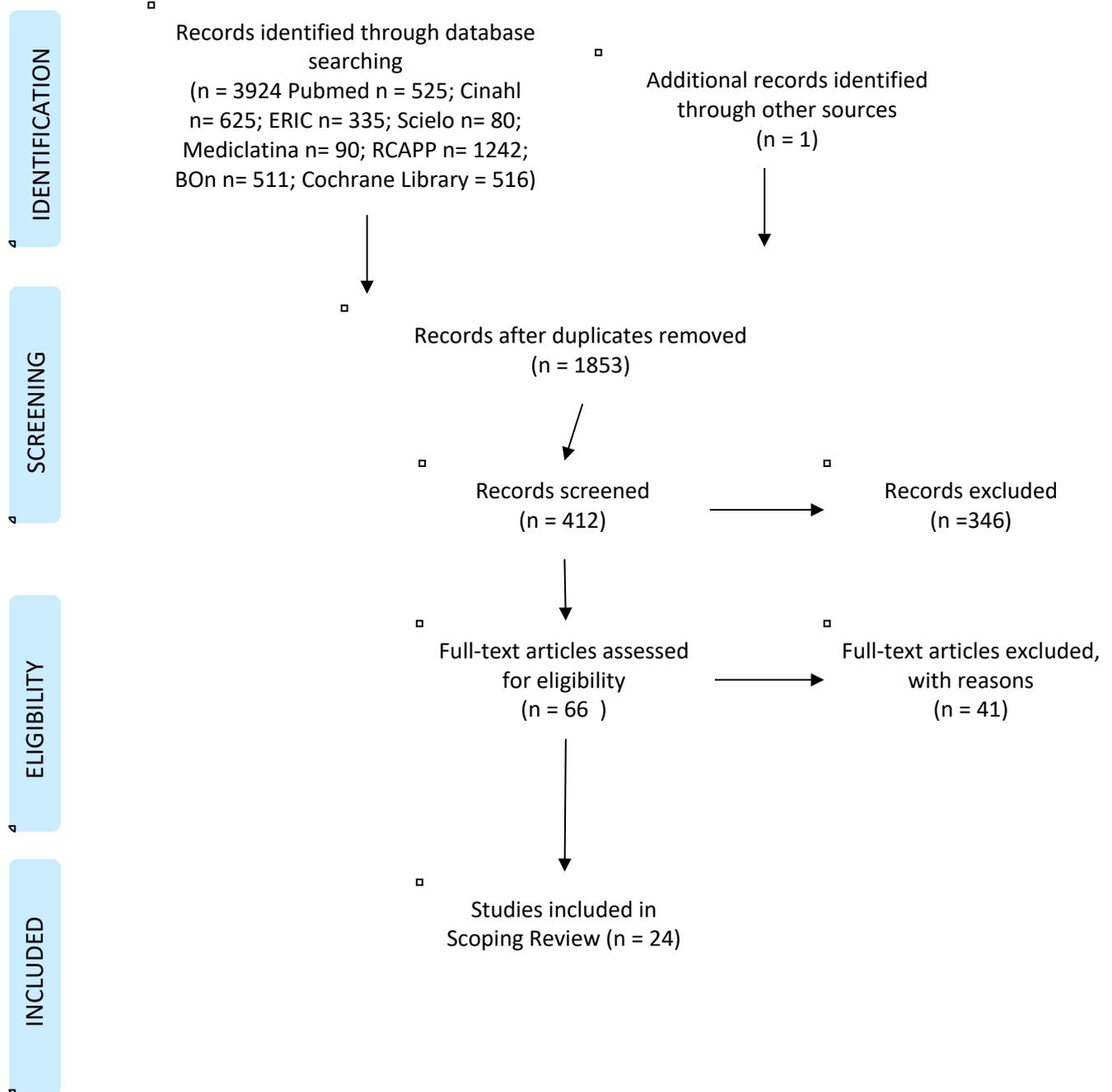
Author(s)	Year of publication	Country	Aims	Study design	Study population and sample size	Context	Causes for abandon	Children issues	Nursing interventions	Main results

Apêndice II

Fluxograma PRISMA ScR



PRISMA 2009 Flow Diagram



Apêndice III

Tabelas de resultados da Scoping Review

Tabela 1 - Caracterização dos estudos

Author(s) Date Country	Aims	Study design	Population and sampling	Context
Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal 2019 India	To study the demographic data and disease profile of the sex-selectively abandoned in India, brought to the nearest hospital under the jurisdiction of the administration	Retrospective, descriptive study	All the abandoned babies who were admitted to the Department of Pediatrics as “unknown” and cared over May 2015 to May 2018	Department of Pediatrics, North Bengal Medical College, Darjeeling, India
N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov 2015 Norway	To studied socio demographic factors and factors linked to the index pregnancy associated with infant abandonment shortly after birth in an urban Kazakhstani setting	Case control study	Cases were all 17 women gave birth in Semey from September 2011 through September 2012 and gave up their infants for institutional care during the stay in the maternity hospital. Cases were identified by the hospital personnel and recruited prospectively during their stay in the maternity hospital. Altogether, 140 randomly selected women from the same maternity hospitals during the same period, who did not abandon their infants served as controls.	Maternity hospitals in Semey Kazakhstan
Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr 2013 Romania	Ascertain the effects on a child’s brain and behavior of living in a state institution and whether foster care could ameliorate the effects of being reared in conditions that run counter to what we know about the needs of young children	Randomized control study	Six institutions for infants and young children in Bucharest, a group of 136 whom we considered to be free of neurological, genetic and other birth defects based on pediatric exams conducted by a member of the study team. All had been abandoned to institutions in the first weeks or months of life. Half the children were randomly assigned to a foster care intervention our team developed, maintained and financed. The other half remained in an institution—what we called the “care as usual” group. We also recruited a third group of typically developing children who lived with their families in Bucharest and had never been institutionalized. These three groups of children have been studied for more than 10 years.	Romanian Institutions

Fred Ross III 2012 Romania	Explore the on-going issue of abandonment in order to draw sufficient attention to the abandoned babies	Literature review of both academic and grey literature		Institutionalized children after hospital abandonment
Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012 United Kingdom	To provide an overview of child abandonment and its prevention in Europe	Report	Early identification of substance-abusing pregnant women and intervention by appropriate personnel may help toward resolving the rate of abandonment. Efforts should be made to involve the mothers and their close relatives in the care of these babies. Although there is no conclusive evidence proving that early discharge of babies can completely prevent abandonment, it is worthwhile to ensure that babies are not held in the nursery longer than necessary prior to discharge	
Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer 2011 USA	To explore the experiences and feelings of pediatric nurses who care for hospitalized children that are unaccompanied by their parents	Phenomenological study	12 study participants worked in different units, including medical/surgical (both urban and suburban), pediatric intensive care unit, neonatal intensive care unit (NICU), the operating room, and emergency department (ED). Participants were primarily women (n = 10), between the ages of 20 and 50. Four nurses had worked 16 to 32 years, whereas eight had worked less than 5 years.	Children's hospital in the Midwestern United States
Guy Brunet 2011 France	Determine the percentage of children taken back by their mothers, how this was actually achieved, and to examine the family status of the mothers at the time of both events	Historical review		Hospices civils de Lyon
Cristine A. Roberts 2010 USA	Review literature on unaccompanied hospitalized children and report the incidence at a pediatric hospital over 2 weeks	Literature review and Incidence study	Electronic chart reviews of hospitalized children were conducted to determine the incidence of parental/guardian absence in the previous 24 hours. Data were collected during a 2-week period. The hospital has seven medical/surgical units, and each unit was surveyed once each week. A total of 266 patient records were reviewed.	Midsized Midwestern urban children's hospital
Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group 2010 Ukraine	Quantify institutional care of infants born to HIV-1-infected women in Ukraine and describe associated factors	Ongoing birth cohort study	Infants receiving institutional care as a permanent substitute for parental care - HIV-1infected pregnant women are enrolled and their infants prospectively followed according to a standard protocol used all data available from start of enrolment in Ukraine in 2000 to May 2009	Institutional care

<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis</p> <p>2009</p> <p>Russia</p>	<p>Covered how, when and why women decided to abandon or parent their infants; who influenced them most; whether health professionals and relatives played a role; and what factors would make it possible for a woman to parent rather than abandon her child</p>	<p>Qualitative study</p>	<p>266 qualitative interviews in 2004– 05 in four Russian cities; Participants (266 in total) included 46 HIV positive women who had abandoned their infants and 32 of their relatives, 62 HIV-positive women who had not abandoned their infants and 41 of their relatives, 43 HIV-negative women who had abandoned their infants, and 42 medical specialists, including obstetrician–gynecologists and social workers from maternity hospitals, women's outpatient clinics and City AIDS Centers in the four cities.</p>	<p>City and Regional AIDS Centers and maternity hospitals</p>
<p>Eliéxer Urdaneta-Carruyo, Yenny Adalí Rodríguez-Sánchez, Juan Carlos Dorta Vergara, Adriana Vanesa Urdaneta-Contreras</p> <p>2008</p> <p>Venezuela</p>	<p>To describe the conditions of disabled hospitalized children</p>	<p>Study case</p>	<p>Eight severe disabled children (four are teenagers) admitted at Unidad de Larga Estancia</p>	<p>Hospital Universitario de Los Andes</p>
<p>Renee Denise Boss</p> <p>2008</p> <p>USA</p>	<p>End-of-Life Decision-Making for Infants Abandoned in the Neonatal Intensive Care Unit</p>	<p>Study case</p>	<p>9-year-old female admitted to the obstetrics service for preterm labor</p>	<p>Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland.</p>
<p>Karla Zengerle-Levy</p> <p>2006</p> <p>USA</p>	<p>Describe practices BICU nurses used in helping children who were alone in the hospital.</p>	<p>Phenomenological study</p>	<p>16 Burn Intensive Care Unit (BICU) nurses in the U.S. southwest was obtained. Purposive sampling was used to identify eligible participants recruited from a nonprofit hospital established exclusively for the care of critically burned children. Participants were full-time or part-time registered nurses with a minimum of two years work experience as a pediatric BICU nurse</p>	<p>BICU of a hospital in the southwestern United States</p>
<p>Elisângela Boing ; Maria Aparecida Crepaldi</p> <p>2004</p> <p>Brazil</p>	<p>To describe the use of “maternagem” with babies awaiting adoption</p>	<p>Study case</p>	<p>Baby boy, 4th son of, 25 years old woman</p>	<p>Neonatal unit</p>

Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus 2000 USA	To study whether early mother-infant contact with suckling and rooming-in reduces the rate of infant abandonment.	Pre-post test longitudinal study	All deliveries at Maternity Hospital 11 from 1987 to 1998	Maternity Hospital 11, a public hospital in St Petersburg, Russia
Olga Issoupova 2000 Russia	To discuss one of the worst situations which a woman can get into in the area of motherhood— that of child abandonment, or relinquishment of a baby at birth to the State—which is a particular legal form of abandonment in the case of Russia	Qualitative research	Seventeen interviews: thirteen of these are with birth mothers who intended to abandon their babies; the remaining four interviews serve the purpose of comparison and context. Three of them are with single mothers keeping their babies, and one is with an adoptive mother	Maternity hospital in Moscow
Penelope L. Maza 1999 USA	Compare the boarder baby phenomenon that appeared in the late 1980s and into the 1990s from earlier events	Theoretical article	Infants under 12 months of age who remain in the hospital beyond the date of medical discharge. 26 children were studied in detail	New York City Hospital's
Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset 1996 France	To analyze the medical and paramedical speeches of those professionals working in Parisians maternities in order to acknowledge the abandon of trisomy 21 children evolution	Qualitative study (Semi-structured interviews were made near medical and social staffs)	All the trisomy 21 children who were born between 1980-1989 and abandoned at birth in Aide Sociale à l'Enfance (ASE) in Paris and also all private adoption cases listed. (n=102)	20 maternities in Paris
Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram 1993 USA	Identify risk factors for abandonment and to assess the financial and social impact of this phenomenon on health care.	Retrospective study	From January 1990 through June 1991, 3252 infants (1674 boys and 1578 girls) were born at DCGH during the 18-month study period. Infants included 2737	Newborn nurseries at the District of Columbia General Hospital, Washington

Banphot Buranasin 1991 Thailand	To analyze the effect of management of rooming-in, conducted in one of the regional hospitals in Thailand, on the success of breastfeeding	Prevalence study	Mother-infant pairs from urban areas. Two groups of 2,000 infants with all normal deliveries were selected every other month from post partum wards before and after the rooming-in system in 1987 and 1990 respectively	Maharaj Nakhonratchasima Hospital
Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara 1990 USA	Evaluate mothers and their boarder babies	Retrospective study	Mothers and their boarder babies who were living in Howard University Hospital between June 1988 and July 1989	Howard University Hospital
Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley 1990 USA	To know nurse's experience while caring for boarder babies	Qualitative study (Nurse's interviews)	Boarder babies at Newark, NJ's Children's Hospital; Harlem Hospital	Newark, NJ's Children's Hospital; Harlem Hospital
Catriona Hood 1976 United Kingdom	Provide more information about (a) the extent of the problem, and the characteristics of children abandoned by their parents; (b) the effects of abandonment on the child; (c) measures being taken towards prevention and alleviation; and (d) the need for more detailed studies	Descriptive Survey (transversal)	Hospital long-stay children; Sixty-eight children were included in the final sample	Eight hospitals, which represented the categories of hospitals, which from the DHSS surveys of 1969 and 1970 might contain abandoned children, were selected because they were within convenient travelling distance. Six agreed to cooperate: (psychiatric hospital, large sub normality hospital, A comprehensive children's hospital, long-stay orthopedic hospital, acute general teaching hospital, long-stay hospital and school.
Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik 1970 USA	Empathize that the demographic, social and clinical phenomena, which attend the medical care of abandoned children in a municipal hospital, are sufficiently distinctive and repetitive to warrant the pattern being viewed as a medico-social entity or syndrome	Retrospective survey	39 children who were admitted to Newark City Hospital after abandonment by their parents since July 1 1967 to June 30 1968	Newark City Hospital

Tabela 2 – Resposta às questões de revisão

Author(s) Date Country	Causes for abandon	Children issues	Nursing interventions	Main results
Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal 2019 India	Illness of parents, and social taboos; unmarried mother, a mentally or physically challenged child; illness of parents, and social taboos; unmarried mother, a mentally or physically challenged child; social stigma; parents unable to look after their child; gender issues; Infants with birth defects and preterm babies;	Risk of poverty, stigma, discrimination, and unequal opportunity; developmental delay during the hospital stay	Possess adequate knowledge regarding care and protection as a social emergency, their rehabilitation, social re-integration and adoption	Preventative programs and education of the public and particularly of the high-risk groups require a greater emphasis on improving child protection procedures. Health care providers must be sensitized about the unique social and legal issues required to expedite care and to support and protect life. Out of 11 babies, girl-boy ratio was 2.6:1, 73% being abandoned in the neonatal period with a survival rate of 91%. Six babies (54.5%) required emergency intervention at admission. Hospital stay was higher in girls with mean discharge time being 106 d, although the mean fit for discharge time was 6.5 d.
N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov 2015 Norway	Youth, poverty/ economic hardships, unmarried, low education and social support, unwanted pregnancy;	Vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems, homelessness and suicide; more likely to have low birth weight		Both single and cohabiting mothers were more likely to abandon their infants than married women. Mothers who abandoned their infants in maternity clinics were more likely to have unwanted pregnancy and infants who were abandoned were more likely to be low birth weight
Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr 2013 Romania	War, disease, poverty and government policies	More disabled; incompletely formed and aberrant relationships with their caregivers; smaller brain volumes		The Bucharest Early Intervention Project has demonstrated the profound effects early experience has on brain development. Foster care did not completely remedy the profound developmental abnormalities linked to institutional rearing, but it did mostly shift a child's development toward a healthier trajectory.

				The identification of sensitive periods—in which recovery from deprivation occurs the earlier the child begins to experience a more favorable living environment—may be one of the most significant findings from this project.
Fred Ross III 2012 Romania	Politics; poverty; deterioration of the family unit, single parenthood, unemployment; young mothers; illiterate; unwanted pregnancies; low birth weights; divorce, parental abandonment, alcoholism, domestic violence, social exclusion	Years living in cribs; Poor health, physical underdevelopment, deterioration in brain growth, developmental delay and emotional attachment disorders; quasi-autistic behaviors: not to be sociable; neural and behavioral deficits; Physical underdevelopment; Hearing and vision problems	Prevention: encourage breastfeeding (on demand) and rooming-in immediately after birth; Show how to maintain lactation if separated; Language stimulation; bathing, soothing hurts and anxieties, bedtime rituals and comforting in the middle of the night., promoting trust and confidence in the caregivers	Parental neglect suppress brain development; Care giving is essential in the psychological growth of a child.
Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield 2012 United Kingdom	Financial hardship and poverty, illness or social exclusion; homelessness, lack of food, no heating during winter, not enough nappies; four or more children in family; Ethnic minority groups where single motherhood is considered unacceptable; mental illness or psychological issues; low education attainment; being a single or teenage parent; lack of sexual health education; restrictions regarding access to abortion. Low birth weight and children with disabilities or illness; belief that institutional care is in the best interests of the child; alcohol and/or drug abuse; lack of services to support children and families.		Awareness of the importance of skin-to-skin contact and mother-child interaction in the first few days of the babies life	Work towards promoting a bond between the mother and baby, and thus reduce the number of parents abandoning their children.
Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer 2011 USA	Economic issues including the need to remain employed, transportation issues, and need to take care of siblings; Families have viewed health care for children as the providers' domain. Some families did not have the resources or knowledge base to feel part of the health care team. Parental responsibility to accompany their sick child was viewed as a necessity by some, as the ideal by others.	Loneliness, sadness, fear, uncertainty, and boredom; ICU accompanied children needed less restraints or sedation; Increased safety risks; in the ED was the accuracy of unaccompanied adolescents' history or their exposures to violence. Crying was a health risk for young children with heart conditions who needed to be held; increased dependence on multiple caretakers when parents were absent that affected safety and continuity. Slower intellectual and emotional development,	Minimize negative outcomes. Take young unaccompanied children to the nurses' stations to interact with more people. Spending more time, getting more attached, advocating, playing, taking on a parenting role, or holding and rocking these young children Nurses provide generous and exceptional care and provide a safe environment for unaccompanied children.	Pediatric nurses viewed the circumstances of unaccompanied hospitalized children through the perspective of their own life-worlds. They used both cognitive and emotional constructs to describe the phenomenon. Nurses' perceptions were affected by day-to-day contingencies of their life worlds which come through the four dimensions of space, mind/body, time, and relationships. These perceptions affected their assessment of parents' situated contexts. Nurses'

		lack of bonding, and higher incidence of failure to thrive. Feelings of abandonment, lack of trust, and anxiety for the children		assessments could lead to negative judgments of parents because they worried about ill effects on the unaccompanied children. Nurses often perceived that parents demonstrated trust when they relegated their child's care to them.
Guy Brunet 2011 France	Physical, material, and moral distress that came after delivery; Unmarried women coming from rural areas, and out of reach of their parents' control; poverty line; youth women; bad living conditions and poor diets (insufficient quantity of milk)		Moral advice was bolstered up with the offer of material assistance, including clothing and food for the child.	Then it appears that Lyon is a town where the number of abandonments was impressive in the nineteenth century. On average, between 1820 and 1860, nearly five children were abandoned every day. This is partly a reflection of the bad living conditions of a female population that had recently moved into the town, whose material and affective circumstances were precarious. But the people who abandoned their children were very different: side by side with women who lived on their own women cohabiting with men, and even a few married couples, are to be found.
Cristine A. Roberts 2010 USA	Some parents cannot be present in the hospital due to external conflicts or because of the anxiety of caring for a very ill child	Sad and apathetic; children suffer negative effects from hospitalization, including separation anxiety, nightmares, and irritability. Hospitalized children are anxious about painful procedures and may display developmental regression. Some effects are akin to posttraumatic stress disorder; Manifestations: separation anxiety, detachment, regression, sadness, apathy or withdrawal, fears of the dark or health care personnel, hyperactivity, aggression, sleep disturbances, eating disturbances, and enuresis"	They often had to bend the rules and become parent-like to the babies; Talking, touching, playing music, using play and humor, storytelling, and giving unconditional love; Promote parental presence with hospitalized children and continuity of the parent- child bond<	Encouraging families to participate in their child's care is beneficial for children, families, and health care providers.
Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group	Women without a partner; Poverty and insecure or inadequate housing; HIV-infected women whose pregnancies were unintended;	More likely to be infected with HIV; more frequently preterm and low birth weight	Training nurses to reduce stigmatizing and discriminatory attitudes towards HIV-infected pregnant women: 'Baby-Friendly' initiatives in maternity wards;	Stigmatizing and discriminatory attitudes towards HIV-infected pregnant women, recognized as a factor potentially contributing to abandonment earlier in the epidemic; Opioid substitution therapy (OST) improves neonatal outcomes when used in pregnancy, and could help prevent abandonment postnatal by controlling withdrawal symptoms and reducing drug-seeking behaviors such as

2010 Ukraine				commercial sex work
Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis 2009 Russia	Unwanted pregnancy, lack of family support, drug abuse, fear of birth defects or disabilities, and marginalized socio-economic status; family stigma/ fear of infection; Medical experts stigma, advising abandonment; Stigma and discrimination towards disabled persons, difficult social adaptation due to lack of infrastructure, and barriers to procuring adequate medical attention for disabled children who are cared for in the home;	Developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems and homelessness, and suicide when they reach adolescence;	To promote antenatal care or perinatal HIV prophylaxis; counseling and support increasing the voluntary use of contraception among HIV-positive women as an inexpensive, effective approach to reducing unintended pregnancies; Informing the HIV-positive woman's parents that they had a grandchild; Generalized education about services for HIV positive mothers and their families, reducing stigma and discrimination, and support for extended families (especially parents of positive women), harm reduction programs for drug-using women and their partners, assistance to marginalized families, tailored fostering and adoption programs, and specialized training in the care of perinatal HIV-exposed infants	Abandonment as broader spectrum of social problems; Institutionalization in childhood increases the likelihood that children will become psychologically impaired and economically unproductive as adults. Children with HIV are at greater risk of certain health problems. They and their HIV-positive parent(s) all need to receive treatment, care and support.
Eliéxer Urdaneta-Carruyo, Yenny Adalí Rodríguez-Sánchez, Juan Carlos Dorta Vergara, Adriana Vanesa Urdaneta-Contreras 2008 Venezuela	Handicap; low income; incapacity to care for the children due to working necessity; poverty leading to incapacity to care for disabled children	Anonym lives and no future plans	Promote home hospitalization	When the family has no means to provide children's health and development, should be the hospital and their staff, in 3 rd world countries, responsible for these children's security and life quality
Renee Denise Boss 2008 USA	Poverty, drugs, poor education, joblessness, and violence	Babies who are sick and premature; multiply medically handicapped child; spend their lives alone in an incubator	Nurses and physicians witness the infant's suffering, indeed are responsible for delivering painful treatments and interventions; Devise a system of advocacy to limit medical therapies if it is in the infant's best interest, even if the parent cannot be located.	The suffering of the staff who care for these infants day after day should not be minimized. A system of advocacy must be devised to limit medical therapies if it is in the infant's best interest, even if the parent cannot be located.

<p>Karla Zengerle-Levy</p> <p>2006</p> <p>USA</p>	<p>Parents or caregivers were absent because they were injured or had died in the accident related to the child's injuries; they lived in another city, state, or country; Emotional distress, fear, or reluctance to accept their child's condition and appearance.</p>	<p>Fear, anxiety, loneliness, pain, and isolation</p>	<p>Nurturing their emotional needs; to provide security, love, nurturance, and connection; Giving unconditional love; Storytelling; The nurse explained to the child that her feelings were natural, Sustaining human connections (talked to or with the children, used touch, and played music to potentiate healing); Talking to the children during invasive procedures that involved conscious sedation;</p> <p>Touching the children in a way that differed from procedure-related ordinary touch; playing music or videos for the children; Engaging with the young patients as children to minimize the objectification and fragmentation of their humanness; Practice of using humor to heal; nurses' practice of returning the child to childhood; Facilitate or strengthen their spiritual being: the abilities to give and receive love, hope, forgiveness;</p> <p>Considerations to help them cope with and understand what was happening to them;</p>	<p>The nurses' experiences of parenting were foundational to their practice of giving unconditional love to the children. The nurses believed that love carried immense power, and the love they felt for, and demonstrated with, the children had potential long-term positive effects. Loving the children was the art of nursing</p>
<p>Elisângela Boing ; Maria Aparecida Crepaldi</p> <p>2004</p> <p>Brazil</p>	<p>Poverty, parental abandonment, lack of family support, multiple siblings</p>	<p>Increase psico-affective development damage severity; Irritability and cry; Future incapacity to social relationships</p>	<p>Maternagem: talk to the baby, presentation as a friend. Smooth and paused voice; sing, tell stories, stay until fall asleep; taking care of the baby; kangaroo; Comfort and held the baby, contain, give him security feelings;</p> <p>Establish a daily routine like talk, sing always the same song, use a transactional object like a scarf</p>	<p>Use of "Maternagem" as protection and development promotion decreasing abandonment damage effects on babies</p>
<p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus</p> <p>2000</p> <p>USA</p>	<p>Low economic in come; old politics supporting the practice of caring for abandoned paying large fees and also promising freedom and education; Bounding lack caused by late suckling policies</p>	<p>Increased risk of failure to thrive, development delay, lowers IQ scores, severe psychological disturbance, nosocomial infections and child abuse</p>	<p>Not only nursing but hospital policy exchanges to reduce the number of postpartum mothers to 1 per room, altered visiting practices and introduced rooming-in and early suckling</p>	<p>Early contact and breastfeeding may stimulate newly recognized behavioral and hormonal systems that help the mother begin to feel the neonate is hers.</p>

<p>Olga Issoupova</p> <p>2000</p> <p>Russia</p>	<p>Poverty, lack of social support, and single motherhood:</p> <p>Economic problems including unemployment, lack of child benefit, no practical feasibility of combining work and child care, and housing issues;</p> <p>Male partner problems: of desertion by the man of the father being unknown (...) sometimes the father does not accept the child (...) sometimes he is unemployed (...) there can also be no desire to form a family with the father on the part of the woman herself (...) Problems concerning personal space: these involve the need or desire to study; the wish to form a better relationship with (another) man; the desire to have a child in better conditions; the desire for better conditions and lifestyle for oneself, the wish to achieve social mobility/to health and desire to have personal space;</p> <p>Social problems: generally, a lack of social connections;</p> <p>Legal problems: these involve the lack of legal status, most of all in the form of the lack of official Moscow residence registration, and therefore the impossibility of obtaining a free abortion; the lack of a right to stable affordable housing; limited access to free medical care; and the impossibility of temporary refusal of the newborn child.</p> <p>Psychological and health-related problems: these can take the form of learning disabilities, fear of not being able to mother 'properly', and a feeling of lack of control over one's own life (...) responsibility issues and fear of attachments (...)</p> <p>Children-related problems - being just the means to an end in a game or a struggle for a man</p>	<p>Pathologies and preterm births</p>	<p>Favorable direction during the period of decision making</p>	<p>If one of the components changes in a favorable direction during the period of decision making, a woman might change her mind, although the lack of material conditions in this case often results in temporary refusal rather than immediately taking the baby home</p>
---	--	---------------------------------------	---	---

<p>Penelope L. Maza</p> <p>1999</p> <p>USA</p>	<p>Lack of prenatal care. High-risk factors included previous involvement with child protective services or having other children in the custody of social services, homelessness, known psychiatric history, unusual behavior, violent behavior or history of domestic violence, lack of resources, lack of bonding with the baby, and dependency</p>	<p>Risk of health problems and maltreatment; discrimination in foster care to children exposed to drug abuse or with fetal alcohol syndrome or other alcohol-related disorders;</p> <p>They rarely leave their cribs, never go outside, receive limited tactile stimulation, and rarely hear voices talking directly to them. Premature, low birth weight, drug or alcohol exposed in utero, and HIV positive at birth.</p>	<p>Identifying risk population and advise CPS; Prevention:</p> <p>Programs provide home-based services with home visit include such things as having child care and transportation, providing services to siblings, incorporating women's health care services at the site, working with women to enhance their empowerment and self-esteem, and providing women-focused substance abuse treatment.</p>	<p>Infants remained in the hospital because an appropriate placement could not be found; remained in the hospital because they were waiting until the biologic parent(s) were able to provide care.</p> <p>Although the phenomenon of boarder babies seems to have subsided, the problems that created it have not gone away as reflected in the continual entry into foster care of a substantial number of infants</p>
<p>Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset</p> <p>1996</p> <p>France</p>	<p>Unmarried parents; concealed pregnancies; emotional stress; advice and way of presenting alternatives</p>		<p>Announcing parents, as prepared multidisciplinary team, the handicap in children's presence; favor rooming-in as possible;</p> <p>Give time to decide and adjust, promoting care for the children in between; Give options and help adjusting at home;</p>	<p>Several factors influence the parents' decision in planning for the child handicap, advice and way of presenting alternatives: in 1/3 cases, adoption is proposed directly. In the great majority, the child abandonment is decided in urge in a profound emotional stress, and outside of the legal procedure. Parents should be more listened to, accompanied by professionals and well informed about their child prognosis and all care alternatives before making their decision</p>
<p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram</p> <p>1993</p> <p>USA</p>	<p>Poverty, unemployment, poor education, and illicit drug; Single parents without a support; Low-birth-weight infants (prolonged hospitalization leading to decreased parental bonding). Male gender</p>	<p>Infants generally either test positive for the human immunodeficiency virus or have been exposed to drugs;</p> <p>Lack of appropriate stimulation for growth and increased possibility of nosocomial infections.</p>	<p>Targeting high-risk groups and providing preconception- al and prenatal care counseling as well as encouraging ongoing parental bonding with premature infants.</p>	<p>Unless society recognizes the importance of "the hand that rocks the cradle," the problem of abandonment will continue to escalate. Measures to decrease illicit drug use and prevent unwanted pregnancies by proper family planning would be money well spent in prevention.</p>
<p>Banphot Buranasin</p> <p>1991</p> <p>Thailand</p>	<p>Separation time between mother and baby; low educational level; younger mothers, less than 15 years of age seem to desert their children at a higher rate</p>		<p>Promote early suckling and rooming-in; Nurses should be frequently trained on successful lactation management so that they are able to promote, protect and support breastfeeding;</p> <p>Introduce the important value of rooming-in and breastfeeding to mothers and their families before delivery</p>	<p>Promote early suckling and rooming-in are of prognostic value for the first breastfeeding</p>

<p>Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara</p> <p>1990</p> <p>USA</p>	<p>Parental neglect, substance abuse, illness, imprisonment, poverty, mentally retarded or chronically ill infants, teenage pregnancy. Lack of a suitable home; single mother with limited socioeconomic resources</p>	<p>Premature and had neonatal problems related to prematurity; intrauterine growth retardation; drug withdrawal syndrome</p>		<p>Early identification of substance-abusing pregnant women and intervention by appropriate personnel may help toward resolving the rate of abandonment. Efforts should be made to involve the mothers and their close relatives in the care of these babies. Although there is no conclusive evidence proving that early discharge of babies can completely prevent abandonment, it is worthwhile to ensure that babies are not held in the nursery longer than necessary prior to discharge.</p> <p>Rearing in an ideal home environment that fosters good health and assures maximum growth and development is a right society must provide.</p>
<p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley</p> <p>1990</p> <p>USA</p>	<p>Crack-addicted mother, HIV infection; parents too sick or overwhelmed</p>	<p>Discrimination due to condition HIV</p>	<p>Make time to play with children, giving time and affection; caring for their clothes; take children out to the sun, create a playroom to boarder babies play promoting development; talk to them, teach them out to walk;</p> <p>talk in group sessions about feelings caring these children</p> <p>Finding homes to children – contact wit social services;</p> <p>Listen to family anxieties, fears and frustrations; support parents without judgments</p>	<p>Trying to create some semblance of normalcy in the babies' lives. The experience differs from what nurses are used to when caring for babies only 3 days or so</p>
<p>Catriona Hood</p> <p>1976</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Presence of physical/ multiple handicap; admission at a very early age; Unmarried parents; mental illness/ prison; mental illness in one or other parent or mental sub normality, or unemployment or handicap in siblings;</p>	<p>Lack of family life and continuing parental care may have adverse effects on a child's development in all areas - emotional, intellectual, physical and social</p>	<p>Efforts made by hospital staff to foster family contacts; relaxed about visiting hours; receptive attitude and good communication.</p> <p>Provision of overnight accommodation for parents;</p> <p>Substitute absent parent;</p>	<p>Almost a fifth of the children in the long-stay hospitals studied met our definition of abandonment. About a third of these were abandoned early in their lives, the remainder by parents who were likely to have considerable difficulties in adjusting to the complex problems posed by handicap.</p> <p>Admission in itself appeared a factor in the abandonment of a fairly high proportion of children.</p> <p>Prevention is the primary approach to any problem.</p>

<p>Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik</p> <p>1970</p> <p>USA</p>	<p>Poor provisions for care; parental illness or arrest;</p>	<p>Loneliness; lack of attention; lack of historical information; not interesting cases for medical students; may receive inadequate physical and laboratorial education due to social problem and not medical; rejection by parents, medical and social professionals</p>		<p>For the abandoned child, and the medical efforts extended in his behalf are frequently minimal. There are several possible reasons for this lack of attention, apart from the lack of historical information. Make a continuing objective evaluation of the care that is provided in an effort to avoid a double standard of medical practice-with the social problems being inadequately handled and try to shelter them in the better emotional environment which they deserve</p>
---	--	--	--	---

Tabela 3 – Question 1 - What causes are listed in literature regarding parents’ decision for abandoning their children in hospitals?

Category	Citation	Reference
Poverty/ economic hardship /unemployment	“These babies are exposed to risks of poverty, stigma, discrimination, and unequal opportunity (...)”	Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p.335
	“A totalitarian regime, lack of internalized family values, and desperate poverty all facilitated abandonment (...)”	Fred Ross III, 2012, p.193
	“Many interviewees connected poverty with the general social status of the mother, who was often single and jobless, and had no permanent place of residence.”	Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p. 166
	“(…) poverty, unemployment, poor education, and illicit drug use are common (...)”	Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p.714
	“War, disease, poverty and sometimes government policies have stranded at least eight million children worldwide in state-run facilities.”	Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr, 2013, p.64
	“Past reasons included parental neglect, substance abuse, illness, and imprisonment, plus poverty, mentally retarded or chronically ill infants, and teenage pregnancy.”	Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara, 1990, pp. 473,474
	“(…) in Lithuania, 86% of mothers who abandoned their children were reported to be unemployed and/or supported by the state (...)” “(…) poverty as one of the most prominent risk factors for child abandonment.”	Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, pp. 6, 23
	“(…)living close to the poverty line(…)”	Guy Brunet, 2011, p.426
	“(…) mental illness in one or other parent or mental sub normality, or unemployment or handicap in siblings.”	Catriona Hood, 1976, p. 246
	“(…)es común que sea pobre y no se hace cargo de los cuidados del niño enfermo (...)”	Eliéxer Urdaneta-Carruyo, Yenny Adalí Rodríguez-Sánchez, Juan Carlos Dorta Vergara, Adriana Vanesa Urdaneta-Contreras , 2008, p. 78
	“Poverty, drugs, and poor education predictably result in addiction, joblessness, and violence in the neighborhood surrounding the hospital.”	Renee Denise Boss, 2008, p.110
	“(…) geralmente observado em famílias monoparentais, nas quais a pobreza se apresenta como um dos determinantes da entrega de crianças (...)”	Elisângela Boing; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 214
	“Economic problems: including unemployment, lack of child benefit, no practical feasibility of combining work and child care, and housing issues (...)”	Olga Issoupova, 2000, p.93
“The rates of abandonment tend to increase during economic hardships.”	N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010	
“Three parents were supported by welfare funds (...)”	Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik, 1970, p. 359	

	“(…) economic issues including the need to remain employed, transportation issues, and need to take care of siblings.”	Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p.4
Parent’s illness (mental or physical)	<p>“War, disease, poverty and sometimes government policies have stranded at least eight million children worldwide in state-run facilities”</p> <p>“(…) high-risk factors included previous involvement with child protective services or having other children in the custody of social services (18%), homelessness (16%), known psychiatric history (11 %), unusual behavior (12%), violent behavior or history of domestic violence (9%), lack of resources (8%); lack of bonding with the baby (5%) and dependency (3%).”</p> <p>“Past reasons included parental neglect, substance abuse, illness, and imprisonment, plus poverty, mentally retarded or chronically ill infants, and teenage pregnancy.”</p> <p>“(…) mother was infected with the immunodeficiency virus.” “(…) be to sick to care for a child(…)”</p> <p>“(…) signs of mental illness or psychological issues (…)”</p> <p>“(…) mental illness in one or other parent or mental sub normality, or unemployment or handicap in siblings.”</p> <p>“(…) abandonment to be substantially more common among HIV-infected women whose pregnancies were unintended (…)”</p> <p>“Often the children are alone in the hospital because their parents or care providers were injured or killed in the accident (…)”</p> <p>“Psychological and health-related problems: these can take the form of learning disabilities, fear of not being able to mother ‘properly’, and a feeling of lack of control over one’s own life (… responsibility issues and fear of attachments (…)”</p> <p>“(…) two mothers were psychotic; one father had died of burns.”</p>	<p>Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr, 2013, p.64</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 205</p> <p>Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara, 1990, pp. 473,474</p> <p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p.45</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.6</p> <p>Catriona Hood, 1976, p. 246</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p.6</p> <p>Karla Zengerle-Levy, 2006, p. 226</p> <p>Olga Issoupova, 2000, p.94</p> <p>Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik, 1970p.359</p>
Addiction	<p>“(…) divorce, parental abandonment (… and exacerbating those factors are alcoholism, domestic violence, and social exclusion (…)”</p> <p>“(…) substantial number of cases of abandonment among drug- and alcohol-addicted women who were unable to care for themselves or for their infants (…)” “(…) poverty, unemployment, poor education, and illicit drug use are common (…)”</p> <p>“(…) factors (… first was the cocaine and crack cocaine epidemic.”</p> <p>“Past reasons included parental neglect, substance abuse, illness, and imprisonment, plus poverty, mentally retarded or chronically ill infants, and teenage pregnancy.”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p. 196</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p. 165</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 205</p> <p>Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara, 1990, pp. 473,474</p>

	<p>“Her crack-addicted mother walked out of the hospital and never came back.”</p> <p>“(…) other factor considered to be a cause of abandonment by more than half of the maternity units was alcohol and/or drug abuse”</p> <p>“She smells of alcohol, and admits to using heroin and cocaine within the past week.”</p> <p>“(…) acute withdrawal symptoms in the mother during and immediately after delivery, precipitating abandonment in search of drug.”</p>	<p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p. 45</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, pp. 7</p> <p>Renee Denise Boss, 2008, p.109</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p.7</p>
Unwanted pregnancy /lack of prenatal care	<p>“(…) unwanted pregnancy, lack of family support, drug abuse, fear of birth defects or disabilities, and marginalized socio-economic status.”“(…)gaps in contraceptive knowledge as well as lack of interest in contraception (…)”</p> <p>“Most pregnancies were probably not planned.”</p> <p>“(…) lack of sexual health education(…)”“(…) restrictions regarding access to abortion (…)”</p> <p>“She says she did not know there were free clinics for prenatal care.”</p> <p>“(…) poorer access to or use of family planning services with more unintended pregnancies (…)”</p> <p>“(…) be young, poor, unmarried, have low education and social support, and having an unwanted pregnancy.”</p>	<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p. 164, p.165</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p.716</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, pp.6, 7</p> <p>Renee Denise Boss, 2008, p.109</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p. 7</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010</p>
Teenage/youth parenting	<p>“(…) mothers under the age of twenty, (…) unmarried, unemployed and illiterate (…)”</p> <p>“Past reasons included parental neglect, substance abuse, illness, and imprisonment, plus poverty, mentally retarded or chronically ill infants, and teenage pregnancy.”</p> <p>“Another influential factor is single or teenage parenthood.”</p> <p>“(…) be young, poor, unmarried, have low education and social support, and having an unwanted pregnancy.”</p> <p>“(…) younger mothers, less than 15 years of age seem to desert their children at a higher rate (…)”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p.195</p> <p>Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara, 1990, pp. 473,474</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.6</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010</p> <p>Banphot Buranasin, 1991, p. 219</p>

Lack of family / community support	<p>“A totalitarian regime, lack of internalized family values, and desperate poverty all facilitated abandonment (...)”</p> <p>“(...) unwanted pregnancy, lack of family support, drug abuse, fear of birth defects or disabilities, and marginalized socio-economic status.”</p> <p>“(...) single parents without a support person involved with the care of the child (...)”</p> <p>“(...)concealing pregnancies and child abandonment due to traditional values and beliefs held by these communities.”</p> <p>“Three children were illegitimate.”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p.193</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p.164</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p.715</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.8</p> <p>Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik, 1970, p.359</p>
Multiple siblings	<p>“(...) came from families with four or more children (...)”</p> <p>“(...) economic issues including the need to remain employed, transportation issues, and need to take care of siblings.”</p>	<p>Penelope L. Maza, 1999, p. 201</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p.4</p>
Social stigma /lack of social support	<p>“These babies are exposed to risks of poverty, stigma, discrimination, and unequal opportunity (...)” “The various reasons for abandonment encompass an unmarried mother, a mentally or physically challenged child facing constant social stigma; parents unable to look after their child or simply a taboo against a girl etc.”</p> <p>“Forced by their families into abandonment due to the unfounded fear that HIV infection could be transmitted from the newborn to other siblings. In many cases families were not ready to accept an HIV-positive child because of stigma.” “Stigma and discrimination towards disabled persons, difficult social adaptation due to lack of infrastructure, and barriers to procuring adequate medical attention for disabled children who are cared for in the home;”</p> <p>“The lack of services and resources to support parents who have children with disabilities, and/or parents with their own personal difficulties, is a fundamental problem.”</p> <p>“Social problems: generally, a lack of social connections.”</p> <p>“(...) be young, poor, unmarried, have low education and social support, and having an unwanted pregnancy.”</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p.335, p.336</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p.166</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.7</p> <p>Olga Issoupova, 2000, p.93</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010</p>
Disability/ children’s illness	<p>“The various reasons for abandonment encompass an unmarried mother, a mentally or physically challenged child facing constant social stigma; parents unable to look after their child or simply a taboo against a girl etc.”</p> <p>“There was higher prevalence of human immunodeficiency virus exposure among abandoned infants (three of 64) than among infants who were not abandoned.”</p> <p>“Le handicap, les modalités de l'annonce et les propositions faites aux parents ont une influence sur la décision d'abandon (...)”</p> <p>“Past reasons included parental neglect, substance abuse, illness, and imprisonment, plus poverty, mentally retarded or chronically</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p.336</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p.716</p> <p>Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset, 1996, p.1</p> <p>Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara,</p>

	<p>ill infants, and teenage pregnancy.”</p> <p>“In some countries, infants born with a low birth weight and children with disabilities are more likely to be abandoned.”</p> <p>“(…) children were abandoned whatever the nature of their handicap (…)”</p> <p>“Los NDC necesitan, aparte del tratamiento medico soporte tecnológico adicional (…)”</p>	<p>1990, pp. 473,474</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.7</p> <p>Catriona Hood, 1976, p. 246</p> <p>Eliéxer Urdaneta-Carruyo, Yenny Adalí Rodríguez-Sánchez, Juan Carlos Dorta Vergara, Adriana Vanesa Urdaneta-Contreras , 2008, p.78</p>
Preterm/ low weight babies	<p>“Infants with birth defects and preterm babies are more likely to be abandoned considering the prognosis (…)”</p> <p>“Low-birth-weight infants were abandoned at a higher rate than normal-birth-weight infants, probably because of prolonged hospitalization leading to decreased parental bonding.”</p> <p>“In some countries, infants born with a low birth weight and children with disabilities are more likely to be abandoned.”</p> <p>“ The girls and women who become pregnant in this environment often give birth to babies who are sick and premature.”</p> <p>“Preterm birth and low birth weight were both associated with increased risk of abandonment.”</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p.338</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p.716</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.7</p> <p>Renee Denise Boss, 2008, p.109</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p.4</p>
Prolonged hospitalization/ lack of bounding	<p>“Low-birth-weight infants were abandoned at a higher rate than normal-birth-weight infants, probably because of prolonged hospitalization leading to decreased parental bonding.”</p> <p>“(…) high-risk factors included previous involvement with child protective services or having other children in the custody of social services (18%), homelessness (16%), known psychiatric history (11 %), unusual behavior (12%), violent behavior or history of domestic violence (9%), lack of resources (8%); lack of bonding with the baby (5%) and dependency (3%).”</p> <p>“(…) admission at a very early age is a factor in abandonment (…)”</p> <p>“(…)the first hours and days of life are a sensitive period for the mother when she is especially psychologically prepared to accept her infant as her own.”</p> <p>“After rooming-in, rate of deserted children decreased (…)”</p>	<p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p.716</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 205</p> <p>Catriona Hood, 1976, p.246</p> <p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus, 2000, p. 476</p> <p>Banphot Buranasin , 1991, p.219</p>
Emotional distress	<p>“(…) décider de l'avenir de l'enfant aussi rapidement, sous le choc du diagnostic, dans une période de confusion, de souffrance(…)”</p> <p>“(…) crying and apologizing to the child (…)”</p>	<p>Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset, 1996, p.11</p> <p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p.48</p>

	<p>“(…) abandonment having been decided on in the physical, material, and moral distress that came after delivery.”</p> <p>“(…) were unable to participate in their child’s care because of their own emotional distress, fear, or reluctance to accept their child’s condition and appearance.”</p> <p>“Parental responsibility to accompany their sick child was viewed as a necessity by some, as the ideal by others.”</p> <p>“Some parents cannot be present in the hospital due to external conflicts, whereas some cannot be present because of the anxiety of caring for a very ill child.”</p>	<p>Guy Brunet, 2011, p.431</p> <p>Karla Zengerle-Levy, 2010, p. 226</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p.7</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 475</p>
Low education /illiteracy	<p>“(…) mothers under the age of twenty, (…) unmarried, unemployed and illiterate (…)”</p> <p>“(…) poverty, unemployment, poor education, and illicit drug use are common (…)”</p> <p>“(…) mothers are also more likely to have a low education attainment (…)”</p> <p>“Poverty, drugs, and poor education predictably result in addiction, joblessness, and violence in the neighborhood surrounding the hospital.”</p> <p>“(…) be young, poor, unmarried, have low education and social support, and having an unwanted pregnancy.”</p> <p>“(…) mothers of low educational level would abandon their children more easily (…)”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p. 195</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.6</p> <p>Renee Denise Boss, 2008, p.110</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010</p> <p>Banphot Buranasin , 1991, p.219</p>
Need to personal space	<p>“Abandonment to avoid compromising their future”</p>	<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p.</p>
War /government policies	<p>“A totalitarian regime, lack of internalized family values, and desperate poverty all facilitated abandonment (…)”</p> <p>“War, disease, poverty and sometimes government policies have stranded at least eight million children worldwide in state-run facilities”</p> <p>“(…)pressure to relinquish children for adoption due to a demand for newborns from prospective foster parents (…)”</p> <p>“Social programs established during the 18th century reign of Catherine the Great, including paying large fees to women to find abandoned infants and care for them, actually encouraged the practice of infant abandonment and helped make it socially acceptable.”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p.193</p> <p>Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr, 2013, p.64</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.9</p> <p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus, 2000, p.476</p>
Single parenthood/ divorce / partner problem	<p>“(…) the deterioration of the family unit, single parenthood, and unemployment all contributed to the high rates of abandonment.”</p> <p>“In Denmark, mothers who openly abandon their children tend to be from ethnic minority groups where single motherhood is considered unacceptable.”</p> <p>“(…) the Hospice civils took charge of unwed mothers (…)” “Unmarried women coming from rural areas, and out of reach of their parents’ control (…)”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p.194</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p. 6</p> <p>Guy Brunet, 2011, p.425</p>

	<p>“(…) marital instability among parents of abandoned children, though it is likely that the children of unmarried and separated parents will have a high representation in any such institution (…)”</p> <p>“(…) higher infant abandonment rate was seen among single women (…)”</p> <p>“(…) geralmente observado em famílias monoparentais, nas quais a pobreza se apresenta como um dos determinantes da entrega de crianças (…)”</p> <p>“Male partner problems: of desertion by the man of the father being unknown (…) sometimes the father does not accept the child (…) sometimes he is unemployed (…) there can also be no desire to form a family with the father on the part of the woman herself (…)” “(…) being just the means to an end in a game or a struggle for a man.”</p> <p>“(…) be young, poor, unmarried, have low education and social support, and having an unwanted pregnancy.”</p>	<p>Catriona Hood, 1976, p.246</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p. 5</p> <p>Elisângela Boing; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 214</p> <p>Olga Issoupova, 2000, pp.93, 94</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010</p>
Domestic violence	<p>“(…) divorce, parental abandonment (…) and exacerbating those factors are alcoholism, domestic violence, and social exclusion (…)”</p> <p>“(…) high-risk factors included previous involvement with child protective services or having other children in the custody of social services (18%), homelessness (16%), known psychiatric history (11 %), unusual behavior (12%), violent behavior or history of domestic violence (9%), lack of resources (8%); lack of bonding with the baby (5%) and dependency (3%).”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p.196</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 205</p>
Inability to care for the children	<p>“The various reasons for abandonment encompass an unmarried mother, a mentally or physically challenged child facing constant social stigma; parents unable to look after their child or simply a taboo against a girl etc.”</p> <p>“(…) substantial number of cases of abandonment among drug- and alcohol-addicted women who were unable to care for themselves or for their infants (…)”</p> <p>“(…) remained in the hospital because they were waiting until the biologic parent(s) were able to provide care.”</p> <p>“Besides, their bad living conditions, together with an inadequate diet, caused many women to have an insufficient quantity of milk for their newborn babies (…)”</p> <p>“Some families did not have the resources or knowledge base to feel part of the health care team.”</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p.336</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p.165</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p.203</p> <p>Guy Brunet, 2011, p. 428</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011,p.7</p>
Medical advise/ stigma	<p>“(…) hospital staff were encouraging the mothers to leave their babies in the medical facilities.”</p> <p>“Some HIV-positive mothers reported that medical experts themselves displayed stigma and discrimination, advising them to abandon their infants.”</p> <p>“Quand les professionnels proposent aux parents l'adoption (…)”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, p.195</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson; Susan Hillis, 2009, p.166</p> <p>Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset, 1996, p.11</p>

Institutional care benefits beliefs	“(…) belief that institutional care is in the best interests of the child”	Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p.7
Distance between home and hospital	“(…)they lived in another city, state, or country (…)” “(…) economic issues including the need to remain employed, transportation issues, and need to take care of siblings.”	Karla Zengerle-Levy, 2010, p. 226 Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p.4
Legal problems	“Legal problems: these involve the lack of legal status, most of all in the form of the lack of official Moscow residence registration, and therefore the impossibility of obtaining a free abortion; the lack of a right to stable affordable housing; limited access to free medical care; and the impossibility of temporary refusal of the newborn child.” “(…) three parents were in prison (…)”	Olga Issoupova, 2000, p. 94 Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik, 1970, p. 359

Tabela 4 – Question 2 - What are the main issues concerning children’s integral development?

Category	Citation	Reference
Risk of poverty / homelessness	<p>“These babies are exposed to risks of poverty, stigma, discrimination, and unequal opportunity.”</p> <p>“Abandoned children are more vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems and homelessness, and suicide when they reach adolescence”</p> <p>“Institutionalized children in Russia have been reported to be vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems, homelessness and suicide.”</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p. 335</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, p. 162</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010.</p>
Stigma / discrimination / rejection	<p>“These babies are exposed to risks of poverty, stigma, discrimination, and unequal opportunity.”</p> <p>“(…) would not take a child with fetal alcohol syndrome or other alcohol-related disorders (…)”</p> <p>“Most boarder babies could go home, but fear, ignorance, and prejudice make finding foster parents difficult.” “Many of these babies are HIV-positive.”</p> <p>“(…) the abandoned child often turns out to have been rejected not solely by his parents or family, but to some extent later by the professional agencies of society as well.”</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p. 335</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 202</p> <p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, pp. 46, 47</p> <p>Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik, 1970, p. 361</p>
Development delay	<p>“Nearly 45% of the babies were noted to have a clinically appreciable developmental delay during the hospital stay.”</p> <p>“The children lived for years without leaving their cribs.” “(…) more likely to suffer from poor health, physical underdevelopment and deterioration in brain growth, developmental delay and emotional attachment disorders.” “Physical underdevelopment such as weight, height, and head circumference are below normal. Often these children have hearing and vision problems from poor diets and under stimulation.”</p> <p>“Abandoned children are more vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems and homelessness, and suicide when they reach adolescence”</p> <p>“The hospital is considered an unsuitable environment for infants because of lack of appropriate stimulation for growth and increased possibility of nosocomial infections.”</p> <p>“They rarely leave their cribs, never go outside, receive limited tactile stimulation, and rarely hear voices talking directly to them.”</p> <p>“(…) lack of family life and continuing parental care may have adverse effects on a child's development in all areas - emotional, intellectual, physical and social (…)”</p> <p>“Numerous studies have shown that abandoned infants are at an increased risk for failure to thrive, developmental delay, decline in IQ scores, severe psychological disturbance, nosocomial infection, and child abuse.”</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p. 336</p> <p>Fred Ross III, 2012, pp. 192, 212, 214</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, p. 162</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p. 716</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 206</p> <p>Catriona Hood, 1976, p. 248</p> <p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus, 2000, p. 474</p>

	<p>“Institutionalized children in Russia have been reported to be vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems, homelessness and suicide.”</p> <p>“All the abandoned children tended to be slightly below average in growth measurements.”</p> <p>“(…) slower intellectual and emotional development, lack of bonding, and higher incidence of failure to thrive.”</p> <p>“Hospitalized children are anxious about painful procedures and may display developmental regression.”</p>	<p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010</p> <p>Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik, 1970, p. 359</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p. 5</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p.471</p>
Psychological Problems/ Suicide	<p>“Abandoned children are more vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems and homelessness, and suicide when they reach adolescence”</p> <p>“(…) abandoned infants generally either test positive for the human immunodeficiency virus or have been exposed to drugs.”</p> <p>“Numerous studies have shown that abandoned infants are at an increased risk for failure to thrive, developmental delay, decline in IQ scores, severe psychological disturbance, nosocomial infection, and child abuse.”</p> <p>“Institutionalized children in Russia have been reported to be vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems, homelessness and suicide.”</p>	<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, p. 162</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p. 715</p> <p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus, 2000, p. 474</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010.</p>
Low birth weight / prematurity/ failure to thrive	<p>“(…) 26 had low birth weights, the latter having been delivered prematurely.”</p> <p>“Close to two thirds (63%) were black, one fourth were premature, slightly more than one fourth (26%) were low birth weight, 44% were drug or alcohol exposed in utero based on toxicology reports, and almost 1 in 10 (9%) were HIV positive at birth.”</p> <p>“Half were premature and had neonatal problems related to prematurity.”</p> <p>“Numerous studies have shown that abandoned infants are at an increased risk for failure to thrive, developmental delay, decline in IQ scores, severe psychological disturbance, nosocomial infection, and child abuse.”</p> <p>“The girls and women who become pregnant in this environment often give birth to babies who are sick and premature.”</p> <p>“The abandoned infants were also more frequently preterm and low birth weight (…)”</p> <p>“(…) the unwanted pregnancies are, in addition, very often accompanied by pathologies and preterm births(…)”</p>	<p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p. 714</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 208</p> <p>Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara, 1990, p. 475</p> <p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus, 2000, p. 474</p> <p>Renee Denise Boss, 2008, p. 110</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p. 7</p> <p>Olga Issouпова, 2000, p. 81</p>

	“(…) slower intellectual and emotional development, lack of bonding, and higher incidence of failure to thrive.”	Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p. 5
Health problems / disability	<p>“(…) more likely to suffer from poor health, physical underdevelopment and deterioration in brain growth, developmental delay and emotional attachment disorders.” “Physical under-development such as weight, height, and head circumference are below normal. Often these children have hearing and vision problems from poor diets and under stimulation.”</p> <p>“The hospital is considered an unsuitable environment for infants because of lack of appropriate stimulation for growth and increased possibility of nosocomial infections.”</p> <p>“(…) the ones who remained in the institution were more disabled.”</p> <p>“(…) increased risk of health problems and maltreatment (…)”</p> <p>“Close to two thirds (63%) were black, one fourth were premature, slightly more than one fourth (26%) were low birth weight, 44% were drug or alcohol exposed in utero based on toxicology reports, and almost 1 in 10 (9%) were HIV positive at birth.”</p> <p>“(…) intrauterine growth retardation that put them at risk for medical problems in the neonatal period or were being evaluated for drug withdrawal syndrome.”</p> <p>“Numerous studies have shown that abandoned infants are at an increased risk for failure to thrive, developmental delay, decline in IQ scores, severe psychological disturbance, nosocomial infection, and child abuse.”</p> <p>“(…) extremely difficult to care for a multiply medically handicapped child (…)” “Because they are so ill, they rarely tolerate being held or touched, and spend their lives alone in an incubator.”</p> <p>“Infants abandoned in this study were significantly more likely to be infected with HIV (…)”</p> <p>“(…) the unwanted pregnancies are, in addition, very often accompanied by pathologies and preterm births(…)”</p> <p>“Institutionalized children in Russia have been reported to be vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems, homelessness and suicide.”</p> <p>“(…) accompanied children needed less restraints or sedation.” “Crying was a health risk for young children with heart conditions who needed to be held.”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, pp. 212, 214</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p. 716</p> <p>Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr, 2013, p. 64</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, pp. 202, 208</p> <p>Merceline M. Dahl-Regis, Benjamin I. Oyefara, 1990, p. 475</p> <p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus, 2000, p. 474</p> <p>Renee Denise Boss, 2008, pp. 110, 111</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Maljutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p. 7</p> <p>Olga Issoupova, 2000, p. 81</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010.</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p.5</p>
Lack of relationship competences / emotional disorders	<p>“(…) more likely to suffer from poor health, physical underdevelopment and deterioration in brain growth, developmental delay and emotional attachment disorders.” “(…) children who spent their early lives in poor conditions, often deprived of interaction with others, were found to show quasi-autistic behaviors, such as face guarding, or stereotypical self-stimulation behaviors (…)</p> <p>young children learn not to be sociable.”</p> <p>“(…) the overwhelming majority displayed incompletely formed and aberrant relationships with their caregivers.”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, pp. 212, 213</p> <p>Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr, 2013, p. 66</p>

	<p>“(…) severidade dos danos no desenvolvimento psicoafetivo, denominada “hospitalismo”; sendo que a privação total, por sua vez, pode aniquilar a capacidade da criança de estabelecer relações futuras com outras pessoas.”</p> <p>“(…) slower intellectual and emotional development, lack of bonding, and higher incidence of failure to thrive. “</p>	<p>Elisângela Boïng; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 213</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p.5</p>
Cognitive impairment	<p>“Abandoned children are more vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems and homelessness, and suicide when they reach adolescence”</p> <p>“(…) institutionalized had smaller brain volumes.”</p> <p>“Institutionalized children in Russia have been reported to be vulnerable to developmental delay, cognitive impairment, chronic health problems, homelessness and suicide.”</p>	<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, p. 162</p> <p>Charles A. Nelson III, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah, Jr, 2013, p. 67</p> <p>N. Yelissinova, A.M. Grjibovski, A. Yelissinova, T. Rakhypbekov, Y. Semenova, Z. Smailova, S. Meirmanov, 2015, p. 1010.</p>
Traumatic feelings/ disorders (feelings of loneliness, boredom, fear, sadness, pain, anxiety, etc)	<p>“The nurses sought to lessen the children’s fears of loneliness, pain, and isolation by nurturing their emotional needs.” “(…) feelings of despair, anger and anxiety (…)”</p> <p>“Chorou muito, gritava movimentando bruscamente as pernas, os braços e a cabeça.”</p> <p>“She began by describing the loneliness of the little girl who wanted to come out of her room (…)” “Aloneness meant sadness, fear, uncertainty, and boredom for these children.” “(…) feelings of abandonment, lack of trust, and anxiety for the children (…)”</p> <p>“(…) infants who were deprived of affective reciprocity were sad and apathetic.” “(…)that children suffer negative effects from hospitalization, including separation anxiety, nightmares, and irritability.” “Some effects are akin to posttraumatic stress disorder (…)” “(…) manifestations as separation anxiety, detachment, regression, sadness, apathy or withdrawal, fears of the dark or health care personnel, hyperactivity, aggression, sleep disturbances, eating disturbances, and enuresis (…)”</p>	<p>Karla Zengerle-Levy, 2006, pp. 226, 229</p> <p>Elisângela Boïng; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 220</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, pp. 2, 6</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p.471</p>
Future problems /incapacity	<p>“(…) sus vidas transcurren de manera anónima y sin futuro alguno en un hospital; en el mayor de los casos es el estado y no la sociedad quien indirectamente lo utiliza como sustituto de un hogar que jamás tendrán.”</p> <p>“(…) severidade dos danos no desenvolvimento psicoafetivo, denominada “hospitalismo”; sendo que a privação total, por sua vez, pode aniquilar a capacidade da criança de estabelecer relações futuras com outras pessoas.”</p>	<p>Eliéxer Urdaneta-Carruyo, Yenny Adalí Rodríguez-Sánchez, Juan Carlos Dorta Vergara, Adriana Vanesa Urdaneta-Contreras, 2008, p. 78</p> <p>Elisângela Boïng; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 213</p>
Less medical attention / increased caretaker attention	<p>“(…) for the abandoned child, and the medical efforts extended in his behalf are frequently minimal.” “These children may receive inadequate physical and laboratory examinations because their problems are not so much physical as social.”</p> <p>“In the ED was the accuracy of unaccompanied adolescents’ history or their exposures to violence.” “(…) increased dependence on multiple caretakers when parents were absent that affected safety and continuity.”</p>	<p>Theodore Kushnik; Dorothy M. Pietrucha; Judith B. Kushnik, 1970, p. 361</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p. 5</p>

Tabela 5 – Question 3 – What are the nursing interventions when caring for these children?

Category	Citation	Reference
Knowledge (prepared teams)	<p>“(…) healthcare personnel associated with the caretaking of an abandoned baby should possess adequate knowledge regarding this act.”</p> <p>“HIV-positive mothers frequently reported that instead of receiving counseling and support they were stigmatized and treated with disrespect, condemnation and rudeness in general medical facilities, where personnel were unprepared to deal with HIV.”</p> <p>“Parents should be more listened to, accompanied by professionals and well informed about their child prognosis and all care alternatives before making their decision.” “Elles reflètent aussi les carences de certains postes, le manque de stabilité de certains personnels et la multiplicité d'intervenants, l'absence de formation professionnelle.”</p> <p>“(…) train health care workers and social service providers to work with families, foster families, and residential care programs for abandoned children.”</p> <p>“Training of healthcare professionals during PMTCT scale-up is likely to have reduced stigmatising and discriminatory attitudes towards HIV-infected pregnant women, recognised as a factor potentially contributing to abandonment earlier in the epidemic (…)”</p> <p>“(…) postpartum team should be frequently trained on successful lactation management so that they are able to promote, protect and support breastfeeding.”</p> <p>“Higher levels of nursing education corresponded positively to attitudes regarding parental participation.”</p>	<p>Aritra Guha; Akash Rai; Dipankar Gupta; Rakesh Mondal, 2019, p. 338</p> <p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, p. 166</p> <p>Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset, 1996, pp. 1, 9</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 207</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p. 6</p> <p>Banphot Buranasin , 1991, p. 220</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 473</p>
Prevention before delivery	<p>“HIV-positive mothers often did not receive either antenatal care or perinatal HIV prophylaxis.” “HIV-positive mothers frequently reported that instead of receiving counseling and support they were stigmatized and treated with disrespect, condemnation and rudeness in general medical facilities, where personnel were unprepared to deal with HIV.” “(…) increasing the voluntary use of contraception among HIV-positive women as an inexpensive, effective approach to reducing unintended pregnancies.”</p> <p>“(…) decrease the prevalence of abandonment by targeting high-risk groups and providing pre-conceptional and prenatal care counseling as well as encouraging ongoing parental bonding with premature infants.”</p> <p>“A variety of preventive services for the mother have also been proposed. These include targeting high-risk mothers during pregnancy, increasing the amount of and improving the quality of prenatal care for expectant mothers (…)” “The women-focused aspects of the services include such things as having child care and transportation, providing services to siblings, incorporating women's health care services at the site, working with women to enhance their empowerment and self-esteem, and providing women-focused substance abuse treatment.”</p> <p>“The important value of rooming-in and breastfeeding should be introduced to mothers and their families before delivery through various types of health education programs, particularly during ante natal visits.”</p>	<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, pp. 166, 168</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p. 716</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, pp. 207, 209</p> <p>Banphot Buranasin , 1991, p. 220</p>

Development stimulation	<p>“Language stimulation that parents provide creates a positive environment for the infant and also makes a difference in the infant’s cognitive-linguistic development.” “(...) provide opportunities for social interactions such as: ‘bathing, soothing hurts and anxieties, bedtime rituals and comforting in the middle of the night. These [important] activities promote... trust and confidence in the caregivers, while deepening and strengthening the attachment relationships.”</p> <p>“The hospital is considered an unsuitable environment for infants because of lack of appropriate stimulation for growth (...)”</p> <p>“The nurses helped him meet some developmental milestones.”</p> <p>“A maternagem atua como fator de proteção para o desenvolvimento do bebê abandonado, promovendo saúde mental.”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, pp. 211, 212</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p. 716</p> <p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p. 47</p> <p>Elisângela Boïng; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 219</p>
Daily care /comfort	<p>“(...) come in early to play with babies and make time during shift to stop by.” ““The kids needed their clothes washed and they had no parents to do it for them.” “(...) spend time outdoors.” “(...) they converted two unused rooms into a nursery and playroom just for boarders.”</p> <p>“Substitutes for the parents are needed, ward staff are likely to be those with whom the children have most regular contact (...)”</p> <p>“Nesses momentos, além da alimentação, oferecia-lhe cuidados de higiene, conversava com ele, traduzindo em palavras seus prováveis sentimentos, dizia-lhe que seria muito amado pela sua nova mãe e que eu, como sua amiga, já gostava muito dele. Cantava sua cantiga, e dava-lhe bastante colo na “posição canguru”, que se tornou sua posição de colo preferida. Nesta posição o bebê é contido verticalmente, de frente, na parte superior do tronco do cuidador.”</p>	<p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, pp. 46, 47</p> <p>Catriona Hood, 1976, pp. 249</p> <p>Elisângela Boïng; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 219</p>
Promote parental bonding: skin-to-skin contact, breastfeeding and rooming-in (prevention after delivery)	<p>“Encourage breastfeeding on demand.” “Keeping the mother and child close and ensuring that the child is continuously breastfed are important elements of bonding between the mother and child.” “Show mothers how to breastfeed and how to maintain lactation even if they should be separated from their infants.”</p> <p>“(…) decrease the prevalence of abandonment by targeting high-risk groups and providing pre-conceptional and prenatal care counseling as well as encouraging ongoing parental bonding with premature infants.”</p> <p>“(…) font l’annonce au père et à la mère en présence de l’enfant. Dans ces lieux, il y a en moyenne moins d’abandons (...)”</p> <p>“If health care professionals and midwives are made aware of the importance of skin-to-skin contact and mother-child interaction in the first few days of the baby’s life, this may help work towards promoting a bond between the mother and baby, and thus reduce the number of parents abandoning their children.”</p> <p>“(…) changed the delivery room practices to 1 delivery per room, reduced the number of mothers in each postpartum room, and altered visiting practices. However, since introducing early contact with suckling and rooming-in reduced the infant abandonment rates in other countries.”</p> <p>‘Baby-Friendly’ initiatives in maternity wards, introduced in Ukraine in 2000, have been associated with decreases in infant abandonment in the general population (...)”</p> <p>“(…) shows that early suckling and rooming-in are of prognostic value for the first breastfeeding and predominant breastfeeding</p>	<p>Fred Ross III, 2012, pp. 201, 206</p> <p>Mehnur Abedin, Michal Young, Madhavar R. Beeram, 1993, p. 716</p> <p>Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset, 1996, p. 6</p> <p>Kevin Browne, Shihning Chou, Kate Whitfield, 2012, p. 47</p> <p>Natalya M. Lvoff; Victor Lvoff; Marshall H. Klaus, 2000, p. 475</p> <p>Heather Bailey, Igor Semenenko, Tatyana Pilipenko, Ruslan Malyutab, Claire Thornea, and Ukraine European Collaborative Study Group, 2010, p. 6</p> <p>Banphot Buranasin , 1991, p. 219</p>

	(...)"	
Minimize negative outcomes	<p>"En los países desarrollados, la posibilidad de hospitalización domiciliaria representa una importante alternativa para estos pacientes."</p> <p>"The nurses' practice of storytelling helped the children appreciate they were understood, and in a sense, not alone in their experience."</p> <p>"(...) nurses attempted to minimize negative outcomes."</p> <p>"These nurses employed many effective therapies in their interactions with the children, including talking, touching, playing music, using play and humor, storytelling, and giving unconditional love."</p>	<p>Eliéxer Urdaneta-Carruyo, Yenny Adalí Rodríguez-Sánchez, Juan Carlos Dorta Vergara, Adriana Vanesa Urdaneta-Contreras, 2008, p. 78</p> <p>Karla Zengerle-Levy, 2006, pp. 229, 230</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p. 6</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 472</p>
Nurturing their emotional needs	<p>"I'd put her in my lap to feed and sooth her (...)"</p> <p>"The nurses sought to lessen the children's fears of loneliness, pain, and isolation by nurturing their emotional needs." "(...) practice to nurture the emotional needs of the young child – to provide security, love, nurturance, and connection." "The nurses' practice of storytelling helped the children appreciate they were understood, and in a sense, not alone in their experience." "The nurse explained to the child that her feelings were natural (...)"</p> <p>"Nurses reported that they compensated for parents' absence by spending more time, getting more attached, advocating, playing, taking on a parenting role, or holding and rocking these young children."</p> <p>"These nurses employed many effective therapies in their interactions with the children, including talking, touching, playing music, using play and humor, storytelling, and giving unconditional love."</p>	<p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p. 47</p> <p>Karla Zengerle-Levy, 2006, pp. 227, 228, 229, 230</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p. 5</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 472</p>
Giving unconditional love	<p>"Giving unconditional love was not something the nurses were taught, rather they learned it experientially from their childhood and from their own children. Based on personal experiences, the nurses believed love carried immense power."</p> <p>"These nurses employed many effective therapies in their interactions with the children, including talking, touching, playing music, using play and humor, storytelling, and giving unconditional love."</p>	<p>Karla Zengerle-Levy, 2006, p. 227</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 472</p>
Facilitate or strengthen their spiritual being	<p>"The nurses' practice of storytelling helped the children appreciate they were understood, and in a sense, not alone in their experience." "The nurses nourished the spirit of the children through practices that facilitated or strengthened their spiritual being: the abilities to give and receive love, hope, forgiveness; and faith in self, others, and often, the divine."</p>	<p>Karla Zengerle-Levy, 2006, pp. 229, 230</p>
Minimize hospitalization damage	<p>"Engaging with the young patients as children to minimize the objectification and fragmentation of their humanness (...)" "The practice of using humor to heal was another way the nurses received the patient as a child. The nurses described humor as healing in that it comforted by the pleasure it gave." "(...)help them cope with and understand what was happening to them (...)" "(...)returning the child to childhood (...)"</p> <p>"Nurses provide generous and exceptional care at this critical time to hospitalized children to compensate for the absence of parents and to provide a safe environment for unaccompanied children."</p>	<p>Karla Zengerle-Levy, 2006, pp. 228, 229</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p. 9</p>

	<p>“Nurses who cared for these babies found that they often had to bend the rules and become parent-like to the babies who had no parents in their lives.”</p>	<p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 472</p>
<p>Promote attachment / Sustaining human connections</p>	<p>“(…) provide opportunities for social interactions such as: ‘bathing, soothing hurts and anxieties, bedtime rituals and comforting in the middle of the night. These [important] activities promote... trust and confidence in the caregivers, while deepening and strengthening the attachment relationships.’”</p> <p>“(…) human connections nourished the children’s whole being. Data revealed the nurses’ talked to or with the children, used touch, and played music to potentiate healing.”“(…) think touching them (the children) is extremely important. I hold their hand, I rub their foot. I may put my hand on their head because I believe that the power of touch, concerned touch, has a soothing mechanism.”“(…) talking to the children during invasive procedures that involved conscious sedation.”</p> <p>“Neste mesmo dia iniciei a maternagem com o bebê. Na sala de psicologia, posicionei-o de frente para meu rosto e apresentei-me a ele como uma amiga, dizendo-lhe, também, meu nome. Pausadamente e em tom suave contei-lhe sua história (…)”</p> <p>“It was common for nurses to take young unaccompanied children to the nurses’ stations to interact with more people.”</p> <p>“Nurses who cared for these babies found that they often had to bend the rules and become parent-like to the babies who had no parents in their lives.”</p>	<p>Fred Ross III, 2012, pp. 212</p> <p>Karla Zengerle-Levy, 2006, p. 228</p> <p>Elisângela Boing; Maria Aparecida Crepaldi, 2004, p. 211</p> <p>Cristine Ann Roberts; Patricia Messmer, 2011, p. 6</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 472</p>
<p>Promote parental / family advice or/ and hospital presence</p>	<p>“We inform grandparents, who usually do not even know about the baby. They gladly come to take the baby home.”</p> <p>“Moral advice was bolstered up with the offer of material assistance, including clothing and food for the child.”</p> <p>“(…) efforts made by hospital staff to foster family contacts.”“(…) were relaxed about visiting hours (…)”“(…) maintaining links with the family, including receptive attitude of the staff at all levels to the family, good communication between all hospital staff, local authority services and voluntary agencies.”“(…) provision of overnight accommodation for parents (…)”</p> <p>“Overall, nurses promote parental presence with hospitalized children and continuity of the parent– child bond.”</p>	<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, p. 168</p> <p>Guy Brunet, 2011, p. 428</p> <p>Catriona Hood, 1976, pp. 247, 248</p> <p>Cristine A. Roberts, 2010, p. 473</p>
<p>Parental and social education</p>	<p>“(…) generalized education about services for HIV positive mothers and their families, reducing stigma and discrimination, and support for extended families (…)”“(…) harm reduction programs for drug-using women and their partners, assistance to marginalized families, tailored fostering and adoption programs, and specialized training in the care of perinatal HIV-exposed infants.”</p> <p>“(…) participant activement à l’organisation du retour au domicile de la mère et de l’enfant (…)”</p> <p>“(…) programs provide home-based services. The staff used most frequently as home visitors are social workers, nurses, counselors, and peer staff.”</p> <p>“(…) teaching family members first about the low risk of contracting AIDS from the child (…)”“(…) We simply sit and listen to the family talk about their anxieties, fears, and frustrations.”</p>	<p>Helena Zabina, Dmitry Kissin, Elena Pervysheva, Anna Mytil, Olga Dudchenko, Denise Jamieson, Susan Hillis, 2009, pp. 167, 169</p> <p>Annick-Camille Dumaret, Annyvonne Donnelly, Dominique J. Rosset, 1996, p. 8</p> <p>Penelope L. Maza, 1999, p. 209</p> <p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p. 48</p>

Children advocacy	<p>“(…) look out for babies, acting as advocates.”</p> <p>“Nurses and physicians witness the infant’s suffering, indeed are responsible for delivering painful treatments and interventions(…)” “(…) that a system of advocacy must be devised to limit medical therapies if it is in the infant’s best interest, even if the parent cannot be located.”</p>	<p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p. 47</p> <p>Renee Denise Boss, 2008, p. 111</p>
Connection with social services	<p>“(…) newborns were considered safe in the hospital where they did not need the immediate attention of child protective services.”</p> <p>“(…) family to get more help by referring them to social services.”</p> <p>“(…) maintaining links with the family, including receptive attitude of the staff at all levels to the family, good communication between all hospital staff, local authority services and voluntary agencies.”</p>	<p>Penelope L. Maza, 1999, p. 202</p> <p>Susan Doan-Johnson; Elisabeth McGinley, 1990, p. 48</p> <p>Catriona Hood, 1976, p. 248</p>

Apêndice IV

Norma de procedimento – Cuidados ao Catéter de Diálise Peritoneal, realizada em contexto de Internamento, Pediatria Médica

Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 134

RESUMO DAS REVISÕES:

<i>Nº DA REVISÃO</i>	<i>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</i>	<i>DATA DE ENTRADA EM VIGOR</i>	<i>EMISSOR</i>
00	DOCUMENTO INICIAL	_/_/____	Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
SERVIÇO/ÓRGÃO: Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	SERVIÇO/ÓRGÃO: Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	SERVIÇO/ÓRGÃO: Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro
NOME:	NOME:	NOME:
ASSINATURA:	ASSINATURA:	ASSINATURA:
DATA:	DATA:	DATA:

Unidade de Internamento de Pediatría Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 2

1. DEFINIÇÃO

As infecções relacionadas ao catéter de diálise peritoneal (DP) são um fator predisponente significativo para a peritonite relacionada à DP. A prevenção e tratamento de infecções relacionadas com o catéter têm como principal foco a prevenção da peritonite.

Tem-se como conceito que:

- A infecção do orifício de saída (OS) se defina como a presença de exsudado purulento, com ou sem eritema da pele na interface catéter-epiderme (não graduada).
- A infecção do túnel se defina como a presença de inflamação clínica ou evidência ultrassonográfica de coleção ao longo do túnel do catéter (não graduada).

As infecções secundárias aos catéters de diálise peritoneal (DP) continuam a ser maior causa de morbidade em crianças submetidas a DP.

A peritonite é mais comum na criança do que no adulto, e a maior causa para a conversão em diálise convencional.

2. OBJETIVOS

Geral:

- Prevenir a infecção do orifício de saída (OS) e a peritonite subsequente.

Específicos:

- Uniformizar comportamentos dos profissionais, que visem a prevenção da infecção associada ao catéter de diálise peritoneal e da peritonite.
- Executar os cuidados ao OS integrados na prática baseada na evidência.
- Desenvolver competências da equipa no sentido de integrar a criança e família nestes cuidados, através dos respetivos ensinamentos.

3. ÂMBITO

Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 3
--	---	---

Aplica-se à equipa de enfermagem a prestar cuidados à criança/jovem portador de catéter de DP, internada na Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro.

4. DESCRIÇÃO

As guidelines existentes (para a criança são de 2012, embora as do adulto tenham sido revistas em 2017), focam a importância do treino da equipa de enfermagem para a diminuição da taxa de infeção associada ao catéter de DP, bem como à minimização da peritonite. Pressupõe, quer na prática do profissional de saúde, quer no ensino aos pais/ cuidadores/ criança, a lavagem e secagem correta das mãos; o evitar a contaminação das mãos após lavagem (usar toalha/toallete para fechar a torneira) e, após lavagem com água e sabão, passar as mãos por solução alcoólica.

A formação da equipa de enfermagem surge como aspeto fundamental, recomendando-se um período de prática de 12 semanas com, pelo menos, 6 a 8 semanas de observação

Na prevenção da peritonite, o tipo de catéteres, a sua posição e localização são fatores que também podem ser determinantes. Importa que a equipa reflita e aja em conjunto, quer na prevenção, quer no diagnóstico, através das boas práticas e da interdisciplinaridade.

1. Sugere-se um catéter Tenckhoff de duplo cuff, com tunelização subcutânea lateral ou inferior, colocado por um cirurgião experiente.
2. Recomendação de profilaxia antibiótica, peri-operatória, 60 minutos antes da incisão.
3. A localização da saída do catéter deve evitar zonas de cintos, fraldas e ostomias, e nas crianças recomenda-se uma incisão fascial paramediana para evitar herniações e diminuir o risco de infeção pós operatória.
4. Recomenda-se a preparação intestinal e o banho com antisséptico na véspera.
5. A zona de saída (orifício de saída) não deverá ter suturas externas, deve ser redonda e pequena de forma a ficar justa ao catéter.

Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 4
--	---	---

6. O catéter deve ficar seguro junto da inserção de forma a minimizar tração e subsequente risco de infeção. Poderá ser usada cola biológica (cola à base de fibrina), em casos de necessidade imediata de uso do catéter.
7. Nos cuidados iniciais à inserção do catéter recomenda-se a mudança de penso (técnica asséptica) uma vez por semana, por profissionais de saúde de acordo com um protocolo standard, até que esteja cicatrizado.
8. A inserção deve ser limpa e coberta com penso semanal, a menos que o penso se encontre com repasse (seco ou líquido), até que a inserção esteja cicatrizada (pode levar cerca de seis semanas).
9. Deve evitar-se o banho/chuveiro durante esta fase (No período de cicatrização deve evitar-se a água naquela área, pelo que os banhos deverão ser evitados de forma a diminuir o risco de infeção e a maceração da pele.)
10. A realização do penso será com técnica asséptica, com máscara e luvas esterilizadas:
 - Limpeza na região circundante com compressas embebidas em solução de lavagem (Na limpeza, devem ser evitados o peróxido de hidrogénio e a iodopovidona que por serem citotóxicos podem lesar o tecido de granulação. Recomendam-se a solução salina ou a clorhexidina.).
 - Não remover crostas à força.
 - Usar outra compressa para limpar o catéter, desde o orifício de saída até à região mais distal do mesmo.
 - Secar gentilmente o orifício de saída com compressa seca até estar totalmente seco.
 - Deixar que o catéter caia na sua posição natural.
 - Cobrir totalmente o orifício de saída com compressas e segurar com adesivo.
 - Imobilizar o catéter por baixo do orifício de saída, de forma a restringir mobilizações.

<p>Unidade de Internamento de Pediatría Médica – Infecto, Gastro e Nefro</p>	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal</p>	<p>CÓDIGO NO Data: Pág. 5</p>
---	---	--

Nos locais de inserção de catéteres crónicos:

1. Recomenda-se limpeza com compressa e solução antisséptica, segundo protocolo específico de periodicidade e possível antibioterapia, visando a manutenção do orifício de saída limpo e seco, sem crostas, sem dor e sem inflamação. É pertinente manter uma correta imobilização para evitar trauma, bem como uma lavagem adequada das mãos, na manutenção.
2. A ISPD recomenda, à luz dos estudos existentes, a limpeza com compressas estéreis e soluções estéreis de antisséptico, preferencialmente, clorohexidina, hipoclorito de sódio ou octenidine, contudo sem uma frequência determinada (diário, dias alternados ou outro espaço de tempo).
3. Cada centro deve adaptar a rotina de **aplicação antibiótica local à incidência de infecção e aos agentes mais comuns**, podendo não ser necessária profilaxia. Contudo, a **aplicação de mupirucina ou gentamicina na inserção do catéter** é uma estratégia que tem tido bons resultados na redução da taxa de infecção (principalmente em infeções a *S. aureus*). Deve ter-se e, atenção que as pomadas com base em glicol polietileno não devem ser aplicadas em catéteres feitos de poliuretano, pois incrementam o risco de rotura.
4. Em alternativa à possibilidade de resistências associadas à mupirucina, há estudos que defendem o uso de gentamicina quer na redução de infeção a *Pseudomonas* como a *Staphylococcus aureus*; Refere-se ainda como alternativa o uso de polisporina tripla coma vantagem de baixo custo, alta tolerância e baixa resistência, mas que não pode ser recomendada por uma associação a aumento de infeção fúngica. **Estudos recentes referem a aplicação de mel, três vezes por semana, como profilático antimicrobiano.**
5. Recomenda-se a nistatina oral ou fluconazol durante a antibioterapia para reduzir risco de peritonite fúngica.

<p>Unidade de Internamento de Pediatría Médica – Infecto, Gastro e Nefro</p>	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal</p>	<p>CÓDIGO NO Data: Pág. 6</p>
---	---	--

6. Sugere-se antibioterapia profilática após contaminação intraluminal acidental (por ex.: desconexão acidental, furo no saco, contaminação da inserção pela fralda) para diminuir o risco de peritonite.
7. Recomenda-se profilaxia antibiótica antes de procedimentos dentários para evitar peritonite.
8. Recomenda-se profilaxia antibiótica antes de procedimentos cirúrgicos do trato gastrointestinal ou genitourinário com elevado risco de bacteriemia, de forma a prevenir peritonite.

No doente ostomizado:

1. O catéter deve ser colocado o mais distante possível do estoma (Nas crianças ostomizadas, o hipocôndrio direito deve ser o local de eleição para a colocação do catéter de diálise peritoneal).
2. A realização de uma gastrostomia deverá, preferencialmente ser feita antes ou em simultâneo que a colocação de um catéter de diálise peritoneal.
3. Caso o doente já tenha um catéter de diálise peritoneal, a abordagem para gastrostomia deverá ser aberta, caso ainda não tenha catéter, pode ser uma ou outra;
4. Durante a intervenção para gastrostomia, deverá ser feita profilaxia antibiótica e antifúngica.
5. Recomenda-se a oclusão do catéter de diálise peritoneal durante um ou dois dias pós gastrostomia.

Diagnóstico de peritonite:

1. Deve ser considerada na presença de um efluente turvo.
2. Deve ser feita colheita e análise do efluente peritoneal para cultura e contagem de células.

<p>Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro</p>	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal</p>	<p>CÓDIGO NO Data: Pág. 7</p>
---	---	--

3. Diagnóstico empírico caso os Leucócitos $> 100/\text{mm}^3$ ou mais de 50% sejam polimorfo nucleares.
4. Recomenda-se a centrifugação do efluente e a cultura do seu sedimento, ou em alternativa, que a cultura seja feita em frascos de hemocultura.
5. Sintomas a considerar como secundários à peritonite: febre, calafrios, alteração do tempo de preenchimento capilar, anorexia, vômitos, distensão abdominal e choque. (A dor abdominal não é específica e pode ser derivada de outros problemas).

Administração de antibioterapia:

1. Antibioterapia para tratamento de peritonite deve ser administrada intraperitoneal;
2. Nos doentes não anúricos que fazem tratamento com glicopeptídeos (p.ex. vancomicina) recomenda-se o doseamento sanguíneo (2 a 4 dias depois da primeira administração).
3. Recomenda-se administração contínua de betalactâmicos.

Antibioterapia empírica:

1. Sugere-se que a antibioterapia empírica deve ser adaptada à realidade mais frequente de cada unidade hospitalar/ centro de diálise.
2. Se possível, recomenda-se cefepime intraperitoneal como tratamento empírico.
3. Caso este não esteja disponível, recomenda-se uma cefalosporina de primeira geração combinada com ceftazidima ou um aminoglicosídeo.
4. Sugere-se a adição de um glicopeptídeo intraperitoneal ao cefepime ou a substituição de uma cefalosporina de primeira geração por um glicopeptídeo intraperitoneal se houver resistência do *S. aureus* ou o doente tiver história de SAMR.

Alterar antibioterapia para peritonite a gram-positivos:

1. Usar os testes de sensibilidade para direcionar terapêutica pós empírica.

<p>Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro</p>	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal</p>	<p>CÓDIGO NO Data: Pág. 8</p>
---	---	--

2. Se for identificada sensibilidade à cefazolina ou cefepime, recomenda-se a sua manutenção.
3. Suspende ceftazidima ou aminoglicosídeos iniciados de forma empírica.
4. Em doentes com *S. aureus* ou *Staphylococcus* coagulase negativa sem resposta à terapêutica até 72 horas, recomenda-se a adição de rifampicina.

Alterar antibioterapia para peritonite a gram-negativos:

1. Usar os testes de sensibilidade para direcionar terapêutica pós empírica.
2. Em doente a fazer antibioterapia empírica com glicopeptídeos, recomenda-se descontinuar essa terapêutica.
3. Se for identificada sensibilidade à ceftazidima ou cefepime, recomenda-se a sua manutenção excepto se forem isoladas *Pseudomonas*.
4. Se tiverem sido iniciados aminoglicosídeos empiricamente, recomenda-se a sua descontinuação a menos que sejam isoladas *Pseudomonas*.
5. Na presença de *Pseudomonas*, sugere-se a combinação de um segundo agente com distinto mecanismo de ação.

Alteração de terapêutica em peritonite com culturas negativas:

1. Se as culturas continuam negativas após 72 horas e os sinais e sintomas de peritonite estão melhorados, sugere-se a manutenção da antibioterapia empírica com cefepime, cefazolina, ceftazidima ou um glicopeptídeo seja mantida por duas semanas.
2. Sugere-se a descontinuação de uma aminoglicosídeo se às 72 horas se houver melhoria clínica e culturas negativas.

Alteração de terapêutica em peritonite fúngica:

1. Devido ao biofilme, recomenda-se terapêutica antifúngica e remoção do catéter.

Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 9

2. Após remoção do catéter, sugere-se terapêutica antimicótica durante pelo menos duas semanas ou até resolução completa de sinais clínicos.

Peritonite recorrente (quando após 4 semanas de final de tratamento, surge novo episódio ao mesmo agente):

1. Recomenda-se novamente a antibioterapia empírica, considerando a sensibilidade do agente.
2. Terapêutica pós empírica deve ser guiada por resultados de sensibilidade *in vitro*, evitando a cefazolina.
3. Sugere-se instilação intraluminal de um fibrinolítico quando não há evidência de infeção do túnel ou de abscesso intra-abdominal.
4. Recomenda-se a remoção do catéter assim que a infeção for controlada com a antibioterapia, para evitar recorrência.

Terapêutica coadjuvante:

1. Em doentes com desconforto abdominal, pode reduzir-se o volume inicial introduzido nas primeiras 24 a 48 horas.
2. Administração intraperitoneal de 500-1000 Ui/L de heparina até o efluente deixar o aspecto turvo.
3. Considerar administração de imunoglobulina G endovenosas em doentes com peritonite recorrentes ou em crianças com hipogamaglobulinémia e peritonite ou sépsis.

Remoção e substituição do catéter de DP:

1. Recomenda-se remoção a peritonite bacteriana refratária.
2. Recomenda-se remoção perante diagnóstico de peritonite fúngica.

<p>Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro</p>	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal</p>	<p>CÓDIGO NO Data: Pág. 1430</p>
---	---	---

3. Recomenda-se remoção em doentes com infeção do orifício de saída ou infeção do túnel subcutâneo, com peritonite à mesma bactéria (em particular *S. aureus* e *P. aeruginosa*).
4. Sugere-se remoção e substituição simultânea para infeção do túnel ou infeção refratária do orifício de saída.
5. Sugere-se remoção e substituição simultânea após limpeza do efluente peritoneal em repetidas peritonite bacterianas refratárias.
6. Sugere-se um período mínimo de 2 a 3 semanas entre a remoção e recolocação de catéter para peritonite fúngicas, entéricas ou bacterianas refratárias.

Diagnóstico de infeções relacionadas com o catéter:

1. Recomenda-se o uso de scores para avaliar o orifício de saída (edema: não 0, na inserção <0,5cm 1, adjacente ao túnel 2; crosta: não 0, <0,5cm 1, > 0,5cm 2; rubor: não 0, <0,5cm 1, > 0,5cm 2; dor ao toque: não 0, leve 1, moderada 2; exsudado: não 0, seroso 1, purulento 2) segundo Schaefer et al. (1999).
2. Sugere-se diagnóstico de infeção de catéter na presença de edema, rubor e flutuação peri-catéter (score 2 ou maior na presença de micorganismo, score igual ou maior a 4 independentemente de resultados culturais).
3. Sugere-se infeção de catéter na presença de edema, rubor ou flutuação na área subcutânea do catéter, mesmo sem exsudado purulento;
4. Deve ser feita uma monitorização frequente do orifício de saída do catéter de diálise peritoneal.

Tratamento da infeção relacionada com o catéter:

Sugere-se o início de antibioterapia oral para infeções sem complicações (scores maior ou igual a 4 ou maior ou igual a 2 com isolamento, sem envolvimento do túnel) durante

Unidade de Internamento de Pediatría Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 1441
--	---	--

um mínimo de duas semanas e pelo menos 7 dias após resolução de sintomas; recomendam-se pelo menos 3 semanas em infeções a *S. aureus* e *P. aeruginosa*.

1. Sugere-se início de antibioterapia apenas após resultados de culturas, a menos que haja sinais graves de infeção ou história de *S. aureus* e *P. aeruginosa*, para os quais se deve iniciar empiricamente; A administração poderá ser oral, endovenosa ou intraperitoneal a menos que se identifica SAMR (glicopeptídeo endovenoso o intraperitoneal) pelo menos 2 a 4 semanas.

Modificação de diálise peritoneal em ambulatório:

1. Sugere-se o prolongamento do tempo de dialisante para 3 a 6 horas, até que o efluente peritoneal venha claro.
2. Sugere-se uma prescrição de diálise automatizada durante a peritonite com tempo de dialisante prolongado se o antibiótico for administrado de forma intermitente, para que este permaneça pelo menos 6 horas na cavidade intraperitoneal.

Avaliação de resposta primária:

1. Para além da monitorização visual das características do efluente, sugere-se uma medição de um score de severidade de doença (dor: 0 - nenhuma, 1 – dor ligeira ou náusea sem necessidade de terapêutica, 2 – dor severa ou vômito, com necessidade de terapêutica, 3 – dor peritonítica com abdómen tenso ou *ileus* paralítico, ou ambos; febre: 0 < 37,5°C, 1 = 37,5 – 38,9°C, 2 > 38,9°C), segundo Schaefer et al. (1999) citado por Warady BA et al. (2012).

Falha na melhoria:

1. Repetir culturas de efluente e contagens de células, ao final de 72 horas sem resposta a terapêutica.

Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 1452

2. Procurar adequar antibioterapia empírica e pesquisar possíveis causas de infeção caso não haja melhorias nas primeiras 72 horas.

5. REFERÊNCIAS

Crabtree J, Chow K-J. Peritoneal Dialysis Catheter Insertion. *Seminars in Nephrology*, Vol 37, No1, January 2017, pp. 17–29.

Doi 10.1016/j.semnephrol.2016.10.004

Figueiredo A, et al. Comparison between types of dressing following catheter insertion and early exit-site infection in peritoneal dialysis. 2017. *Journal of Clinical Nursing* 26(21-22). 15p.

Doi: 10.1111/jocn.13738

Keswani M, et al. Risk factors for early onset peritonitis: the SCOPE collaborative. 2019. *Pediatric Nephrology* (2019) 34:1387–1394.

Doi 10.1007/s00467-019-04248-0

LaPlant M, et al. Peritoneal dialysis catheter placement, outcomes and complications. 2018. *Pediatric Surgery International* (2018) 34:1239–1244.

Doi 10.1007/s00383-018-4342-1

Martínez Ques, A et al. Effectiveness of different types of care for the peritoneal dialysis catheter exit site: a systematic review. 2013. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2013;11(9) 133 - 179.

Doi: 10.11124/jbisrir-2013-1088

Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 1463

Mushahar L, et al. Exit-site dressing and infection in peritoneal dialysis: a randomized controlled pilot trial. 2015. Peritoneal Dialysis International, VOL. 36, pp. 135-139.

Doi 10.3747 /pdi.2014.00195

Neu A, et al. Design of the standardizing care to improve outcomes in pediatric end stage renal disease collaborative. 2014. Pediatr Nephrol (2014) 29:1477–1484.

DOI 10.1007/s00467-014-2891-7

Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas - Guia de diálise peritoneal, um passo para a autonomia da pessoa. 2017. 75p.

Sethna, C, et al. Risk Factors for and Outcomes of Catheter-Associated Peritonitis in Children: The SCOPE Collaborative. 2016. Clin J Am Soc Nephrol 11: ccc–ccc, 2016.

Doi: 10.2215/CJN.02540316

Swartz S, et al. Exit site and tunnel infections in children on chronic peritoneal dialysis: findings from the Standardizing Care to Improve Outcomes in Pediatric End Stage Renal Disease (SCOPE) Collaborative. 2018. Pediatric Nephrology (2018) 33:1029–1035.

Doi 10.1007/s00467-018-3889-3

Szeto C-C, et al. ISPD Catheter-related Infection Recommendations: 2017 Update. 2017. Perit Dial Int. 37(2): 141-154.

Doi: 10.3747/pdi.201600120.

Wang H-H, Hung S-Y, Chang M-Y, Lee Y-C, Lin H-F, Lin T-M, et al. (2017) Bacterial colonization patterns in daily chlorhexidine care at the exit site in peritoneal dialysis patients - A prospective, randomized controlled trial. 2017. PLoS ONE 12(10): e0184859. 13p.

Unidade de Internamento de Pediatria Médica – Infecto, Gastro e Nefro	NORMA DE PROCEDIMENTO Cuidados ao catéter de diálise peritoneal	CÓDIGO NO Data: Pág. 1474

Doi 10.1371/journal.pone.0184859

Warady BA et al., Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: 2012 update (International Society for Peritoneal Dialysis - ISPD). 2012. Peritoneal Dialysis International, Vol. 32, pp. S32-S86.

Doi: 10.3747/pdi.2011.00091

Wishart T, Aw L, Byth K, Rangan G, Sud K. A Retrospective Sequential Comparison of Topical Application of Medicated Honey and Povidone Iodine for Preventing Peritoneal Dialysis Catheter-Related Infections. 2018. Peritoneal Dialysis International, Vol. 38, pp. 302–308.

Doi: 10.3747/pdi.2017.00224

Wong P-N, et al. Alternating mupirocin/gentamicin is associated with increased risk of fungal peritonitis as compared with gentamicin alone – results of a randomized open-label controlled trial. 2016. PDI in Press. 7p.

Doi:10.3747 /pdi.2015.00237

Yap D, Yip T. Diagnosis and Management of Exit Site Infection in Peritoneal Dialysis Patients – Chapter 6. 2016. 12p.

Doi 10.5772/63769

Apêndice V

Sessão informativa realizada no Internamento, Pediatria Médica, com o tema:
“Enfermagem baseada na evidência: Tipos de revisões e pesquisa em bases de dados”

Plano de Sessão - “Enfermagem baseada na evidência: Tipos de revisões e pesquisa em bases de dados”

Objetivo: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e Família no contexto de internamento em pediatria.

Formador: Marta Pinto

Método: Expositivo

Recurso: Computador na Sala de Enfermagem

Duração: 15 minutos de exposição e 15 minutos para dúvidas, discussão e feedback da sessão.

Conteúdo:

- Apresentação do tema
- Contextualização da sessão/exposição dos resultados do diagnóstico de necessidades formativas
- Apresentação dos objetivos da sessão
- Introdução aos conceitos de revisão/investigação
- Tipos de revisão
- Como fazer uma revisão
- Onde e como pesquisar
- Importância para a prática

Esta formação foi feita após o diagnóstico de situação que levantou a necessidade de realização de uma norma sobre os cuidados ao catéter de diálise peritoneal, mais especificamente na realização do penso. Neste contexto, e de forma a poder deixar espaço para a continuidade do meu trabalho, revelou-se pertinente a realização de uma revisão à equipa sobre a pesquisa em bases de dados e sobre a forma de transladar para a prática a maior evidência científica.

Na sessão estiveram presentes 7 elementos da equipa de enfermagem (incluindo a Enf.^a Chefe), tendo sido avaliada a sua pertinência por feedback oral no final da sessão. A equipa foi unânime no que se referiu à sua pertinência e contributo para a melhoria da sua prática, tendo sido aferido como conseguido:

- A satisfação das expectativas face à sessão

- O cumprimento dos objetivos propostos
- A utilidade para a qualidade da prática profissional
- A adequação do material informativo proporcionado e da duração da sessão

A clareza e domínio dos apresentados, tendo a transmissão de informação sido feita de forma clara e objetiva.

Enfermagem baseada na evidência: Tipos de revisões e pesquisa em bases de dados



Trabalho realizado por:
Marta Pinto (aluna ESIP ICS-UCP)

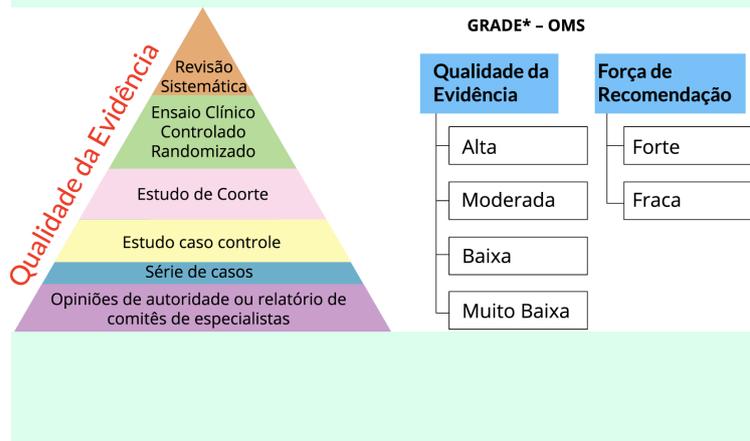
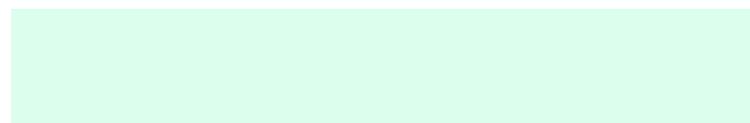
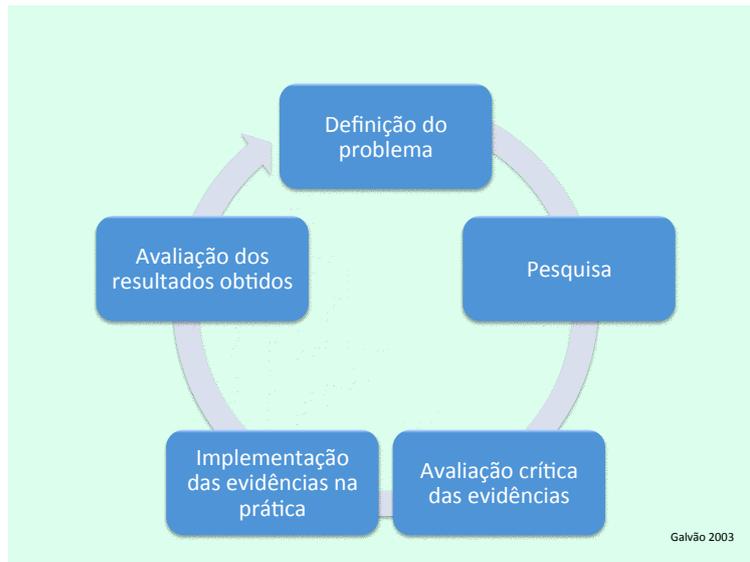
Orientação :
Prof.^ª Sílvia Caldeira
Enf.^ª Rita Martins

Sumário

- Introdução aos conceitos de revisão/investigação
- Tipos de revisão
- Como fazer uma revisão
- Onde e como pesquisar
- Importância para a prática

Revisão – Estado da arte

- A investigação é um processo criativo
- Inicia-se com uma questão (questão de investigação), para a qual procuramos uma resposta
- Suportamos a nossa prática na evidência existente
- Vamos procurar estudos sobre o nosso problema



Revisão Sistemática de Literatura

- Síntese de evidências
- Avalia de forma crítica e interpreta todas as pesquisas relevantes disponíveis para uma questão/ fenômeno/ campo de conhecimento
- Estudos primários
- Utiliza um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial e reprodutível, que localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos para obter uma visão geral e confiável da estimativa do efeito da intervenção

- Revisão Sistemática de literatura:
Estratégia PICO (População; Intervenção;
Comparação ou controle; Outcome –
resultado)
- Scoping review (mapeamento de
conhecimento):
Estratégia PCC (População, Conceito;
Contexto)

Como pesquisar em bases de dados?

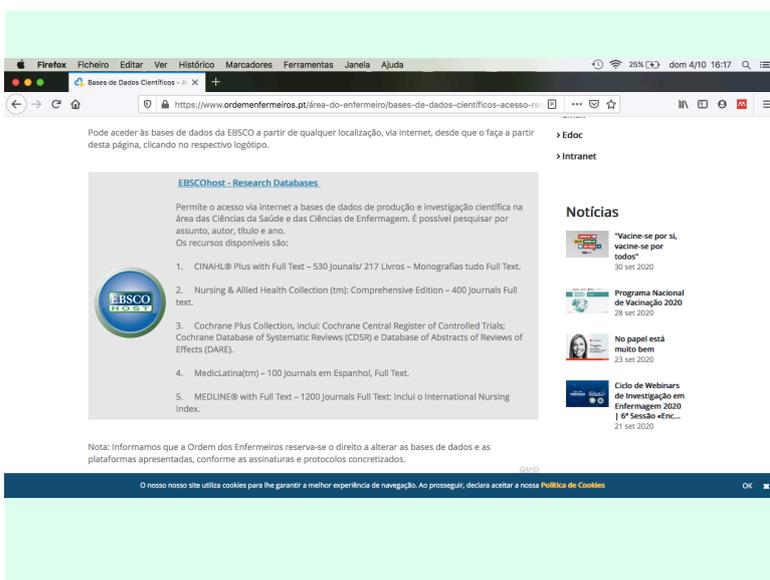
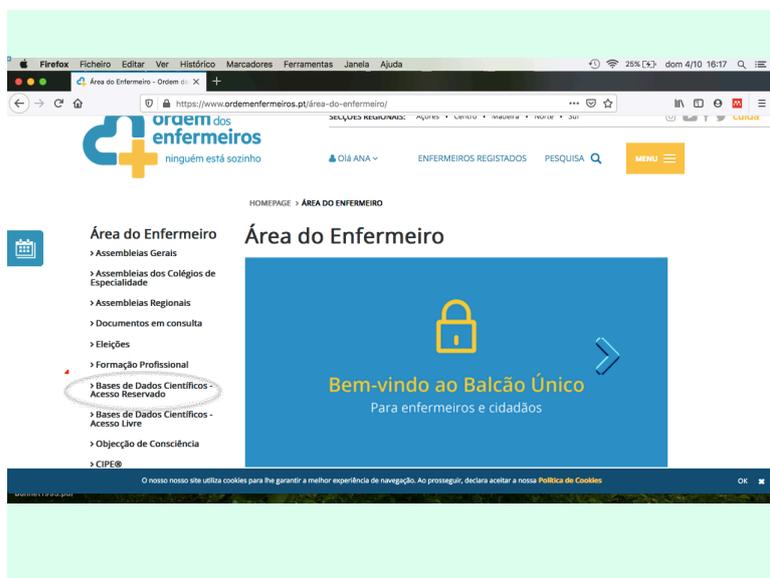
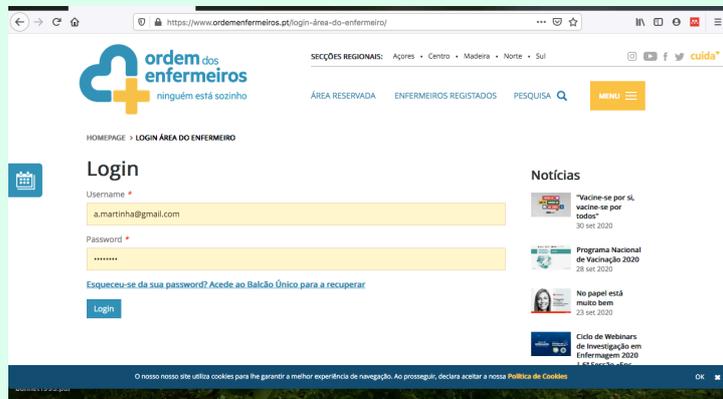
- DOI (digital object identifier)
- Descritores (palavras formalmente
classificadas em bases de dados)
- Palavras-chave (4 a 5 termos que descrevem
o artigo)
- Palavras de busca/pesquisa (descritores +
termos livres)

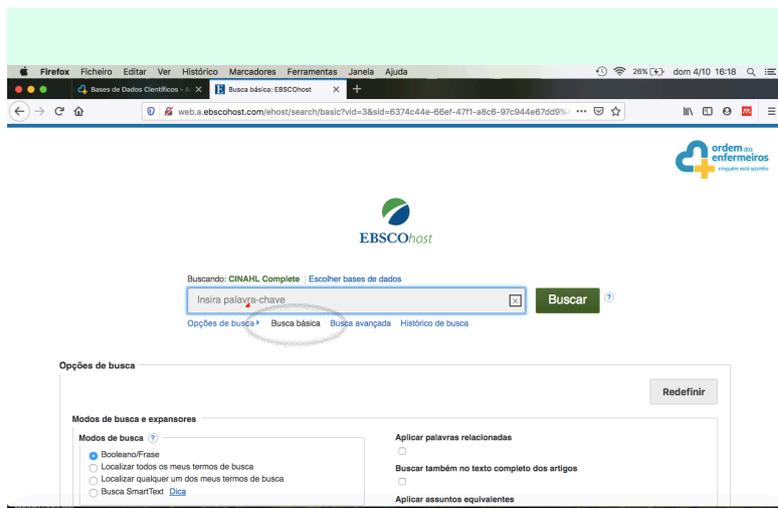
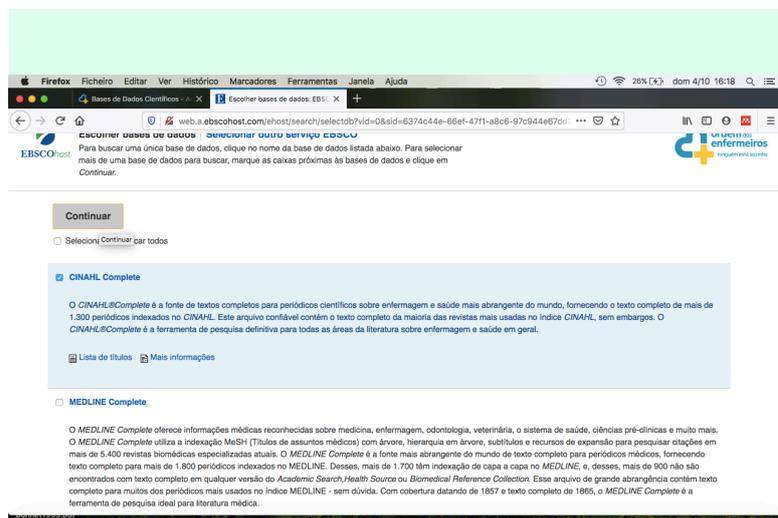
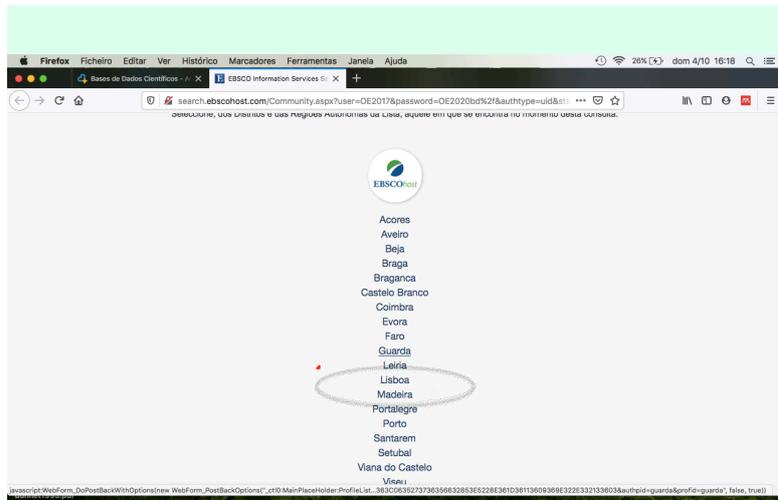
Bases de dados

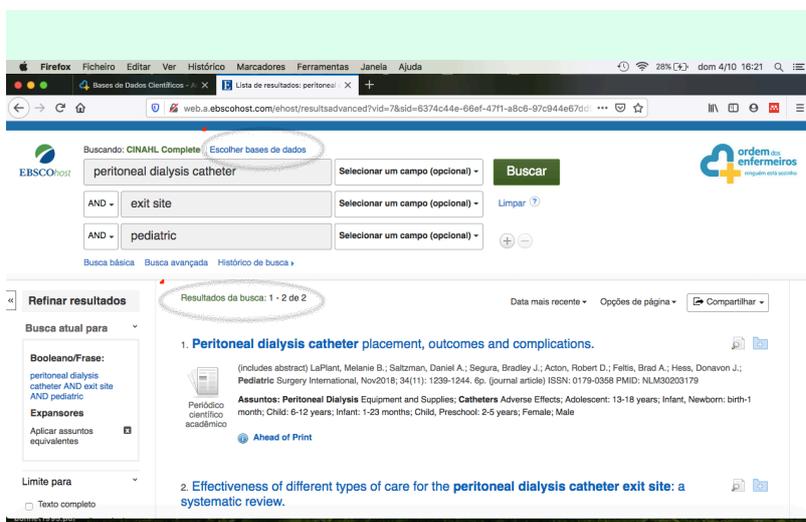
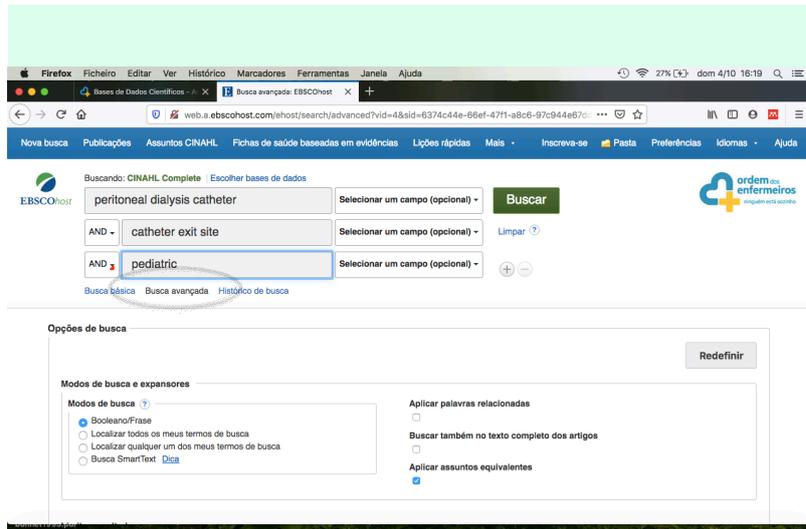
- PubMed
- EBSCO Host
- CINAHL
- MedicLatina
- Scielo

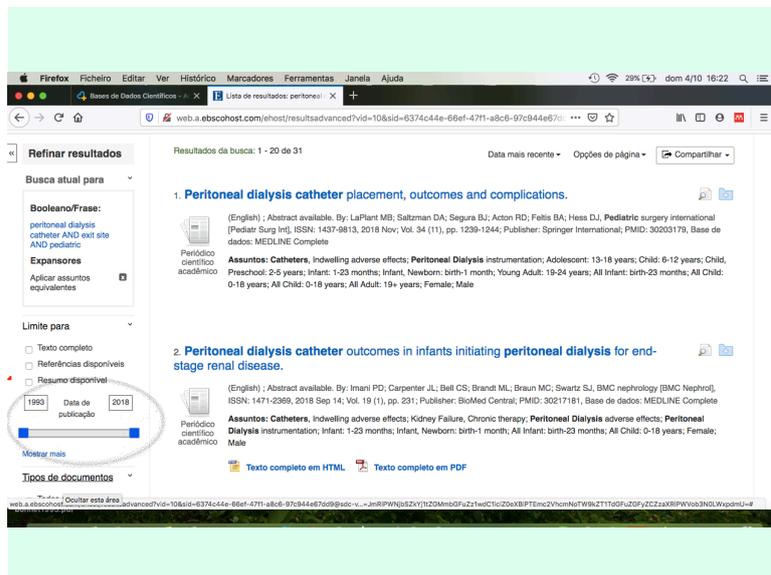
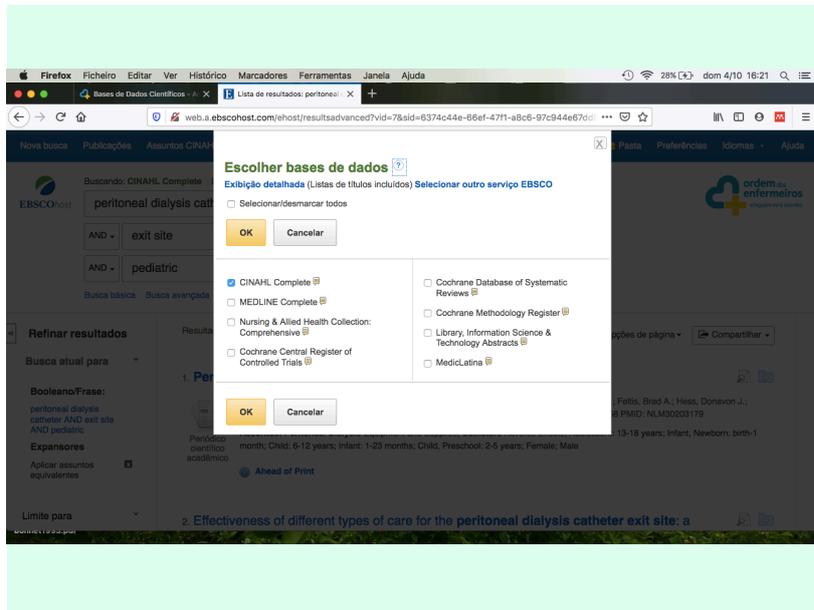
Como aceder?

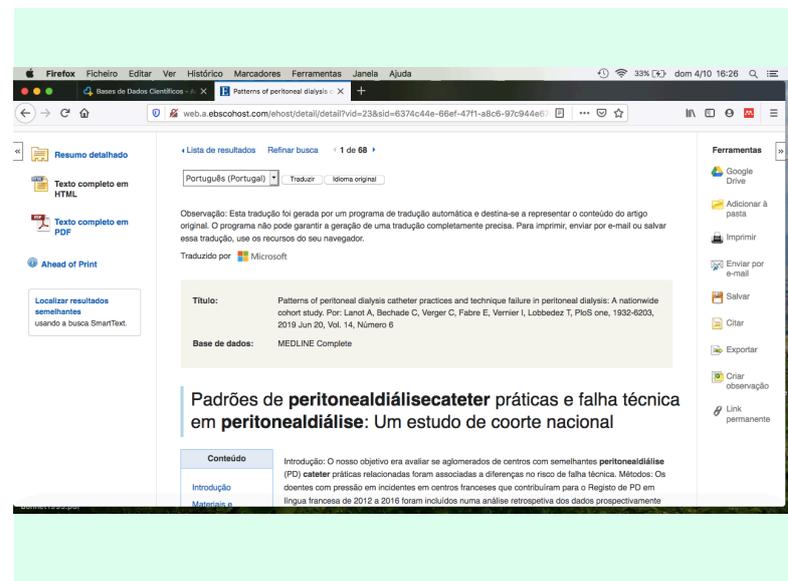
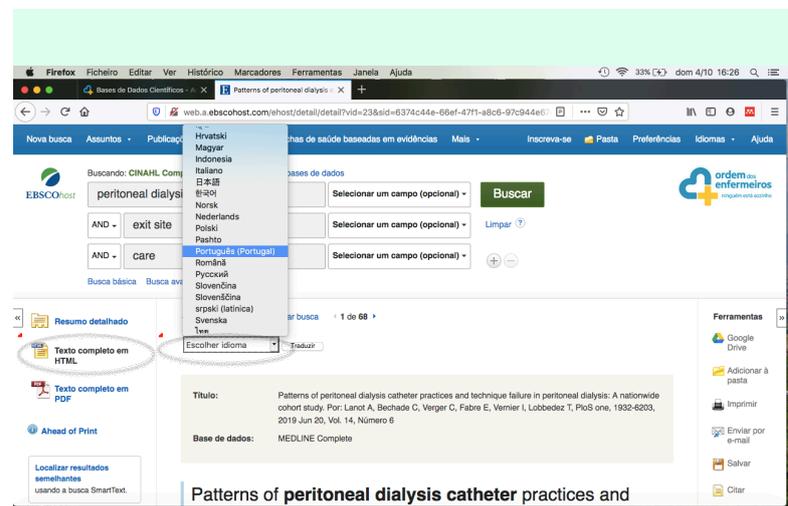
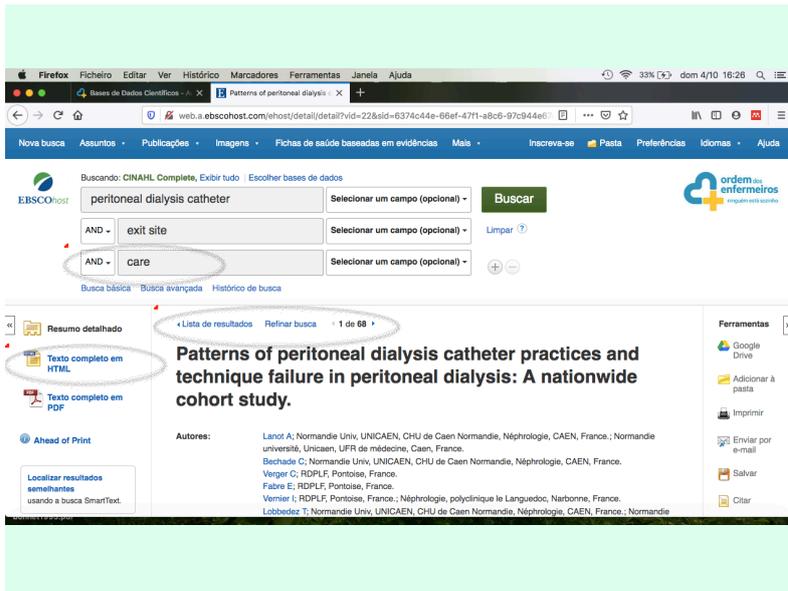
Site da Ordem dos Enfermeiros

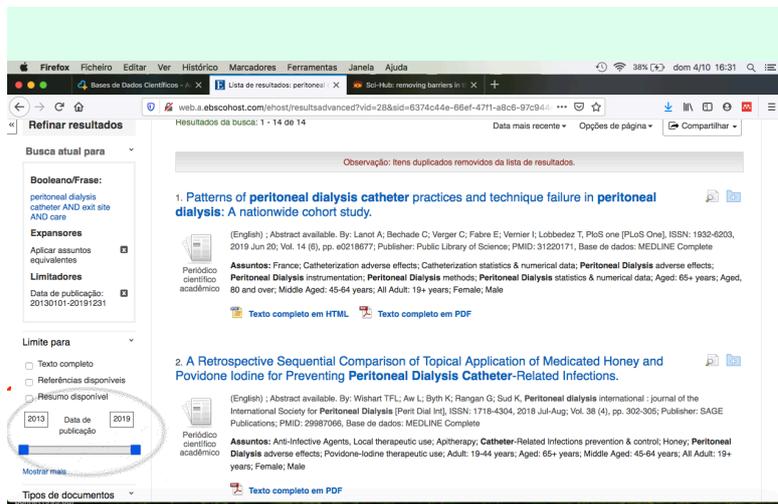
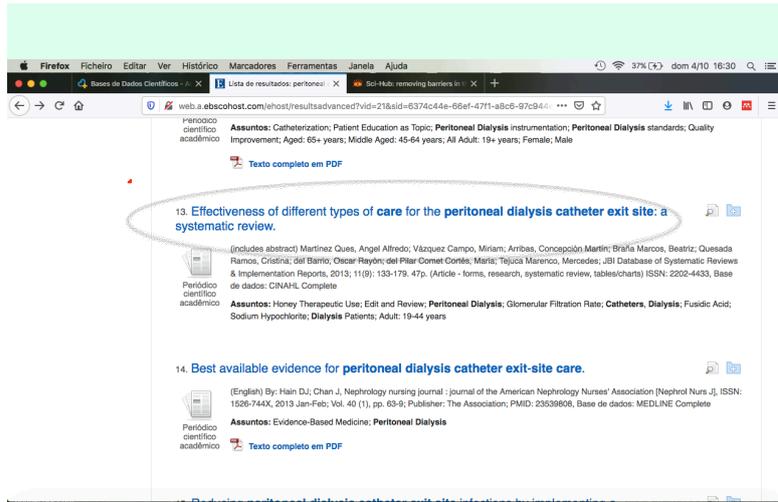








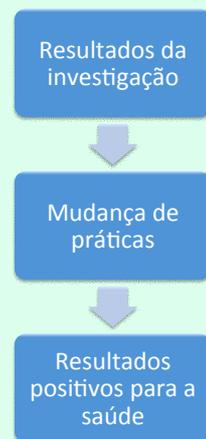




Revisão de literatura

- Identificação
- Triagem
- Escolha
- Inclusão

Translação de conhecimento



Obrigada!

Apêndice VI

Storytelling – Contos: “Um pequeno conto de grande guerreiros” e “Abel e o reino das caixinhas de vidro”, escritos para o Serviço de Neonatologi

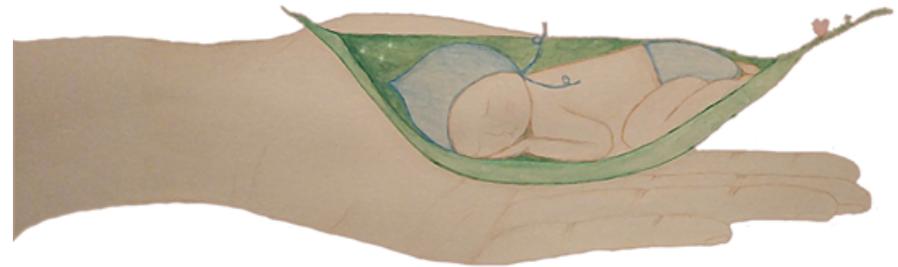
Autor: Marta Pinto (Aluna ESIP ICS UCP Lisboa)

Orientação: Prof.^a Doutora Sílvia Caldeira e

Enfermeira ESIP Carla Coimbra

Colaboração da equipa de enfermagem UCIN – CHULN – HSM

Lisboa, novembro de 2020



Um pequeno conto de grandes guerreiros

Esta é uma história de lágrimas e sorrisos, de amor e de esperança. É uma história de família, de pais e de filhos, de irmãos e de avós, de tios, de amigos... Acima de tudo, é uma história de pequenos guerreiros. Poderia começar com um era uma vez, mas nesta história essa vez é hoje, foi ontem e será amanhã. Enquanto houver amor, haverá um sem fim de histórias como esta.

Esta é uma história que será vivida lentamente, num tempo único. Uma história que começa com pequenos passos, os pequenos passos necessários para atravessar a entrada da Neonatologia e que conduzem a um caminho diferente para cada um que o percorre. Entrar por aquela porta é como passar um portal para outro mundo, para outra dimensão. À pele, chegam-lhes arrepios, à boca, o coração desenfreadamente palpitante pela angústia, pelo medo, pela ansiedade, pela expectativa. O inesperado

mescla-se com a alegria, a dúvida com a esperança, numa dimensão onde, a qualquer momento, a tristeza espreita. Os sentimentos que assolam cada um, embora avassaladores, são também eles únicos e vividos de forma diferente. De coração num desenfrear palpitante ali, inesperadamente, vão aprender a ser pais.

Lá dentro, espera ouvir-se o frequente choro de um bebé. Em vez disso, aquele reino de cristal é inundado pelos constantes apitos de máquinas assustadoras que não só preenchem o espaço como inundam a mente de quem nada percebe da sua função. Os ténues sons emitidos pelos prematuros reinantes naquele espaço, são abafados pela cacofonia da tecnologia, num mundo onde a imaturidade dos seus habitantes, não lhes permite um choro vigoroso. Um exército de pequenos corações que batem desenfreadamente, à espera de uma nova volta do sol.



Tudo é “mini”, neste grande mundo. Tudo, menos a vontade de viver. Quem diria que bebês aparentemente tão frágeis, alguns com uma pele quase translúcida, como se não passasse de uma película protetora, poderiam ser tão resistentes?! À sua maneira, vão encontrando a melhor forma de crescer, conquistando o seu lugar no mundo.

Enquanto lá fora, a chuva faz um barulho que pareceria estranho aos ouvidos dos pequenos bebês, dentro deste mundo, os habitantes vivem inocentes para esse exterior que os rodeia e que, um dia, os irá assoberbar. Muito sensíveis a todos os tipos de ruído, assustam-se facilmente. Vivem quentinhos, dentro de caixas de vidro. São caixas muito especiais e, ao contrário do que se possa pensar, os seus telhados de vidro não são frágeis. São muito fortes e protetores. Fortes, tal como os seus ocupantes.

Poder-se-ia julgar que pelo seu tamanho e pelo seu aspeto, teriam a mesma fragilidade dos comuns telhados de vidro. Aqueles que quebram com a mínima pedrada. Contudo, isso está errado. São sem dúvida, pequenos e frágeis, à sua maneira, ainda assim, não podem ser medidos aos palmos. São mais fortes e resilientes do que a sua aparência deixa prever. Exatamente como naquele conto infantil da *Polegarzinha*. Também ela de constituição frágil e pequena, aparentemente não preparada para enfrentar o mundo fora do conforto da casa sua mãe adotiva, mas que, no final, acaba por encontrar o seu lugar naquele pequeno mundo onde vivem tantos outros como ela.



Ora, esta história não é sobre personagens imaginários e sim sobre bebês reais. Bebês que ainda não estão prontos para sair das suas pequenas caixas de vidro. Que ainda não podem viver sem o calor daquelas paredes, semelhante ao calorzinho bom onde viviam quando estavam dentro da útero da mamã. Na verdade, na maioria das vezes, ainda não se aperceberam bem que já lá não estão dentro. Há momentos em que, de tão quietinhos na sua caixa, parece mesmo que ainda lá estão.

Talvez tivessem pressa de vir conhecer este mundo e de poder receber o olhar ternurento com que os pais os contemplam. Talvez tivessem pressa de descobrir o mundo fora do útero. Ou então, talvez tenha sido o corpo da mamã que não aguentou mais, que chegou ao seu limite, acabando por deixar sair, prematuramente, o seu habitante para fora de casa. Por vezes, mesmo quando as mães têm

muita vontade de os manter seguros dentro delas, o corpo, de tão fragilizado, sente a necessidade de os libertar mais cedo no inóspito mundo exterior. Por vezes, são tão pequeninos que não estão preparados para assumir o controlo da sua nova aventura e, nessas alturas, precisam muito que os guiem e os ajudem a superar os gigantes desafios dos primeiros tempos. Quando são tão pequeninos que cabem na palma de uma mão, tudo se torna mais difícil. É um grande choque sentir que foram abruptamente arrancados àquele lugar seguro e quentinho, onde viviam.

São tantas as histórias que se cruzam dentro daquelas paredes e que poderiam ser contadas. Cada uma única e diferente, para cada rosto que se esconde entre as escotilhas das incubadoras, cuidadosamente cobertas por mantas. Se falassem, cada bebé contaria a sua. Cada bebé



diria docemente aos seus pais como é bom tê-los ali. O quão importante é a sua presença junto a eles. O conforto daquelas mãos que os contêm e os ajudam a organizar, nos momentos em que se sentem mais perdidos, fora dos limites das paredes uterinas. Cada pai, por sua vez, seria autor de uma narrativa própria. Sentimentos partilhados por todos, mas vivenciados individualmente.

De cada olhar brotam lágrimas de angústia, alternadas com sorrisos ternurentos surgidos ao olhar para o seu rebento e muitas vezes mascarados pela cara da incerteza. Olhares silenciosos que pedem ajuda. Olhares preocupados que observam as atarefadas “tias” a cuidarem dos seus tesouros, ajudando-os a transpor um obstáculo de cada vez. Olhares de uma tal vulnerabilidade que, por vezes, transpõem a fragilidade de quem tenta encontrar o seu lugar naquele mundo mágico. Pais, também eles

prematturos, que se ajustam a uma nova realidade e que festejam a cada dia uma pequena grande conquista, ou choram perante uma regressão.

Pais que aprendem a vincular-se ao seu filho através de uma pequena janela, do toque de uma mão reconfortante, dos momentos em que lhes é possível iniciar aquele contacto pele a pele e partilhar essa intimidade com o seu bebé. Numa ginástica diária, aprendem a cada momento que fazem parte. Ganham confiança e sentimento de pertença, mesmo quando nos primeiros tempos se sentem meros espectadores. Como se estivessem a ver um filme, sentados numa cadeira, atentos a todos os gestos daqueles que cuidam do seu bebé, a todos os sons e reações que a sua criança tem.

Aprendem que estes guerreiros são diferentes. São especiais. Não gostam de muitos estímulos. Gostam de sossego, de se sentirem bem apertadinhos no seu ninho,



como se ainda estivessem no ventre da mãe. Gostam de tranquilidade. Não querem festinhas, nem movimentos bruscos. Não querem ser muito mexidos, pois precisam de tempo para maturar. Tempo para aprender a viver no mundo “fora de casa”. Não gostam de ruídos bruscos. Tudo neles é imaturo. Todos os estímulos são sentidos intensamente e os sons podem tornar-se ensurdecedores para os seus pequenos ouvidos.

Mas há algo de que eles precisam muito. De amor. Precisam do amor que os pais lhes trazem. O deles e o que vem no bolso, gentilmente colocado pelos que estão em casa, numa ansiosa espera pelo dia em que vão poder conhecer o bebé. Enviam este amor das mais diferentes e originais maneiras. Na forma do abraço de um amigo, de um desenho ou de uma mensagem de um irmão mais velho, através do olhar terno daquele avô, também ele de coração apertado, que deixou o seu filho à porta do

hospital. Pequenos gestos, aparentemente insignificantes, que transportam consigo pedacinhos da história daquele bebé. Começos de uma vida a construir.

Ao lado de cada caixa de vidro, está uma pequena cadeira, também ela guardadora de muitas histórias. Guarda preciosos momentos de colo que unem o bebé aos pais. Pequenos passos que os preparam para a parentalidade. Hoje um colinho, amanhã um pouco de canguru, depois um bocadinho de mama. Hoje uma canção de embalar, amanhã uma história contada por sussurros, um relato de amor ou a descrição da vida em casa. Sonhos partilhados, memórias em construção e que lhes podem ser transmitidas das formas mais simples e até nos momentos mais difíceis. Até quando tudo o que podem fazer é ficar do lado de fora da caixa, a contemplar, a falar baixinho, a



cantar para eles ou até a rezar. Poderia parecer pouco, mas é tanto!

Há dias muito felizes naquele mundo. Há dias em que tudo parece um carrossel de sonhos e outros há que se assemelham a uma montanha russa. No mesmo espaço, há vidas que experienciam grandes conquistas, enquanto outras sofrem grandes perdas. Os pequenos guerreiros vão, aos poucos, aprendendo a respirar sozinhos, sem ajuda daqueles tubinhos tão importantes que lhes empurram o ar para dentro dos seus pulmões imaturos. À medida que crescem e aumentam de peso, o seu corpo também vai aprendendo a controlar melhor a temperatura, até chegar o dia em que, finalmente, podem deixar a caixa de telhados de vidro e passar para uma caixinha sem telhado. Agora, têm de aprender a comer sozinhos. Ao seu ritmo. Lentamente, preparam a sua ida para casa.

Contudo, nem todas as histórias têm um final feliz. Há guerreiros que por mais especiais que sejam, não conseguem vencer a sua vulnerabilidade e, após muito lutarem contra a agressividade do mundo exterior, cheio de bichinhos invisíveis e de pequena ameaças que se tornam devastadoras, sucumbem na sua luta fora de casa.



Num canto da sala, sentada na pequena cadeira que tem por espaço, de cabeça encostada à escotilha da incubadora, de lisos cabelos soltos, meio caídos sobre a face, uma mãe dorme embalada pelo já habitual ruído daquele espaço, pelo rítmico *bip bip* acelerado, revelador do bater do coraçãozinho do seu bebê. Sob as pálpebras cerradas, movimentos oculares não conscientes refletem a história que se desenrola nos seus sonhos.

Sonha com uma criança de bochechas rosadas e gorduchas, enrolada nos seus braços, acabada de sair consigo da maternidade. Em casa, aprendem juntas como ser mãe e filho. Embala-o nos braços quando chora, leva-o ao peito quando tem fome, dá-lhe banho e muda-lhe as fraldas. Sonha com a criança que idealizou durante toda a gravidez. O bebê de termo, saudável e gordinho que a

sociedade tanto teima em publicitar. Ninguém a preparou para que pudesse ser diferente. Nunca pensou que o seu bebê não fosse como aquele da imagem, nem que o seu papel como mãe tivesse um começo condicionado por regras hospitalares, por horas de visita, por caixas de vidro e maquinaria médica. Sonha com um bebê que cresce, que começa a comer a papa e a sopa, que aprende a falar, a dar os primeiros passos, a correr e a brincar. Um feliz bebê de “anúncio”, a quem pode vestir as roupas lindas que comprou, podendo luzir o seu orgulho de mãe à vista de todos.

Acorda, sobressaltada, perante o irritante alarme de uma seringa verde, por onde o leite extraído do seu peito é entregue ao seu bebê prematuro, através de uma sonda que o conduz ao pequeno estômago. Estremece com a distância entre aquela sua realidade e a do sonho que acabou de ter. Contudo, sorri. Sorri por saber que o seu



leite, embora de outra forma, está a ser dado ao seu bebé. Sorri porque, mesmo na adversidade, aprendeu a ser mãe.

A realidade é bem diferente daqueles sonhos. Estas crianças são muito diferentes das crianças idealizadas. São pequenas e franzinas, de pele translúcida e cabeça grande, com dedos fininhos mas capazes de agarrar uma mão com tal intensidade que agarram diretamente o coração de quem lhes toca. Muitos destes bebés vivem numa luta diária, repleta de uma vontade e determinação tais que espantariam muitos exércitos. Cada pequena conquista é uma pequena vitória. Cada grama ganha é mais um pequeno passo em direção à alta. Alguns, de tão pequeninos e de tantas complicações que têm, acabam por se tornar bebés ainda mais especiais, com necessidades especiais. A imaturidade dos seus órgãos, por vezes, não é suficiente para vencer, dentro das caixinhas de vidro, todos os obstáculos que lhes surgem.

As hemorragias, as infeções, as enterocolites necrosantes, as displasias, as imunodeficiências, as persistências do canal arterial, as retinopatias da prematuridade, as atresias, os síndromes, as perturbações do desenvolvimento e do espectro do autismo, são algumas das palavras medonhas que poderão passar a fazer parte da vida destas novas famílias. E isto torna estas crianças menos queridas e menos merecedoras de todo o amor da família? Claro que não.

Estes pais vão aprender que, independentemente do desenrolar da sua passagem por este mundo neonatal, a sua história será regida pelo amor que os une. Pela ligação que têm com aquele filho que tanto amavam, antes mesmo de ser prematuramente arrancado ao útero da mãe, antes mesmo de os tornar pais precocemente. Se o medo impera em cada segundo, ele é acompanhado por todo o amor



nutrido entre eles. Estar ali para o seu bebé, pode parecer pouco aos olhos de muitos, mas é tanto aos olhos dos que ali vivem. As crianças aprendem, desde muito cedo, que são amadas, desejadas, acompanhadas. Fazem uma equipa com os seus pais. Uma equipa apoiada pelos profissionais de saúde que gravitam ao seu redor e os ajudam na lenta aquisição de competências que lhes permitirá ganhar asas e voar.

E é por isso que esta história não tem um final. O seu final é a aquele que cada um de vós tiver para contar. Poderá ser uma final menos desejado, poderá ser um final muito feliz. Poderá ser um final gritado aos quatro ventos, poderá ser um final guardado numa caixinha de recordações. Poderá ser um final partilhado ou poderá até ser deixado em aberto. Não importa como, será sempre um final de amor.



Abel e o reino das caixinhas de vidro

Autor: Marta Pinto (Aluna ESIP ICS UCP Lisboa)

Orientação: Prof.^a Doutora Sílvia Caldeira e

Enfermeira ESIP Carla Coimbra

Colaboração da equipa de enfermagem UCIN – CHULN – HSM

Ilustração: Enf.^a Rita Gonçalves

Lisboa, novembro de 2020



Num tempo não muito distante, existia um mundo cinzento e em forma de H. Era um mundo estranho, composto por pequenos reinos cinzentos, pontilhados por brancos, azuis e verdes. Lá dentro, viviam pequenos elfos hospitalares, de pés e mãos grandes, nariz afilado e orelhas pontiagudas. Percorriam os pequenos reinos, através de corredores e passagens secretas que mais ninguém conhecia. Quando o sol se punha, empunhavam as vassouras mágicas e distribuía-se em pequenos grupos para deixarem os reinos a brilhar, antes de um novo dia. Ninguém, lá dentro, sabia da sua existência. Os outros habitantes daquele mundo, entravam e saíam, ignorantes à existência destes arrumadores que combatiam as ameaças de pequenos bichinhos invisíveis que teimavam em entrar e atacar os habitantes que ocupavam as centenas de camas existentes nos pequenos reinos.

Ora, precisamente entre estes elfos, havia um mais pequeno e rebelde que sonhava em descobrir outros mundos. Como não lhe era permitido passar os portais colocados no

centro do grande H, pois os elfos estavam presos ao interior daquele mundo, por um antigo feitiço que os transformava em pó se passassem a linha invisível, o pequeno Abel, esgueirava-se, sempre que conseguia, para explorar os infundáveis recantos do cinzento H.

Não era fácil escapar à distribuição do trabalho e, muitas vezes, lá ia ele, de vassoura em punho, atrás dos seus irmãos, e como por magia, aplicava os pozinhos mágicos que lhe saltavam das cerdas da vassoura e que logo formavam uma barreira contra os bichos invisíveis. Assim, protegiam camas, cadeiras, paredes e tetos, suportes, grandes armários cheios de dispositivos assustadores e um sem fim de objetos usados pelos humanos daquele local. Num abrir e fechar de olhos, fazia o seu trabalho e, sorratamente, esgueirava-se para o seu reino preferido.

Ficava no alto de uma torre alta, protegido por uma grande porta roxa. Para a atravessar, era preciso uma palavra mágica conhecida por poucos. Abel não precisava dela, entrava pela estreita passagem secreta usada pelos elfos que cuidadosamente protegiam aquele reino. Quando



todos os elfos já tinham recolhido, poucas horas antes do nascer do sol, Abel colocava-se sob uma campânula invisível e vagueava pelo pequeno reino roxo.

Lá dentro, poderia esperar ouvir-se o frequente choro dos bebês, contudo, os sons emitidos pelos prematuros que ali habitavam eram abafados pela cacofonia de máquinas estranhas, num reino onde a imaturidade dos seus habitantes, não lhes permitia um choro vigoroso. Contudo, para o elfo, isto não era estranho. Ele não sabia que os bebês não deviam nascer tão pequeninos, nem que os que nasciam mais crescidos choravam vigorosamente de forma a manifestar as suas necessidades. Ele também não sabia que havia bebês que preferiam toques e carícias, que não se assustavam facilmente com ruídos bruscos, que se acalmavam com palmadinhas doces ou com o calmo embalar dos braços de um pai. Abel só conhecia os fascinantes habitantes deste reino.

Vivendo em pequenas caixas de vidro, Abel gostava de os espreitar por entre as escotilhas da caixa protetora e vê-los ali, aparentemente tão frágeis, mas superando, a cada

segundo, uma nova dificuldade. O elfo fascinava-se com aqueles telhados de vidro, cobertos por mantas embonecadas que ajudavam a tornar crepúsculo o ninho de cada bebê. Passava horas a vê-los dormir, muito enroladinhos e apertadinhos, sossegadinhos no seu canto, como se ainda habitassem o local quente e escuro onde estavam antes de serem moradores de caixas de vidro.

Alguns, eram tão pequeninos que cabiam na palma de uma mão. A sua pele era tão frágil que Abel conseguia vislumbrar os pequenos rios por onde lhes corria o sangue. Admirava-se com a força com que muitas vezes se agarravam aos dedos das mãos fortes e cuidadosas que entravam pelas portas das caixinhas. Percebia que, naquele reino, os outros habitantes trabalhadores, batalhavam junto com os pequenotes para superar todas as dificuldades.

O elfo via como aquelas hábeis mãos manejavam as máquinas mágicas que empurravam o ar para os pulmões dos bebês, até eles aprenderem a respirar sozinhos. Via como a cada três horas outras máquinas os alimentavam com um líquido branco, trazido por umas senhoras num tabuleiro



de prata. Ele percebia que os pequenos ficavam muito mais calmos depois de receberem aquele néctar. Muitas vezes, as noites eram calmas e os pequenotes faziam o que melhor sabiam fazer: dormir e crescer, dentro da sua caixa mágica. Outras vezes, a azáfama era tão grande que o pequeno elfo se encolhia num canto e ficava a ver como os hábeis trabalhadores se esforçavam para eliminar as ameaças infundáveis que acometiam os seus pequenotes.

Abel só os podia visitar de noite e achava estranho que aqueles seres tão pequeninos estivessem afastados das suas mães. Os elfos só passavam a poder sair sem estarem agarrados às saias das mães, quando atingiam a idade adulta. Parecia que naquele reino as coisas eram diferentes. Por isso, um dia, muito curioso, decidiu quebrar todas as regras e esgueirou-se da grande casa subterrânea onde viviam os elfos hospitalares, e subiu até ao reino roxo.

Foi nesse dia que descobriu todo o amor que envolvia os pequenos habitantes das caixinhas de vidro. Foi nesse dia que soube que, afinal, também aqueles pequenotes tinham uma família que os amava muito e que estava muito

preocupada com eles. Uma família que não podia viver dentro do H cinzento, mas a quem era permitido entrar, todos os dias. Nesse dia, viu como os pais e as mães dos bebés eram ensinados a serem pais especiais. Pais de prematuros, foi o que ouviu uma habitante vestida da cor da água, explicar a uma mãe de olhos grandes e uma cara cheia de ansiedade. Viu como eles pousavam uma mão reconfortante em cima do seu bebé, ou como cuidadosamente o pequenote era retirado da caixinha de vidro e colocado, sem roupa, dentro da camisola dos pais, pele com pele, diziam eles.

Nesse momento, Abel fitava intensamente o seu peito e imaginava qual seria a sensação de ter ali um pequeno Abel. “Quentinho”, pensava. Talvez até conseguisse ouvir o rufar do seu coração. Gostou dessa ideia e aproximou-se para ver melhor. Espantou-se com a tranquilidade que emanava daqueles seres. Até pareciam respirar melhor, os pequenos apressados para conhecer o mundo.

No final desse mesmo dia, Abel decidiu passar a explorar aquele reino roxo, sempre que se conseguisse esgueirar fora das horas do ocaso. A cada nova incursão,



uma nova descoberta. Aprendeu como os pequenos guerreiros, à medida que cresciam, deixavam de viver nas caixinhas com telhados de vidro e passavam a viver em caixinhas descobertas. Como aprendiam a beber o líquido branco, que muitas vezes era trazido pelas mães, através de umas garrafinhas com umas pontas engraçadas. Descobriu que aqueles bebês já tinham uma história e já faziam parte dessa história.

Um dia, destemido, pediu ao patriarca dos elfos hospitalares que o colocasse sempre naquele reino roxo. Abriu os seus olhos grandes e brilhantes e implorou com toda a candura que o caracterizava. Descreveu-lhe a magia que emanava dos pequenos habitantes das caixas de vidro e como se sentia impelido em protegê-los. Ora, o patriarca, que calhava ser seu bisavô, enterneceu-se com a narrativa apaixonada de Abel e satisfez-lhe o desejo.

Abel não cabia em si de contente. Todas as noites se aprontava para o trabalho e, de vassoura em punho, espalhava a sua magia com uma energia e rapidez invejáveis, dedicando o resto do tempo a brincar com os

bebês. Cobrindo-os com uma proteção mágica, Abel retirava-os das caixinhas, fazendo-os flutuar no ar, e relembra-los tudo o que deviam aprender. Cada bebê apresentava-se, dizendo com quantas semanas tinha nascido e quais as suas maiores dificuldades. Abel colocava gentilmente a sua mão na testa de cada um e deixava fluir uma corrente mágica para o seu interior.

Com o tempo, Abel aprendeu que muitos bebês ganhavam a guerra e iam para casa, no colinho dos seus pais, para o regaço da família que os esperava fora do grande H cinzento. Mas também aprendeu que havia alguns bebês que, por muito que lutassem, por vezes, não conseguiam resistir às ameaças daquele mundo e se tornavam estrelinhas doutro mundo. Outros ainda, lutavam batalhas tão difíceis que, por vezes, ficavam com marcas de guerra que os tornavam bebês especiais.

Apesar de todos os seus esforços, o pequeno elfo aceitou que, tal como os pais daqueles bebês, ele tinha de aprender a viver com a prematuridade. Os bebês nascidos antes de tempo, poderiam ser muito diferentes dos bebês



sonhados pelos papás humanos, mas eram pequenos grandes guerreiros. Lutadores surpreendentes, tocavam o coração de quem os conhecia e só precisavam de serem cuidados e amados, como qualquer outro bebê. Resguardados na sua caixinha de vidro, aguardavam o dia em que estivessem, finalmente, preparados para outro mundo.

E Abel aprendeu a vê-los partir e a virem outros ocupar o seu lugar sob os telhados de vidro, enquanto ele continuava a espalhar os seus pozinhos mágicos com o empenho e cuidado que só um verdadeiro elfo hospitalar saberia ter. Não esquecia nenhum. Guardava-os a todos no seu enorme baú das recordações.



Apêndice VII

Feedback dos contos dado pelos pais

M1. *Um misto de emoções. um conto que nos ajuda a perceber melhor este “vosso” mundo. É tudo muito novo para nós pais e este conto ajuda-nos a tranquilizar. Obrigada pelo vosso trabalho e dedicação.*

M2. *O que senti ao ler este conto, é que é exactamente p que nós pais, sentimos na pele, os choros, os sorrisos, as dúvidas, os anseios. Este misto de emoções. Termos que viver um dia de cada vez. Um grande bem haja a toda a vossa equipa, que está sempre ao nosso lado pais, para nos darem uma palavra amiga, nos tirarem as dúvidas, sem vocês nada disto seria possível. São tias de coração muito dedicadas. Um muito obrigada por tudo.*

M3. *Este conto relata a mais pura das realidades, cada palavra sentia-a tão cá dentro que foi impossível não chegarem as lágrimas aos olhos, vivi e senti tudo o que nele diz, um conto que chegará ao coração de qualquer pessoa, obrigada por este conto maravilhoso que relata de uma forma especial tudo o que nós que por aí passamos sentimos. Parabéns <3*

M4. *Um conto que descreve tal e qual as emoções dos pais. Senti-me a reviver. Muito, muito bom. Obrigada.*

M5. *Ao ler este conto, eu como mãe de um bebé prematuro deparei-me com um turbilhão de emoções (tristeza, lágrimas, alegria e muito amor). A medida que passava cada parágrafo, cada página sentia-me dentro da própria história e a vivenciar cada momento descrito.*

Só quem “vive” isso consegue mergulhar e sentir como é o dia-a-dia de um bebé prematuro que já é considerado um guerreiro vivendo dentro da sua casa com telhado de

vidro, enquanto os papás continuam atentos a cada progresso ou não, a casa barulho dos equipamentos.

Vivencio esta linda história com amor e esperança que no final acredito que vai ter um final feliz que vai ser recordado com muito carinho, lembrando cada progresso de vitória do meu guerreiro L.G. e nunca esquecer que cada progresso foi com a ajuda da equipa de NEO, destas que cuidam com todo o amor dos nossos valentes guerreiros.

M6. O conto transmite-nos paz, conforto e ajuda-nos a descomplicar a situação por qual estamos a passar. Obrigada pelo trabalho/iniciativa

Apêndice VIII

Poster intitulado: “*Storytelling* como recurso na prática de cuidados de enfermagem em neonatologia”, apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, organizado pelo ICS – UCP



Storytelling como recurso na prática de cuidados de enfermagem em neonatologia

Marta Pinto^a, Sílvia Caldeira^b, Margarida Lourenço^b, Nunes^b, Zaida Charepe^b

Introdução

Desde os primórdios da humanidade que se contam histórias como forma de legar conhecimento, como partilha de memórias e de experiências. Embora as narrativas das experiências vividas em contexto de doenças não sejam ficcionais, podem ser uma forma de *storytelling* e este pode tornar-se numa ferramenta fundamental para a prática diária de enfermagem, para estabelecer ligações entre os utentes, as famílias e os profissionais. A Medicina Narrativa (MN) e o Storytelling fornecem aos profissionais de saúde uma sabedoria prática e permitem uma reflexão sobre a história ouvida ou contada e posteriormente uma aplicação ativa na própria situação de vida (Charon, 2006; Day, 2009).

Objetivo

Identificar evidência na literatura sobre os conceitos relacionados com a MN e *storytelling*, os fundamentos e os benefícios do uso nos domínios da formação dos estudantes, na promoção da literacia em saúde e enquanto intervenção prática em contexto de neonatologia.

Método

Revisão de literatura narrativa;
Pesquisa livre dos termos “storytelling, medicina narrativa, enfermagem narrativa”;
Bases de dados internacionais e Google Scholar.

Resultados

Uma reflexão narrativa requer capacidade de “escuta”, ouvir o que o outro tem para dizer. Assenta na comunicação e nas relações e suporta a colaboração. Permite-nos criar conhecimento transformando a experiência e pode ser um caminho para aumentar a literacia em saúde (Carroll, 2010).

Atenta às histórias de doença como forma de compreender as pessoas e de se integrar no seu contexto específico; Foca necessidades e novas estratégias de intervenção (Donzelli, 2015)

As relações empáticas com as famílias são a base para a compreensão das profundezas do conhecimento da experiência humana. Partilhar experiências, ouvir e contar histórias de vida ajudam a construir esse caminho (Dolezel, 2018).

Incrementa a tolerância, a empatia e um cuidado culturalmente sensível (Day, 2009).

Conceito

Educação

Ajuda os estudantes a desenvolverem competências, a alimentarem a sua criatividade e na preparação para a complexidade do trabalho clínico (aperfeiçoar a empatia, encoraja ao pensamento e à reflexão); Pode ser um instrumento de emancipação profissional. (Donzelli, 2015)

Investigação

Ajuda a aperfeiçoar uma agenda centrada nos utentes, criando novas hipóteses e fortalecendo a dimensão translacional da pesquisa. (Donzelli, 2015)

Fundamentos

Neonatologia

Em neonatologia, pode ajudar os pais na exploração de novas estratégias efetivas de *coping*, bem como na tomada de decisão informada visando o melhor para o seu bebé (Donzelli, 2015).
Ajuda a construir um sólido caminho de recuperação, após a alta (Zonza, 2012).

Benefícios

Conclusão

O *storytelling* pode trazer contributos enriquecedores para a prática de enfermagem, podendo as narrativas ajudar a compreender a experiência vivida em neonatologia, focando o impacto daquilo que os pais sentem e das suas necessidades enquanto pais de prematuros, promovendo uma comunicação efetiva, o diálogo e uma positiva interação humana.

Referências Bibliográficas:

- Carroll, S. (2010). “Once upon a time...” – Narrative in Nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, Vol.42, Nr. 5, 235-236. Consultado em 14 out. 2020. Disponível em <https://pubs.nursedev.com/doi/10.1016/j.jnn.2010.05.001>
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine – Honoring the stories of illness*. Oxford University Press. New York.
- Day, V. (2009). Promoting Health Literacy Through Storytelling. *Glinn: The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 14, No. 3, Manuscript 6. Consultado em 14 out. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2009.05.001>
- Donzelli, J. (2018, junho). The Power of Storytelling – The Human Experience in the Neonatal Intensive Care. Apresentada em Webinar. Consultado em 14 out. 2020. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=256j0d0j0d0>
- Donzelli, G. (2015). Medical humanities and narrative medicine in perinatal care. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(1), 1-2. Consultado em 14 out. 2020. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1081/jmf.2014.70345>
- Zonza, M. (2012). Narrative Based Medicine and Neonatology: an interpretative approach. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* 2012;1(1):49-52. Consultado em 14 out. 2020. Disponível em <https://jpnim.com/index.php/jpnim/article/view/11014>

a) Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
b) Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.

Apêndice IX

Sessão de partilha de ideias, realizada no serviço de Urgência Pediátrica, com o tema: “A criança abandonada em contexto hospitalar – uma realidade?” e respetivos cartões elaborados para consulta posterior.

Plano de Sessão - “A criança abandonada em contexto hospitalar - uma realidade?”

Objetivo geral: Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a criança em risco de abandono

Objetivos específicos: Identificar o risco subjacente ao abandono; Reconhecer a importância da enfermagem na prevenção, sinalização e acompanhamento

Formador: Marta Pinto

Método: Expositivo

Recurso: Computador na Sala de Enfermagem + cartões com tópicos sobre a temática

Duração: 15 minutos de exposição e 15 minutos para dúvidas, discussão e feedback da sessão.

Conteúdo:

- Apresentação do tema/ Contextualização da sessão
- Apresentação dos objetivos da sessão
- Conceito de abandono
- Estatísticas OMS e CPCJ
- Fatores predisponentes
- Consequências do abandono
- Possíveis diagnósticos de enfermagem
- Intervenções de enfermagem

Esta formação foi realizada após discussão com a Enf.^a Ana Dias, elo dos enfermeiros no NHACJR, e após verificação da pertinência do tema. Já tinham sido realizadas algumas sessões à equipa, pela Enf.^a Ana, contudo, estas mais focadas no trabalho do NHACJR e temática do abuso sexual. É de relevar a adesão da equipa multidisciplinar que logo comentou a pertinência do tema e manifestou interesse na formação, não só

enfermeiros, como também assistentes operacionais e médicos. Desta forma, foram feitas duas sessões, em dias diferentes.

Na sessão estiveram presentes elementos da equipa de enfermagem, assistentes operacionais e médicos, logrando-se uma interação e um diálogo entre equipas do qual se destaca a importância do trabalho em equipa, salientando que qualquer profissional pode sinalizar a situação de risco e garantindo a importância do apoio aos profissionais em causa. Foi avaliada a pertinência da sessão por feedback oral no final da mesma. A equipa foi unânime no que se referiu à sua pertinência e contributo para a melhoria da sua prática, tendo sido aferido como conseguido:

- A satisfação das expectativas face à sessão
- O cumprimento dos objetivos propostos
- A utilidade para a qualidade da prática profissional
- A adequação do material informativo proporcionado e da duração da sessão
- A clareza e domínio do apresentado, tendo a transmissão de informação sido feita de forma clara e objetiva.

A criança abandonada em contexto hospitalar – uma realidade?

Trabalho realizado por:
Enf.ª Marta Pinho Almeida ESIP ICS UCP Lisboa
Enf.ª ESIP Ana Dias

2018 – relatório OMS – 55 milhões de crianças sofrem de abuso e/ou negligência

- Abandono - mais grave nos países da Europa central e de leste (32% das crianças institucionalizadas e 4% nas da Europa ocidental) – 2005
- O abandono é a primeira forma de violência contra as crianças – PREVENÇÃO – estratégias focadas na criança, pais e família

Dos Crimes contra a Vida

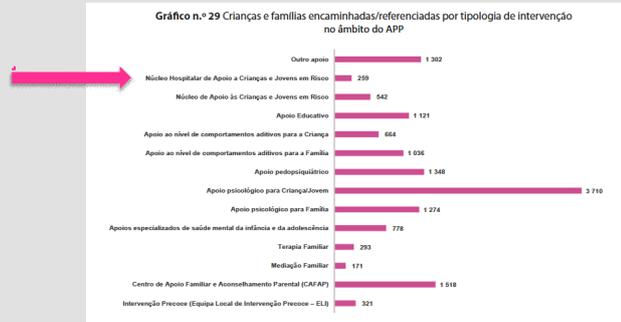
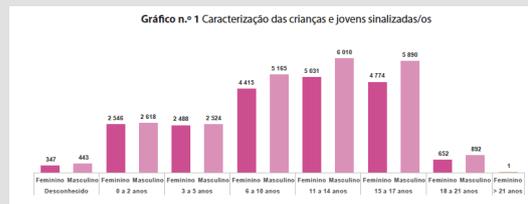
- > Art. 131ª – Homicídio
- > Art. 132ª – Homicídio qualificado
- > Art. 133ª – Homicídio privilegiado
- > Art. 134ª – Homicídio a pedido da vítima
- > Art. 135ª – Incitamento ou ajuda ao suicídio
- > Art. 136ª – Infanticídio
- > Art. 137ª – Homicídio por negligência
- > Art. 138ª – Exposição ou abandono

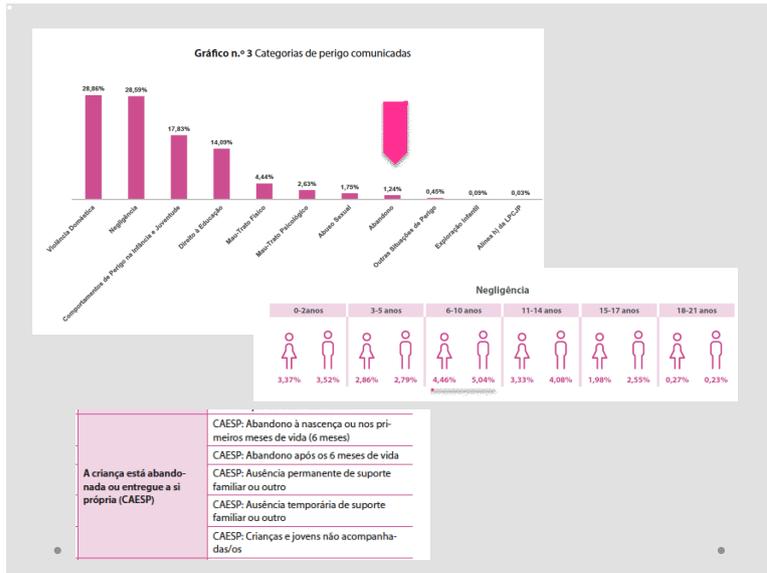
Emergency life-threatening condition at admission & provisional diagnosis

Cerebral palsy with spasticity
Tachypnea with respiratory distress
Post-colostomy with suspected sepsis due to anorectal malformation
(Suspected sepsis)
Apparently normal with Maggot infestation in ear
Apparently normal with neonatal jaundice
Birth asphyxia with convulsion
Mentally challenged
Pre-term/very low birth weight with shock & hypoglycemia
Pre-term/very low birth weight with umbilical hernia with Hypothermia & respiratory distress
Low birth weight with neonatal jaundice, umbilical hernia presenting with hypothermia
Newborn with acute otitis media

CPCJ (2019)

“Serei o que me deres... que seja amor.”





Comunicações (2019)

Abandono

Faixa Etária	Sexo	Processo Transitado	Processo Instaurado	Processo Reaberto	Total
0 a 2 anos	Feminino		33	1	34
	Masculino		38		38
3 a 5 anos	Feminino		21	5	26
	Masculino	1	30	7	38
6 a 10 anos	Feminino	2	40	16	58
	Masculino	1	61	14	76
11 a 14 anos	Feminino		42	10	52
	Masculino	2	54	10	66
15 a 17 anos	Feminino		36	15	51
	Masculino	1	45	9	55
18 a 21 anos	Feminino		6	4	10
	Masculino		12	4	16
Desconhecido	Feminino		2	2	4
	Masculino		18	1	19
Nacional		7	438	98	543

Abandono	N	%
CAESP (A criança está abandonada ou entregue a si própria)	56	10,31%
CAESP: Abandono à nascença ou nos primeiros meses de vida (6 meses)	22	4,05%
CAESP: Abandono após os 6 meses de vida	2	0,37%
CAESP: Ausência permanente de suporte familiar ou outro	61	11,23%
CAESP: Ausência temporária de suporte familiar ou outro	292	53,78%
CAESP: Crianças e jovens não acompanhadas/os	110	20,26%
Total	543	100%

Diagnósticos 2019

Abandono

Faixa Etária	Sexo	Processo Transitado	Processo Instaurado	Processo Reaberto	Total
0 a 2 anos	Feminino	3	11		14
	Masculino	1	15		16
3 a 5 anos	Feminino	2	1	3	6
	Masculino	2	4	1	7
6 a 10 anos	Feminino	6	6	9	21
	Masculino	5	7	2	14
11 a 14 anos	Feminino	6	12	3	21
	Masculino	4	16	7	27
15 a 17 anos	Feminino	9	13	6	28
	Masculino	6	12	11	29
18 a 21 anos	Feminino	2	7	2	11
	Masculino	3	7	1	11
Nacional		49	111	45	205

Abandono	N	%
CAESP (A criança está abandonada ou entregue a si própria)	3	1,46%
CAESP: Abandono à nascença ou nos primeiros meses de vida (6 meses)	12	5,85%
CAESP: Abandono após os 6 meses de vida	3	1,46%
CAESP: Ausência permanente de suporte familiar ou outro	38	18,54%
CAESP: Ausência temporária de suporte familiar ou outro	109	53,17%
CAESP: Crianças e jovens não acompanhadas/os	40	19,51%
Total	205	100%

QUADRO I: 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 art. 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 actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem 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".

NHACJR

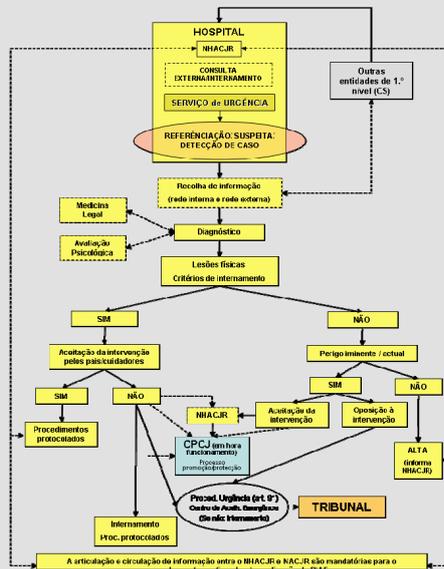
Figura n.º 2 Intervenção subsidiária no perigo



* Idade superior ou igual a 12 anos.

† cf. Artigo 5.º Composição e Funcionamento das CPCJ.

* cf. Artigo 5.º Composição e Funcionamento das CPCJ.



Possíveis diagnósticos de enfermagem

CIPE

- Risco de parentalidade comprometida (10015198)
- Abandono de menor (10037806)
- Criança vítima de negligência (10044410)
- Falta de esperança (10000742)

NANDA I

- Risco de baixa auto estima crónica (00224)
- Risco de resiliência comprometida (00211)
- Risco de suicídio (00150)
- Risco de atraso no desenvolvimento (00112)

Referências bibliográficas

- Albornoz, AL. Desenho da figura humana: indicadores de abandono, abuso sexual e abuso físico em crianças. [tese de Doutorado], Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. 2011.
- Browne K., Chou S., Whiffield K. Child abandonment and its prevention in Europe [Internet]. University of Nottingham. 2012. 380p. Available from: <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Child%20Abandonment%20and%20its%20Prevention%20in%20Europe.pdf>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (PT). Avaliação da atividade das CPCJS. Relatório anual 2019. Lisboa. [Internet]. 2020. 140p.
- World Health Organization. World Health Organization - Violence and Injury Prevention [Internet] [place unknown]. Child abuse and neglect 2002. [cited 2020 Apr 4]. Available from: www.who.int/violence_injury_prevention
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. Eds. Nursing diagnoses: Definitions & classification, 2018-2020. 11th ed. New York, NY, Thieme; 2018
- Hood, C. Children abandoned in long-stay hospitals. Child: care, health and development. 1976, 2, pp.239-250
- International Council of Nursing. The International Classification for Nursing Practice (ICNP®). [Internet] [Genève] [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehhealth/icnp-browser>
- Lvoff, LM, Lvoff, V, Klaus, MM. Effect of the Baby-Friendly Initiative on Infant Abandonment in a Russian Hospital. Arch Pediatr Adolesc Med. Vol 154, May, 2000.
- McKeever, S. Caring for more than 'our bastard children' in hospitals. Journal of Child Health Care, 2019, Vol. 23(4), pp.509-511.
- Roberts, CA., Messmer, P. Unaccompanied Hospitalized Children: Nurses' Search for Understanding. J Holist Nurs. October 2011.
- Ross, F. Abandoned babies' rights in Romania today: causes of a failed system and proposed remedies. Regent Journal of International LA. Vol. 8, 2012, pp. 179-265.
- Svárd, V. "Why don't they Report?" Hospital Personnel Working with Children at Risk. Child Care in Practice, 2017, 23:4, pp. 342-355.
- Sethi D., Yan Y., Parekh N., Anderson T., Huber J., Rakovac I., Meinck, F. European status report on preventing child maltreatment. World Health Organization - Regional Office for Europe: Copenhagen; 2018; 126p. [Internet]. [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-status-report-on-preventing-child-maltreatment-2018>
- Urdaneta-Carruyo, E., Rodríguez-Sánchez, YA., Vergara, JCD., Urdaneta-Conteras, AV. ¿Debe el hospital ser hogar para niños abandonados por discapacidad severa? Revista Mexicana de Pediatría Vol. 75, Núm. 2 + Mar.-Abr. 2008, pp 75-79.
- Zengerle-Levy, K. Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. Pediatric Nursing. May-June 2006, Vol. 32, No. 3.

O que é o abandono?

Trabalho realizado por:
Enf.ª Marta Pinto Aluna ESIP ICS UCP Lisboa
Enf.ª ESIP Ana Dias

• "serei o que me deres... que seja amor"

- Tipo de mau trato físico e emocional na categoria da negligência
- A criança tem direito à proteção contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou negligência, maus tratos, exploração ou violência sexuais, e direito às medidas adequadas à recuperação física e psicológica de quaisquer situações vitimizadoras
- Privação de acompanhamento e presença dos pais durante o desenvolvimento (desatenção, rejeição, perda de amor)
- Pode implicar a perda do objeto ou de afeto
- Forma mais danosa de vitimização, com efeitos a longo prazo e irreversíveis

• "serei o que me deres... que seja amor"

Problemas/ fatores relacionados com os pais

• "serei o que me deres... que seja amor" •

- Baixa responsividade e envolvimento emocional
- Nos casos de negligência e abandono, 35% das famílias têm um processo anterior pelo mesmo motivo
- Mães tendem a ter uma percepção distorcida dos sinais da criança e a interpretar os sinais e necessidades do filho com base nas próprias necessidades
- Problemas de álcool e outras drogas, doença psiquiátrica, falta de apego, pobreza e insegurança material, gravidez adolescente, ignorância/ falha de planejamento familiar, violência doméstica, isolamento social, separação/ falta de suporte do pai

• "serei o que me deres... que seja amor" •

Problemas/ fatores relacionados com a criança

• "serei o que me deres... que seja amor" •

- Deficiência/ dependência / doença crónica - necessitam de cuidador e dispositivos médicos
- Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades
- Traços de personalidade e temperamento que conflituem com as expectativas dos pais/ responsáveis
- Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar)
- Sexo da criança ou jovem (em particular, quando não corresponde às expectativas familiares)

• "serei o que me deres... que seja amor"

Mais do que o momento, um futuro...

• "serei o que me deres... que seja amor"

Dificuldades psicológicas, comportamentais e sociais:

- Depressão, suicídio, baixa autoestima, abuso de substâncias e outras doenças mentais
- Comportamentos desajustados
- Alteração no desenvolvimento psicomotor
- Agressividade
- Dificuldade no ajuste, delinquência, trauma (semelhante aos veteranos de guerra)

• "serei o que me deres... que seja amor"

Problemas na criança hospitalizada

• "serei o que me deres... que seja amor"

Abandono: privação de acompanhamento e presença dos pais durante o desenvolvimento (desatenção, rejeição, perda de amor)

- Terores noturnos, alterações alimentares, regressão no desenvolvimento, intolerância à separação materna, stress a sons e ambientes diferentes, dor, alteração no padrão do sono
- Stress - pode afetar a função social ou intelectual, bem como o sistema imunitário – agrava o tempo de recuperação
- Sentimentos de solidão, isolamento e dor
- Insegurança, aborrecimento
- Falta de confiança e ansiedade

• "serei o que me deres... que seja amor"

Pais ausentes...

• "serei o que me deres... que seja amor"

- Internamentos longos podem levar a maior ausência parental
- Medo de isolamento social
- Necessidade de trabalhar
- Necessidade de cuidar da família
- Medo de ficarem doentes
- Necessidade de distância do problema, evitando criar laços (situações terminais)

• "serei o que me deres... que seja amor"

Enfermeiros - como intervir (família)?

• "serei o que me deres... que seja amor"

- Prevenção e atitude receptiva com a família
- Não recalcar sentimentos direcionados aos pais; aceitar o desconhecido e estar aberto à comunicação
- Facilitar o o envolvimento entre os pais e as crianças nos cuidados, promover a vinculação
- Incentivar a amamentação
- Promover a confiança, incentivar a mãe no auto cuidado e facilitar a resolução de problemas sociais
- Promover visitas/ envolvimento da família

• "serei o que me deres... que seja amor"

Enfermeiros - como intervir (criança)?

• "serei o que me deres... que seja amor"

- Cuidar a criança, dar conforto e segurança, dar amor, estabelecer uma relação de confiança, procurar reabilitação e reinserção social
- Melhorar a literacia sobre a saúde, nas crianças. Na falta dos pais, são os profissionais de saúde que agem como intérpretes/*coping* para a criança hospitalizada
- Estratégias: *storytelling* (para abordar a solidão, a doença e o futuro), conversar (mesmo quando sedadas), toque terapêutico, recorrer à música e aos desenhos animados (para ajudar no tratamento, conectá-las à vida), brincar, recorrer ao humor (reduzir medos e reconetá-los com a vida)
- Ajudar as crianças a permanecerem crianças
- Cuidar do espírito (garantir que não estão a ser castigados).

• "serei o que me deres... que seja amor"

Apêndice X

Instrumento de articulação entre as equipas de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica e os
Cuidados de Saúde Primários

Serviço de Urgência Pediátrica

Instrumento de articulação entre as equipas de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica e os Cuidados de Saúde Primários

Contatos úteis:

Enf. ^a A. D. (SUPed)	
Assistentes Sociais	
Coordenadora do NHACJR (Hospital)	
CPCJ	
NACJR (Lumiar, Benfica, etc.)	

Identificação

Nome:	Data de entrada:
Idade:	Peso:
Data de Nascimento:	NSC:
CC:	Nº SNS:
Morada:	Internamentos anteriores: Sim Não
Código Postal:	USF/UCSP/ UCC:
Nome do Pai:	Nome da Mãe:
Acompanhante:	Morada do acompanhante:
Contacto Pai:	Contacto acompanhante:
Contacto Mãe:	Institucionalizada: Sim Não
Profissão Pai:	Instituição:
Profissão Mãe:	Irmãos:
Escola/ Infantário /Ama:	

Situação atual

Diagnóstico:	Antecedentes pessoais:
Alergias:	Referenciação anterior ao NHACJR: Sim Não
Motivo de referenciação:	
Abuso: Físico Emocional Abuso Sexual Intoxicação acidental:	Abandono: Disfunção familiar: Negligência: Queda: Violência Doméstica:

História clínica e descrição da situação:

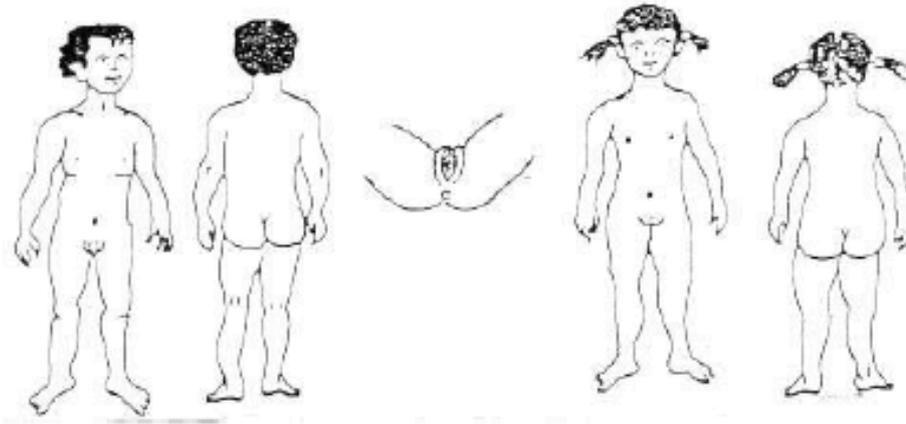
Avaliação da criança:

Peso:	Percentil:	Perímetro Cefálico:	Lesões da pele:
Altura:	IMC:	Higiene cuidada Sim Não	Desenvolvimento Psicomotor A: NA:

Agressão: Sim Não	Agressor: Pai Mãe Outro:
Lesões: Sim Não Tipo: Hematoma Ferida Queimadura Fratura	Hematoma: Subdural Cefalohematoma Abdominal
Simetria: Coloração: Temperatura:	Integridade: Rubor: Fissuras Lacerações

Localização:

Esquema Gráfico (assinalar pintando a zona atingida):



Exames complementares:

Observação pela Medicina Legal: Sim Não

Caracterização do atendimento hospitalar:

Serviço de Urgência: Consulta/ Hospital de dia:

Internamento:

Informada a família da sinalização: Sim Não

Sinalizada CPCJ: Sim Não

Alta a ____ / ____ / ____

Destino: Domicilio Outro domicílio (familiar) Instituição

Informação complementar:

Enfermeira:

Número Mecanográfico:

Serviço: