



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidar de Crianças e Jovens em Risco de *Stress* Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sara Isabel Ruivo Bergano

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Beja, 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Cuidar de Crianças e Jovens em Risco de *Stress*
Tóxico – A intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica**

Sara Isabel Ruivo Bergano

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Beja, 2021

Cuidar de Crianças e Jovens em Risco de Stress Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sara Isabel Ruivo Bergano

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Sobral Canhestro

Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Arguente: Professora Doutora Maria Dulce Cruz

Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora

Orientador: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

“Eu sei que não sou nada e que talvez nunca tenha tudo. À parte disso, eu tenho em mim todos os sonhos do mundo.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Ao meu marido, por ser o meu companheiro de todas as horas, pelo apoio, pela compreensão em todos os momentos que tive “ausente” e por caminhar sempre ao meu lado.

À minha mãe e aos meus irmãos por toda a força que me deram.

À Professora Ana Ramos pela sua disponibilidade, extrema competência e pelas suas palavras de incentivo.

A todas as Enfermeiras Orientadoras que me acolheram como membro da equipa em todos os locais de estágio e que me transmitiram todo o seu conhecimento e experiência profissional.

Às Crianças e Famílias a quem prestei cuidados durante os estágios, por me permitirem aprender com eles e ter a certeza que é com eles que pretendo trabalhar no meu percurso profissional.

A todos, o meu eterno Obrigado!

RESUMO

Título: Cuidar de Crianças e Jovens em risco de *Stress* Tóxico: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

O *Stress* Tóxico em crianças e jovens consiste num problema de saúde pública a nível nacional e que traz repercussões cognitivas e emocionais a curto e a longo prazo, tornando-se por isso um tema fundamental a ser conhecido pelos enfermeiros. É imprescindível sensibilizar e capacitar os enfermeiros de forma a atuarem como entidades que detetam precocemente, sinalizam e previnem o *Stress* Tóxico junto das crianças, famílias e instituições.

No decorrer deste relatório de estágio será esclarecido o percurso traçado para adquirir Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as Competências de Mestre através do planeamento e concretização das atividades nos vários contextos de estágio.

O projeto de estágio foi delineado ao longo do Estágio I e do Estágio Final e teve como principal objetivo colaborar na segurança da criança, mais concretamente na prevenção, deteção e sinalização do *Stress* Tóxico. A sua elaboração concedeu a possibilidade de adquirir e desenvolver novos conhecimentos e competências acerca desta temática, sensibilizar as equipas de enfermagem, otimizar estratégias de capacitação de forma a atuar para a prevenção, deteção e sinalização do *Stress* Tóxico.

Palavras-Chave: Enfermeiro; Criança e Jovem; *Stress* Tóxico.

ABSTRACT

Title: Caring for Children and Young People at Risk of Toxic Stress: The intervention of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health

Toxic Stress in children and young people is a public health problem at a national level that brings cognitive and psychological repercussions in the short and long term, thus becoming a fundamental issue to be known by nurses. It is essential to raise awareness and train nurses in order to act as entities that early detect, signal and prevent Toxic Stress.

During this internship report, the path traced to acquire Common and Specific Competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and the Master's Competences through the planning and implementation of activities in the various internship contexts will be clarified.

This internship project was outlined throughout Stage I and the Final Stage and its main objective is to collaborate in child safety, more specifically in the prevention, detection and signaling of Toxic Stress. Its elaboration allowed the possibility of acquiring and developing new knowledge and skills on this subject, sensitizing nursing teams, optimizing training strategies in order to act for the prevention, detection and signaling of Toxic Stress.

Key words: Nurse; Child and Youth; Toxic Stress.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

ARS Alentejo - Administração Regional de Saúde do Alentejo

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. Segurança e Qualidade de Vida.....	17
1.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey	19
1.3. <i>Stress</i> Tóxico: Perspetiva Histórica.....	22
1.4. <i>Stress</i> Tóxico: Definição de conceitos	25
1.5. Atuação do EEESIP na prevenção do <i>Stress</i> Tóxico a crianças e jovens.....	31
2. CUIDAR DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DE STRESS TÓXICO – A INTERVENÇÃO DO EEESIP NA DETEÇÃO, SINALIZAÇÃO E PREVENÇÃO – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO .	35
2.1 Enquadramento do Projeto: das Consultas Externas aos Cuidados Hospitalares	36
2.1.1 Consultas Externas de Pediatria	37
2.1.2 Serviço de Internamento de Pediatria	39
2.1.3 Serviço de Urgência Pediátrica.....	40
2.1.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	41
2.2 Diagnóstico da Situação	42

2.3	Definição dos Objetivos do Projeto.....	55
2.4	Planeamento do Projeto	56
2.5	Implementação do Projeto	59
2.6	Avaliação e Discussão dos Resultados obtidos	61
3.	O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA.....	64
3.1	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	65
3.2	Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	74
3.3	Desenvolvimento de Competências para aquisição do grau de Mestre	82
	considerações finais	85
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	ANEXOS	95
	Anexo 1 - Pedido de Autorização à Comissão de Ética da Instituição	96
	Anexo 2 - Pedido de Autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja	98
	Anexo 3 - <i>Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit</i> (Versão Portuguesa).....	101
	APÊNDICES	105
	Apêndice A - Questionário aplicado aos Profissionais	106
	Apêndice B - Consentimento informado para participação no projeto.....	111

Apêndice C - Sessões de Formação	113
Apêndice D - Guia para os Pais.....	144
Apêndice E - Consentimento Informado para aplicação de Escala.....	148
Apêndice F - Plano de Sessão	150
Apêndice G - Questionário de avaliação da Sessão de Formação	152
Apêndice H - Análises dos dados dos questionários de avaliação da sessão de formação	154
Apêndice I – Resumo da <i>Scoping Review</i> “Consequências do <i>Stress</i> Tóxico na saúde da criança/jovem”	156

INTRODUÇÃO

O atual relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e demonstra o percurso formativo realizado ao longo das Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final. O presente relatório tem como propósito, expor o processo de criação e posterior aplicação do projeto de intervenção, a análise crítica do percurso traçado ao longo dos estágios e ainda refletir sobre a obtenção e consolidação das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e de Competências de Mestre.

Os primeiros três anos de vida de uma criança, caracterizam-se por ser um período de maior suscetibilidade às influências do ambiente, na qual se determinam as bases para a saúde, o bem-estar, a aprendizagem e a produtividade durante toda a vida e na geração seguinte. A pobreza extrema, a insegurança, a violência, as toxinas ambientais e os problemas de saúde mental dos pais, enfraquecem a capacidade das famílias para proteger, apoiar e promover o desenvolvimento das crianças desde o momento da gravidez (OMS&UNICEF, 2018).

As experiências adversas na infância estão relacionadas a resultados negativos para a saúde física e mental a curto e longo prazo entre crianças e adultos. Estudos das últimas três décadas sobre experiências adversas e *stress* tóxico enfatizaram o seu impacto e a importância de prevenir e abordar o trauma em todas as unidades de saúde (Oral, *et al.*, 2016).

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo afirma que, quando “os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, ponham em perigo a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte da ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo” (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2020, p. 40), deve atuar-se na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens.

A proteção das crianças é da responsabilidade e da obrigação de todos os cidadãos, por isso, qualquer um que tenha conhecimento de que existe uma criança ou jovem em situação de perigo, deverá comunicar à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Em 2019 foram comunicadas à CPCJ cerca de 44mil situações de risco, sendo que 54% das situações referiam-se a crianças do sexo masculino e cerca de 46% a crianças do sexo feminino. Relativamente ao escalão etário, 25% corresponde a crianças e jovens entre os 11 e 14 anos, 24% a jovens entre os 15 e 17 anos e entre os 6 e 10 anos cerca de 22%. Com uma percentagem mais baixa estão situadas a crianças entre os 0 e 2 anos com cerca de 12% de comunicações (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2020).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) tem um grande papel nesta temática, pois deve atuar na prevenção, deteção e sinalização de crianças que potencialmente sofram ou possam vir a sofrer de *Stress* Tóxico. Quanto à prevenção, o EEESIP deve promover a saúde e prevenir a doença através da educação para a saúde, alertando os pais para as possíveis experiências adversas a que os seus filhos possam estar sujeitos. Relativamente à deteção e sinalização, o EEESIP deve ter conhecimentos que suportem a sua prática de forma a detetar precocemente situações de *Stress* Tóxico e assim poder intervir e sinalizar estas crianças/ jovens.

Os estágios curriculares decorreram no âmbito das Consultas Externas, no Internamento de Pediatria, no Serviço de Urgência Pediátrica e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, respetivamente. O projeto de intervenção implementado encontra-se incluído na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e está integrado na temática das Crianças e Jovens em Risco de *Stress* Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na deteção, sinalização e prevenção. Foi estabelecido como objetivo geral sensibilizar as equipas de enfermagem bem como os pais/ cuidadores para as consequências do *Stress* Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem e teve lugar em todos os locais de estágio frequentados.

O presente relatório está dividido em três grandes capítulos, o primeiro diz respeito ao enquadramento conceptual onde se identifica a linha de investigação, os modelos teóricos escolhidos, a contextualização do tema e ainda a importância da atuação do EEESIP na temática abordada. No segundo capítulo faz-se o enquadramento do projeto de intervenção desenvolvido ao longo de cada contexto de estágio, tendo em conta as etapas da metodologia de projeto.

No terceiro capítulo realiza-se uma análise reflexiva das competências comuns e específicas do EEESIP e ainda das competências de Mestre.

O presente documento foi redigido segundo a Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association (APA)*, 7ª edição e redigido conforme o novo acordo ortográfico, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O conhecimento teórico é a base de todo o processo académico e é neste sentido que o primeiro capítulo deste relatório enfoca o enquadramento conceptual acerca *Stress* Tóxico em crianças e jovens, dividindo-se nos seguintes subcapítulos: a linha de investigação segurança e qualidade de vida. Como modelos teóricos que suportam o projeto vão ser abordados o modelo de promoção da saúde de Nola Pender e o Modelo de Parceria de Anne Casey. Em seguida, serão trabalhados os conceitos de *Stress* Tóxico na sua perspetiva histórica; e por último a intervenção do EEESIP na prevenção do *Stress* Tóxico em crianças e jovens.

1.1. Segurança e Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas caracterizado pela ausência de doença. Como qualidade de vida define-se como sendo a perceção que o individuo tem da sua vida, tendo em conta a sua cultura, objetivos, expetativas e preocupações (WHO, 2005).

As experiências no início da vida têm um grande impacto no desenvolvimento infantil, afetando a aprendizagem, a saúde, o comportamento e as relações sociais (OMS&UNICEF, 2018).

As instituições de saúde devem ter como meta prioritária promover cuidados seguros a todos os doentes sendo, por isso, de extrema necessidade que as atividades desenvolvidas pelos seus profissionais tenham por base o conhecimento científico e metodológico adequado para garantir um atendimento de qualidade. Esta qualidade tem sido uma constante, através do aperfeiçoamento das práticas que buscam a satisfação das necessidades de saúde e de segurança da população (Araújo, et al., 2017).

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética, pois cooperam de forma decisiva para a redução de riscos, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que os cuidados são prestados. Assim, a

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, tem como principal missão potenciar e valorizar a qualidade e a prestação de cuidados de saúde de forma a garantir os direitos dos cidadãos relativamente ao sistema de saúde. Tem como principais prioridades de atuação: a) enfocar nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadoras e instituições; b) melhoria na qualidade clínica e organizacional; c) ampliação na aderência a normas de orientação clínica; d) fortalecimento da segurança dos doentes; e) aumento da investigação clínica; f) controlo da qualidade e segurança; g) divulgação de dados de desempenho; h) reconhecimento da qualidade; i) informação esclarecida aos cidadãos e aumento da sua capacitação (Diário da República, 2ª série - Nº 102, 2015).

A avaliação da qualidade de vida nas crianças e jovens é fundamental para identificar crianças em risco de baixo nível de bem-estar ou com problemas de saúde, tratando-se de um elemento muito útil no planeamento de estratégias de intervenção no âmbito da promoção de saúde (Abreu, Marques, Martins, Fernandes, & Gomes, 2016).

Segundo Fragata (2010), a qualidade está ligada à segurança e, conseqüentemente, sem segurança não existe qualidade. A cultura de segurança de uma instituição resulta de valores individuais das equipas, de aptidões e normas que definem o seu compromisso com a segurança dos doentes de cada organização de saúde (WHO, 2005).

As crianças constituem uma população mais vulnerável devido às suas características mais específicas e pela inaptidão de questionarem a qualidade dos cuidados que lhes são prestados. O conceito de qualidade em saúde presume que os cuidados prestados se adequem às necessidades e às expectativas dos utentes (Pedrosa, 2015).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, particularmente ao nível das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, presume que o Enfermeiro Especialista desenvolva capacidades de qualidade que visem a melhoria contínua dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 , 2021). Ao nível das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve basear “a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019 , 2021, p. 4745).

Os enfermeiros são o grupo profissional com capacidade para garantir a qualidade e segurança nos cuidados pois através do estabelecimento da relação terapêutica, ajudam a pessoa a lidar com os seus problemas de saúde e ainda sustentam a sua necessidade de segurança. Deste modo, devido à relação de proximidade que muitas vezes se estabelece com as crianças/ jovens e as suas famílias, é criado um contexto em que é possível avaliar a interação familiar, prevenir, detetar de forma precoce situações de risco, sinalizar e cuidar de crianças que sejam vítimas de qualquer tipo de maus tratos, sendo por isso considerado (o EEESIP) como a entidade de primeira linha, com legitimidade legal e deontológica para atuar na proteção da criança e jovem e atuar na promoção dos seus direitos.

1.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

A prática de teorias e modelos no domínio da promoção de saúde, possibilita compreender os determinantes de saúde, satisfazer as necessidades e contribuir para o estabelecimento do conhecimento, o que permitirá contribuir para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Nola Pender, enfermeira e autora do Modelo de Promoção da Saúde, explicou que o comportamento é motivado pelo desejo de alcançar o bem-estar e atingir o seu máximo potencial de saúde. A autora enfatizou a coerência entre as características pessoais de cada um com as suas experiências, conhecimentos e crenças associadas ao comportamento de saúde que pretende alcançar (Hoyos, Borjas, Ramos, & Meléndez, 2011).

O Modelo de Promoção da Saúde expõe de forma ampla os aspetos relevantes que intervêm na modificação do comportamentos dos seres humanos, as suas atitudes e motivações para promover a sua saúde. Este modelo foi inspirado na Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura e no Modelo de valorização de expectativas da motivação humana de Feather. O primeiro autor enfoca a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento e incorpora aspetos da aprendizagem cognitiva e de conduta, reconhece que os fatores psicológicos influenciam o comportamento das pessoas. Demonstra que são necessários quatro

requisitos para que as pessoas aprendam e alterem o seu comportamento: atenção (estar expectante ao que sucede), retenção (recordar o que observou), reprodução (habilidade para reproduzir o comportamento) e motivação (uma boa razão para querer adotar certo comportamento) (Hoyos, Borjas, Ramos, & Meléndez, 2011).

O segundo modelo teórico em que Nola Pender se baseia, afirma que o comportamento é racional, considera que a componente motivacional para conseguir um objetivo é a intenção. Posto isto, quando existe uma intenção clara, concreta e bem definida para atingir determinada meta, aumenta a probabilidade de satisfazer o objetivo. Este modelo é uma forte ferramenta utilizada pelos enfermeiros para compreender e promover atitudes, motivações e ações das pessoas, particularmente a partir do conceito de autoeficácia, sendo utilizado pelos profissionais para valorizar a pertinência das intervenções (Hoyos, Borjas, Ramos, & Meléndez, 2011).

Como dito inicialmente, recorreu-se igualmente ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey como referência teórica que influencia e complementa a temática abordada. Apesar de sabidos os benefícios da participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, os modelos de enfermagem até à década de 80, fazem escassa referência à participação dos pais/ cuidadores nos cuidados prestados à criança. Foi em 1988 que emergiu o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, sendo este o primeiro modelo de cuidados pediátricos que salienta a extrema importância dos pais nos cuidados à criança, assumindo-se estes como parceiros da equipa de enfermagem (Lopes N. M., 2012).

Casey (1993) citada por (Lopes N. M., 2012), afirma que este modelo respeita e analisa a participação dos pais no cuidado à criança e engloba cinco conceitos básicos:

1. Criança – Casey afirma que a criança é um ser dependente de outros indivíduos para a satisfação das suas necessidades sendo que, à medida que cresce, desenvolve habilidades e conhecimentos que a tornam mais independente até atingir a independência total. Esta fase termina com a capacidade de se autocuidar, o que acontece quando atinge a maturidade. Casey (1993) citada por (Lopes N. M., 2012)
2. Saúde – Este conceito é definido por Casey como um estado de bem-estar físico e mental que deveria estar sempre presente, permitindo que a criança atinja o seu máximo

potencial de saúde. A existência de qualquer alteração não retificada pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança. Casey (1993) citada por (Lopes N. M., 2012)

3. Ambiente – O crescimento de uma criança pode ser afetado por variadas situações que têm origem no ambiente circundante. Casey considera que os estímulos que têm origem externa surgem através do ambiente a que está sujeita. Assim, estes estímulos devem ter por base o amor e cuidados para que a criança se sinta segura e confiante, para desenvolver a sua independência. Casey (1993) citada por (Lopes N. M., 2012)
4. Família – A autora define este conceito como uma unidade de pessoas com maior obrigação pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma ação forte no seu crescimento e desenvolvimento. Os cuidados prestados pelos pais/ cuidadores, são nomeados de cuidados familiares e incluem todos os cuidados prestados para satisfazer as necessidades básicas da criança. Casey (1993) citada por (Lopes N. M., 2012)
5. Enfermeiro Pediátrico – Casey determina que o papel do EEESIP engloba algumas responsabilidades. O enfermeiro é responsável pelas atividades de cuidados de enfermagem/ familiares, desde ensino, orientação e apoio em técnicas, transmissão de conhecimentos aos membros da família; encaminhamento para outros profissionais. Casey (1993) citada por (Lopes N. M., 2012)

Neste modelo, Casey diferencia cuidados familiares e cuidados de enfermagem, considerando que os primeiros surgem como os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança e os cuidados de enfermagem são os que envolvem alguma diferenciação e têm como meta satisfazer as necessidades presentes em virtude do quadro fisiopatológico. A parceria de cuidados não impõe a distribuição de tarefas nem a existência de limites na participação dos pais nos cuidados à criança, esta definição de limites decorre da combinação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre pais e enfermeiro Casey (1993) citada por (Lopes N. M., 2012).

Lopes (2012), afirma que a negociação da parceria de cuidados implica uma forte comunicação entre os diversos participantes nos cuidados, deste modo, o enfermeiro deve agir como promotor de um processo de negociação e deve aclarar quais os cuidados que a família deseja prestar, desenvolvendo ações conjuntas complementares. O enfermeiro deve ainda realizar o ensino e orientação nos cuidados à família de modo a que a participação dos pais/ cuidadores seja baseada em informações credíveis.

A base dos cuidados centrados na família, identifica a família como uma presença na vida da criança. O sistema de saúde bem como os seus profissionais, devem apoiar e encorajar as potencialidades e as competências da família de forma a desenvolver uma parceria com os pais/cuidadores. Como conceitos básicos podemos definir a capacitação e o empoderamento pois os profissionais capacitam as famílias ao criarem oportunidades para que a família manifeste as suas competências e que possa adquirir novas, de forma a cuidar da criança doente. O empoderamento centra-se na interação dos profissionais com as famílias para estas reconhecerem as mudanças positivas que ocorrem da adoção de novos comportamentos (Hockenberry & Wilson, 2014).

O estabelecimento de uma relação terapêutica surge como a base essencial dos cuidados de enfermagem de qualidade, sendo necessário que o EEESIP promova relações significativas com as crianças e com os pais. Nesta relação terapêutica devem existir fronteiras bem definidas de forma a promover o controlo da família sobre os cuidados à saúde da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente ao tema do *Stress* Tóxico, tanto o Modelo de Promoção da Saúde como o Modelo de Parceria de cuidados preveem que a criança/ jovem e família devem estar envolvidos na prevenção e no tratamento de possíveis experiências adversas assumindo-se que o desenvolvimento de uma relação terapêutica implica que a família se envolva nos cuidados, adotando extrema importância na prestação de cuidados não traumáticos tendo por base a confiança dada pelo enfermeiro. Neste sentido, o uso de estratégias terapêuticas como o uso da brincadeira ou a negociação de cuidados, permite empoderar a criança dando-lhe estratégias de intervenção que constituem uma mais-valia no seu desenvolvimento saudável.

1.3. *Stress* Tóxico: Perspetiva Histórica

Sendo a família designada por um núcleo acolhedor onde a criança se sente protegida, esta deve promover um seio de desenvolvimento e crescimento saudável onde existe proteção e compreensão. A verdade é que esta realidade não é transversal a todas as crianças e muitas delas são acometidas por hostilidades e violência. Com o nascimento de um filho existe uma reestruturação do seio familiar e o surgimento de regras em relação ao próprio casal e ao papel

parental que estes desempenham. O surgimento deste filho pode trazer um crescimento e enriquecimento da família mas também pode resultar numa disfunção da dinâmica familiar e assim colocar em risco as relações entre os pares (Barroso, 2015).

Foi a partir dos anos 70 que se começou a aprofundar o tema dos maus-tratos infantis com consequências no desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental da criança. A partir do final do século XVIII e início do século XIX, a criança passou a ser valorizada, a ter direitos económicos e políticos. Passa a ser o centro da família e é vista como um ser frágil com necessidades e cuidados específicos. Já no século XXI surgiram novas alterações a nível do comportamento da sociedade, surgiram várias instituições públicas e privadas para a defesa dos direitos das crianças e apoio à criança e família (Barroso, 2015).

No passado, eram frequentes os casos de crimes infantis, crianças exploradas pelo trabalho, abandonadas e vítimas de violência física. A partir de 1965, Kempe surgiu com um novo conceito de “criança abusada”, dando referencia às crianças vítimas de abusos físicos ou emocionais, crianças que sofrem de abandono e ainda vítimas de negligência ou abuso sexual (Magalhães, 2010).

A OMS considera que a prevalência de maus tratos infantis é um problema de saúde pública a nível mundial e estima que, atualmente, cerca de 40 milhões de crianças são vítimas de algum tipo de maus-tratos (WHO, 2005).

Segundo Hughes, *et al.* (2019), estima-se que mais de 55 milhões de crianças na Europa sejam afetados por maus-tratos infantis e outras tantas sofram com experiências stressantes, como por exemplo, testemunhar atos de violência doméstica ou conviver com cuidadores que sofrem de doença mental ou com consumos excessivos de substâncias. Em Portugal o tema dos maus-tratos como um problema social começou a ser estudado e debatido a partir dos anos 80. Em 1986 a Sociedade Portuguesa de Pediatria assume este tema em paralelismo com as Regras e Convenções Internacionais sobre os direitos das crianças. Em 1991 surgiram as Comissões de Proteção de Menores com autonomia própria e em parceria com as comunidades locais (Magalhães, 2010).

Segundo Direção Geral da Saúde (2011) p. 7 “ Os maus-tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetuada pelos pais, cuidadores ou outros, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”.

O conceito de família moderna surge também associado ao bem-estar infantil e que se caracteriza por um núcleo onde são estabelecidas relações afetivas e vínculos fortes entre pais e filhos (Magalhães, 2010). Apesar de a família ser definida como uma organização acolhedora onde as crianças se sentem protegidas e recebem amor, existem variadas situações em que isto não acontece e os maus-tratos infantis são uma realidade de vários grupos sociais (Hockenberry & Wilson, 2014). Muitas crianças encaram o medo, a hostilidade ou são vítimas de qualquer tipo de violência. Este tipo de comportamentos são propagados de forma cultural e aceites pela comunidade o que faz com que vão sendo transmitidos de geração em geração e a criança abusada tende, conseqüentemente, a ser um adulto abusivo (Barroso, 2015).

O estudo do desenvolvimento é primordial para compreender o que se espera de um desenvolvimento saudável e expectável nas crianças, os fatores de risco que alteram a sua saúde e adaptação, podendo trazer doenças, assim como os mecanismos que podem proteger, extinguir e alterar os impactos negativos das enfermidades no desenvolvimento das crianças e na dinâmica psicológica e social das famílias. No âmbito da prevenção e tratamento dos problemas de saúde das crianças, deve-se ter em conta as características pessoais da mesma, do seu contexto familiar e hospitalar e ainda dos processos que estão envolvidos no seu desenvolvimento (Linhares, 2016).

Alguns modelos teóricos suportam a compreensão da saúde da criança relativamente ao seu desenvolvimento. Podem destacar-se duas grandes contribuições teórico-conceituais, de Bronfenbrenner e de Samerof, que facultam um relevante suporte para a compreensão dos processos dinâmicos do desenvolvimento infantil. O modelo bioecológico de Bronfenbrenner estabelece que o desenvolvimento humano ocorre através de processos cada vez mais complexos de interação regular, ativa e bidirecional entre o indivíduo em desenvolvimento e o ambiente; este modelo descreve cinco sistemas inter-relacionados de influência ambiental: o microsistema (ambiente em que a pessoa interage de forma direta), o mesossistema (estabelece um sistema de relações entre dois ou mais ambientes), o exossistema (sistema de ligações entre dois ou mais ambientes), macrosistema (reúne os padrões culturais mais amplos) e o cronossistema

(representa a perspetiva de temporalidade com os efeitos da passagem do tempo nos outros quatro sistemas) (Linhares, 2016).

O modelo transaccional do desenvolvimento proposto por Sameroff, inclui os seguintes elementos: a pessoa, o contexto, a regulação e a representação. Sendo que a pessoa inclui a progressão de competência e desempenhos sensoriomotores, cognitivos, afetivos e sociais, enquanto o contexto integra diferentes níveis de sistemas ambientais e as influências bidirecionais entre a pessoa e os diversos contextos. Os outros dois componentes tratam dos processos regulatórios onde se inclui a autorregulação do indivíduo e das representações no âmbito cognitivo-abstrato das experiências pessoais com atribuição de significados (Linhares, 2016).

Na última década surgiu uma crescente consciência dos danos causados pelas experiências adversas no desenvolvimento infantil e por consequência na saúde do adulto. Os avanços nas pesquisas sobre neurodesenvolvimento e epigenética identificaram que o *stress* tóxico no início da vida pode provocar mudanças no desenvolvimento dos sistemas neurológico e fisiológico das crianças. Por sua vez, podem aumentar a suscetibilidade a comportamentos prejudiciais à saúde, doenças mentais e doenças crónicas (Hughes, *et al.*, 2019).

O presente projeto de estágio pretende cooperar na segurança das crianças e jovens, através da sensibilização dos enfermeiros para detetar, sinalizar e prevenir situações de *Stress* Tóxico. Deste modo, é essencial a aquisição de conhecimentos e competências acerca desta temática.

1.4. *Stress* Tóxico: Definição de conceitos

Inicialmente o *stress* foi definido por Hans Selye, em 1959, como uma manifestação de uma síndrome específica, envolvendo alterações no sistema biológico. Possui três fases diferentes: alarme, resistência e exaustão. O stressor é avaliado pela pessoa como ameaçador e incontroável, iniciando um estado psicológico que se trata de uma experiência stressante com componentes biológicos e psicológicos. Posto isto, as experiências que causam *stress* envolvem um estímulo potencialmente stressor, uma avaliação cognitiva do indivíduo da ameaça que este pode representar e um conjunto de respostas psicológicas e fisiológicas específicas. Essas experiências podem afetar sobretudo o desenvolvimento e a saúde da pessoa, principalmente se ocorrerem de forma intensa e repetida (Linhares, 2016).

O futuro de qualquer sociedade depende da sua capacidade para promover o desenvolvimento saudável da próxima geração. Pesquisas sobre a biologia do *stress* mostram que o desenvolvimento saudável pode ser interrompido pela ativação excessiva e prolongada dos sistemas de resposta ao *stress*. Este *stress* tóxico tem efeitos prejudiciais em várias vertentes da saúde física e mental. Aprender a lidar com as adversidades é uma parte imprescindível do desenvolvimento infantil. Quando surge uma ameaça, o corpo prepara-se para reagir aumentando a frequência cardíaca, a pressão arterial e há um aumento de segregação das hormonas do *stress*, quando este sistema é ativado no ceio de um ambiente com relacionamentos de apoio, os efeitos fisiológicos são amortecidos. O contrário surge quando há a inexistência desta base de apoio e se a resposta ao *stress* for extrema e duradoura, o que resulta em danos na arquitetura do cérebro. É por isso importante distinguir os três tipos de resposta ao *stress*:

- A resposta positiva – é uma vertente considerada normal e essencial do desenvolvimento saudável da criança, caracterizada por pequenos aumentos na frequência cardíaca e na segregação hormonal. Situações como o primeiro dia de aulas pode levar a este tipo de resposta.
- A resposta tolerável – neste tipo de resposta, existe a ativação dos sistemas de alerta em maior grau. Se a ativação for limitada no tempo e protegida por relacionamentos com adultos, o cérebro recupera evitando efeitos prejudiciais. A perda de um ente querido pode causar este tipo de resposta.
- A resposta ao *stress* tóxico – ocorre quando a criança experimenta adversidades fortes, frequentes e/ ou prolongadas sem o apoio de um adulto. Esta resposta pode surgir quando existe negligência física e/ ou emocional, abuso de substâncias por parte do cuidador, etc. (Center on the Developing Child, 2021).

O estudo de Oral, *et al.* (2016), enfocou os tipos mais comuns de adversidades encontradas nas crianças dos Estados Unidos, essas experiências adversas incluíam: abuso infantil (emocional, físico ou sexual), negligência infantil (emocional ou física) e disfunção doméstica (violência doméstica, abuso de substâncias, doença mental, atividade criminosa ou ausência dos pais), adversidade económica extrema, *bullying*, violência escolar e violência na comunidade.

A neurociência apoia a epidemiologia das experiências adversas. O cérebro desenvolve-se de forma dependente da sua “utilização”, potencial genético e das experiências. Embora presente ao longo da vida, a capacidade de adaptação do cérebro – neuroplasticidade – é mais robusta desde o período pré-natal até cerca dos 3 anos de idade. O sistema nervoso autónomo recebe informações do corpo sobre o organismo e dos órgãos sensoriais sobre o ambiente externo enviando estas informações para o cérebro onde irão ser processadas e interpretadas, resultado em micro e macro adaptações na sua estrutura e função. A neurociência demonstra que as experiências adversas, na ausência de fatores de proteção e dependendo do tempo, gravidade e frequência, causam hiperativação e/ou ativação prolongada do sistema de resposta ao *stress*, prejudicando o crescimento e desenvolvimento ideal do cérebro e interrompendo a sinalização saudável de todos os sistemas orgânicos (Stillerman, 2018).

A resposta desregulada ao *stress* provoca inflamação e doenças crónicas subsequentes podendo influenciar a expressão genética nesta e nas futuras gerações. Fatores de proteção, como um ambiente seguro e relacionamentos positivos, fornecem esperança de que as respostas biológicas normais a circunstâncias adversas possam ser evitadas ou revertidas, levando à melhoria clínica, cognitiva e funcional (Stillerman, 2018).

A resposta ao *stress* envolve dois sistemas: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e o sistema nervoso simpático. Estes dois sistemas funcionam em colaboração para responder tanto a stressores agudos quanto a stressores crónicos. A ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal tem início no hipotálamo, através da libertação de citocinas pró-inflamatórias que ativam a hormona libertadora de corticotrofina que, por sua vez, estimula a libertação de adrenocorticotropina na glândula pituitária. Consequentemente, esta hormona leva à libertação de cortisol, norepinefrina e epinefrina no córtex adrenal. Toda esta libertação hormonal provocada pelo *stress* vai estimular uma catapulta de respostas de vários sistemas orgânicos, incluindo o hepático (gliconeogénese), cardiovascular (aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial), respiratório (dilatação dos bronquíolos), entre outros (Oral, *et al.*, 2016).

Uma vez que o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal é ativado e o cortisol é libertado na corrente sanguínea, inicia-se um ciclo de *feedback* negativo de forma a mediar a resposta, este ciclo vai atuar como um moderador para evitar que a resposta ao *stress* se torne prejudicial. Na resposta fisiológica e tolerável ao *stress*, esse ciclo de *feedback*, bem como a eliminação do stressor,

ajuda o aumento da segregação de hormonas do *stress* a retornar à linha de base de forma rápida e eficaz. No entanto, no *stress* tóxico, fatores crónicos podem levar à ativação do sistema de resposta, esta ativação tem a capacidade de levar à rotura da estrutura e função dos sistemas neuroendócrino e imunológico. Assim, o excesso de cortisol na circulação é sustentado com a subsequente ativação crónica do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Num curto prazo, esta hiperativação pode resultar numa sobrecarga de cortisol e, em longo prazo, numa relativa falta de cortisol. Ambos os desvios podem resultar em consequências negativas para a saúde pois o excesso de cortisol suprime a resposta imunitária e aumenta as possibilidades de infeção, enquanto a falta de cortisol leva à resposta inflamatória persistente mesmo depois de não ser mais necessária (Oral, *et al.*, 2016).

A desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal também pode provocar modificações de longo prazo no cérebro. Foi demonstrado que o *stress* tóxico provoca mudanças especialmente em cérebros jovens que, por serem mais suscetíveis podem sofrer os efeitos a longo prazo na sua fisiologia e comportamento. Os genes que determinam como o corpo responde ao *stress* estão altamente sujeitos a modificações epigenéticas. Mudanças epigenéticas podem ocorrer via metilação do Ácido Desoxirribonucleico (ADN) e acetilação de histonas que modificam a expressão genética. Enquanto algumas dessas modificações são transitórias, outras são programadas no início da vida e permanecerão incorporadas ao longo da vida da criança com potencial para serem transmitidas para a próxima geração. Foi também demonstrado que as três regiões do cérebro que são mais afetadas pelo *stress* tóxico estão carregadas de recetores glucocorticoides, sendo que estas regiões são o hipocampo, o córtex pré-frontal e a amígdala cerebelosa (Oral, *et al.*, 2016).

Crianças que são vítimas de *stress* tóxico, como foi dito anteriormente, também podem sofrer alterações na amígdala cerebelosa. A amígdala, parte integrante do sistema límbico, é ativada em resposta ao *stress* e tem demonstrado gerar comportamentos impulsivos. O crescimento dendrítico e a proliferação na amígdala levam a um aumento do comportamento impulsivo e, por outro lado, o córtex pré-frontal é a parte do cérebro dedicada ao planeamento e ao controlo dos impulsos. Quando existe *stress* tóxico o córtex pré-frontal está subdesenvolvido, o que faz com que existam menos conexões sinápticas levando ao controlo deficiente dos impulsos (Oral, *et al.*, 2016).

Estas alterações regionais do cérebro podem, em último caso, converter as respostas fisiológicas ao *stress* de um indivíduo em resposta ao *stress* tóxico, por meio das quais a pessoa percebe as experiências benignas como eventos que ameaçam a vida. Estas alterações arquitetónicas do cérebro podem também promover o desenvolvimento de “habilidades” de enfrentamento social e comportamental que estão mal adaptadas às consequências subsequentes para a saúde (Oral, *et al.*, 2016).

Oral, *et al.* (2016) afirma que foi descoberto que o número de experiências adversas está relacionado a vários comportamentos de risco, incluindo abuso de substâncias, uso de tabaco, comportamentos sexuais de risco e obesidade. Em amostras de jovens adultos de 10 países europeus, constatou-se que quantas mais experiências adversas são relatadas, maior a probabilidade de adoção de uso de substâncias (tabaco, drogas e álcool) e da propensão para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Hughes, *et al.*, 2019).

Experiências adversas fetais e na primeira infância, podem levar a interrupções físicas e químicas no cérebro e que podem perdurar o resto da vida. As mudanças biológicas associadas a essas experiências podem afetar vários sistemas de órgãos e aumentar o risco na capacidade de aprendizagem e nos comportamentos futuros mas também em riscos para a saúde física e mental (Center on the Developing Child). Os traumas ocorridos na infância também podem levar a várias causas de morte entre adultos, incluindo doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, doença hepática, cancro do pulmão e doença pulmonar obstrutiva crónica. Um número crescente de experiências adversas estão relacionadas a doenças autoimunes, como artrite reumatoide, cefaleias frequentes, insónia primária e vários biomarcadores de risco metabólico (obesidade, hipertensão, colesterol total alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixa, hemoglobina glicada alta) (Oral, *et al.*, 2016).

Está comprovado que crianças que sofrem de experiências adversas têm maior risco de desenvolver comportamentos de risco (p. ex. abuso de substâncias) e condições (p. ex. doença mental) que podem mais tarde tornar-se em experiências adversas para os seus próprios filhos aumentando, conseqüentemente o risco de tais comportamentos e condições serem transmitidos e perpetuados no tempo (Hughes, *et al.*, 2019).

A negligência severa é uma ameaça tão grande à saúde e ao desenvolvimento quanto o abuso físico pois quando se compara crianças vítimas de maus-tratos físicos evidentes a crianças que experimentaram períodos prolongados de negligência estas, exibem deficiências cognitivas mais graves, problemas de atenção, deficits de linguagem, dificuldades de aprendizagem, comportamento retraído e problemas com a interação com colegas à medida que crescem. Estas evidências sugerem que a interrupção sustentada de desenvolver relacionamentos pode ser mais prejudicial para o desenvolvimento da arquitetura do cérebro do que o trauma físico (Center on the Developing Child).

Existe uma extensa literatura empírica sobre a relação entre o número cumulativo de experiências adversas e os desafios de saúde mental. Os pesquisadores encontraram uma relação entre o número de experiências adversas e os problemas de aprendizagem e comportamentais em crianças e adolescentes, distúrbios somáticos, alucinações, ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo, depressão e tentativas de suicídio. Indivíduos que sofreram de traumas múltiplos e desregulação emocional podem apresentar transtorno de *stress* pós-traumático caracterizado por dissociação e aumento da reatividade automática. Pacientes que sofrem de transtorno de *stress* pós-traumático dissociativo também exibem subcomprometimento emocional criando barreiras no estabelecimento e manutenção de relacionamentos saudáveis e de apoio sendo estes, a base para a recuperação do *stress* (Oral, *et al.*, 2016).

As adversidades na infância também afetam o sono das crianças. Um estudo abordou esta temática e verificou o efeito da depressão materna no sono infantil e constatou que o tempo médio de sono em 24h não diferiu entre filhos de mães deprimidas e não deprimidas mas o sono noturno foi 97 minutos a mais entre crianças de mães não deprimidas e essas crianças acordaram menos durante a noite do que as crianças de mães deprimidas. Outro estudo também descobriu que a vitimização do *bullying* nas idades de 8 e 10 anos estava associada a pesadelos, terrores noturnos, sonambulismo e qualquer tipo de parassónia (Oh, *et al.*, 2018).

Os custos de saúde, sociais e económicos associados às experiências adversas e ao *stress* tóxico são significativos o que aumenta quando se considera a amplitude do impacto durante a vida adulta e ao longo das gerações. Detetou-se que os indivíduos que sofreram de pelo menos seis experiências adversas têm uma estimativa de vida de menos 20 anos que a comunidade saudável (Kimple & Kansagra, 2018).

1.5. Atuação do EEESIP na prevenção do *Stress* Tóxico a crianças e jovens

As recomendações de intervenção podem ser feitas de acordo com a história da criança, reconhecer a coocorrência de adversidades é fundamental para obter uma compreensão mais completa da criança e avaliar a frequência e a gravidade dessas experiências pode ajudar a prever melhor os resultados de desenvolvimento (Lebel, *et al.*, 2019).

As crianças em risco devem ser retiradas das situações perigosas imediatamente. Do mesmo modo, as crianças que são negligenciadas de forma grave, devem receber cuidados responsivos o mais rápido possível. Posto isto, as crianças traumatizadas necessitam de estar em ambientes que restaurem a sua sensação de segurança e que controlem a previsibilidade (Center on the Developing Child).

A alta prevalência de experiências adversas na população e a sua associação com uma ampla variedade de resultados negativos apoiam a necessidade de priorizar a prevenção das mesmas. Dada a complexa interação entre o indivíduo, a família, a comunidade e a estrutura sociopolítica mais ampla, o modelo socioecológico fornece uma boa estrutura conceitual para orientar a prevenção. Para ter o efeito multinível desejado, estratégias para prevenir a ocorrência de experiências adversas e os seus impactos são necessários em todos os níveis. Seguindo a abordagem de saúde pública, a prevenção primária inclui esforços para prevenir experiências adversas para que as crianças cresçam com menos exposição à adversidade e sejam menos propensas a transmitir estes comportamentos de geração em geração (Oral, *et al.*, 2016). Esta é mais eficaz quando se concentra no apoio aos cuidadores durante os períodos perinatal e da primeira infância, permitindo que os cuidadores dediquem atenção aos filhos, fortalecendo a sintonia e o apego, reduzindo o *stress* tóxico e construindo fatores de proteção e resiliência (Stillerman, 2018).

A prevenção secundária inclui esforços imediatamente após uma experiência adversa para reduzir as consequências imediatas e de curto prazo, já a prevenção terciária inclui esforços para tratar as consequências a longo prazo (Oral, *et al.*, 2016).

Os 53 estados-membros da Região Europeia da OMS adotaram o plano “Investindo nas Crianças: O Plano de ação europeu para a prevenção de maus-tratos infantis” que visa reduzir os

maus-tratos infantis através da implementação de programas de prevenção que abordam os fatores de risco e proteção (Hughes, *et al.*, 2019).

Compreender a prevalência de experiências adversas e os fatores de risco, bem como identificar indivíduos que experimentaram experiências adversas, é um elemento crítico para uma abordagem abrangente para a prevenção. No entanto, um foco na prevenção primária de experiências adversas, em que a incidência de adversidades é reduzida a nível populacional, terá um maior impacto individual e social. Para atingir estes objetivos as intervenções devem focar o fortalecimento da resiliência individual e comunitária, em vez de apenas identificar e responder às adversidades individuais, fortalecendo as comunidades e reduzindo a disparidade de recursos através de, por exemplo, programas de prevenção de abuso infantil (Oral, *et al.*, 2016).

As estratégias preventivas centram-se principalmente a nível individual e familiar, os serviços de proteção à criança são um exemplo amplamente implementado em vários países. No entanto, existem novos programas que permitem identificar e responder às experiências adversas de uma forma mais breve e prevenindo o agravamento da situação da criança (Oral, *et al.*, 2016).

Intervenções como os primeiros socorros psicológicos implementados nas escolas ou nos cuidados de saúde primários podem também fornecer a oportunidade de identificar as crianças afetadas de forma precoce. Os primeiros socorros psicológicos identificam as crianças e os seus cuidadores imediatamente após uma experiência adversa e fornece informações, educação, conforto e apoio, o que resulta na aceleração da recuperação, promoção da saúde mental e aumento da resiliência (Oral, *et al.*, 2016).

Os transtornos mentais são uma das principais causas de incidência de doenças entre os 15-49 anos de idade na Europa. Estima-se que afetem mais de 1/3 da população a cada ano e a OMS destaca a necessidade de um progresso acelerado nesta área. O plano de ação europeu para a saúde mental (2013-2020) enfatizou a importância de reduzir as experiências adversas através da consciencialização, aumento do conhecimento e garantia de intervenção precoce. Existe uma base de evidências em desenvolvimento para programas que previnem as experiências adversas, esta incluem: programas de visita domiciliar e programas para pais de forma a prevenir os maus-tratos, melhorar as suas habilidades e fortalecer as relações pais-filhos. Este

plano também oferece oportunidades para que os profissionais identifiquem e ajudem os pais com dificuldades, incluindo doenças mentais, abuso de substâncias e violência doméstica (Hughes, *et al.*, 2019).

De forma a detetar de uma forma mais eficaz uma criança em risco de *stress* tóxico, torna-se imperativo conhecer os fatores de risco para adversidades na infância, Stillerman (2018) identifica alguns, sendo eles: idade <4 anos; necessidades especiais que aumentam a carga do cuidador; uso e exposição à mídia; conhecimento dos pais e défices de habilidades; história parental de abuso ou negligência; abuso de substâncias na família ou problemas de saúde mental; vulnerabilidade social dos pais; adultos transitórios não biológicos em casa; crenças dos pais que justificam os maus-tratos; isolamento social; relações pobres ente pais e filhos; e instabilidade residencial.

Como intervenções preventivas também se pode destacar na literatura a terapia cognitivo-comportamental sendo esta caracterizada por ser a abordagem mais comum para reduzir os sintomas psicológicos de traumas que poderão estar direcionados a todos os elementos da família. Revisões sistemáticas da literatura sobre a eficácia desta terapia, mostram que esta detêm um efeito na redução dos sintomas do transtorno de *stress* pós-traumático, depressão e ansiedade e ainda demonstra potencial para alterar disfunções do sistema nervoso (Oral, *et al.*, 2016).

Existe também uma consciência crescente do papel da resiliência na proteção de indivíduos que sofrem de experiências adversas de desenvolverem efeitos nocivos. A resiliência é considerada a capacidade de resistir, de se adaptar e recuperar das adversidades (Kimple & Kansagra, 2018). O conceito ajuda a explicar por que algumas pessoas conseguem desenvolver-se de forma saudável apesar de adversidades significativas na infância. Posto isto, a relação entre experiências adversas e a saúde precária do curso de vida não é determinante e a construção da resiliência das crianças pode ajudá-las a superar as adversidades. Os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da resiliência na infância incluem habilidades interpessoais, sensação de controlo sobre as circunstâncias pessoais e fortes vínculos com as tradições culturais. No entanto, o alicerce mais forte de resiliência é considerado na disponibilidade de relacionamentos estáveis e afetuosos com membros da família ou outros adultos significativos (Hughes, *et al.*, 2019).

A implementação de uma estrutura comum em todas as unidades de atendimento à criança será importante para documentar perfis de exposição para futuras necessidades de avaliação. Além disso, deve considerar-se todos os fatores como a história pré e pós-natal de uma criança juntamente com os seus pontos fortes e deficits, desta forma pode determinar-se quais as intervenções mais apropriadas para as necessidades específicas de cada criança e como podem ser modificadas para que o individuo tenha sucesso. O aumento de apoio durante a infância e na adolescência tem um impacto direto nos resultados bem-sucedidos na idade adulta, desde que se compreenda e se dê continuidade às estratégias necessárias para adultos vulneráveis (Lebel, *et al.*, 2019).

A triagem para exposição a adversidades na infância, fatores de proteção e impactos de uma resposta ao *stress* tóxico pode ser o primeiro passo para fornecer apoio direcionado para crianças em risco e para os seus cuidadores. Além da triagem, a *American Academy of Pediatrics* recomenda estratégias como a integração da saúde comportamental na criança, oferecendo apoio aos pais, fornecendo educação baseada em pares e identificando recursos da comunidade para ajudar a promover a resiliência e mitigar os efeitos das adversidades na infância (Oh, *et al.*, 2018).

Em jeito de resumo, o EEESIP possui competências científicas que lhe permitem avaliar a criança/ jovem e família e desta forma prevenir, detetar e sinalizar situações de risco. Deve agir com base no estabelecimento de uma relação terapêutica que lhe permite criar um sentimento de confiança para que a criança/ jovem e família possa exprimir os seus sentimentos e inseguranças. Deste modo, o EEESIP pode intervir tanto a nível hospitalar como a nível comunitário através de, por exemplo, a visitação domiciliário ou através de programas de saúde escolar.

2. CUIDAR DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DE STRESS TÓXICO – A INTERVENÇÃO DO EESIP NA DETEÇÃO, SINALIZAÇÃO E PREVENÇÃO – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da realização dos Estágios I e Estágio Final, com o objetivo de obter e desenvolver competências de Mestre e competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, propus elaborar um projeto de intervenção no âmbito das crianças e jovens em risco de *Stress* Tóxico, particularmente acerca da atuação do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção desta temática.

Este projeto de intervenção enquadra-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e seguiu a metodologia de projeto. Posto isto, pretende dar resposta aos objetivos gerais do Curso de Mestrado, onde se devem desenvolver competências e conhecimentos que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados tendo como base uma prática especializada, fundamentada na evidência científica e ajustada aos sistemas de referência éticos e deontológicos que dirigem a profissão, contribuindo para o desenvolvimento e reconhecimento enquanto disciplina.

A metodologia de projeto tem como principal foco a resolução de problemas e através deste método adquirir capacidades e competências individuais para a elaboração de projetos numa situação real. Esta metodologia situa-se como uma ponte entre a parte teórica e a prática, sendo que a sua base é o conhecimento teórico para, a *posteriori* poder ser aplicado na prática. A metodologia de projeto segue uma linha norteadora de fases distintas, sendo elas: conceptualização da metodologia de projeto; diagnóstico de situação; definição dos objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação dos resultados. Como característica principal pressupõe a intencionalidade pois dá sentido às atividades realizadas. Os autores são responsáveis pelas etapas do trabalho bem como das suas escolhas, supondo por isso autonomia e iniciativa própria.

O projeto centra-se num problema existente e implica complexidade na sua elaboração, podendo surgir dúvidas durante o processo, é composto por várias fases e prolonga-se num período de tempo, desde a deteção do problema até a divulgação dos resultados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

O presente capítulo foi elaborado tendo em conta a metodologia de projeto e respeita as fases do mesmo. Primeiramente será elaborada uma análise dos contextos de estágios frequentados e a população-alvo abordada de forma a realizar o diagnóstico da situação; a seguir, a fase de planeamento onde serão designados os objetivos gerais e específicos deste projeto; posteriormente segue-se a fase de execução com a descrição das atividades organizadas e, por fim, serão discutidos os resultados obtidos no decorrer deste projeto e feita a sua avaliação.

2.1 Enquadramento do Projeto: das Consultas Externas aos Cuidados Hospitalares

A organização do curso de Mestrado em Enfermagem frequentado, divide os locais de estágio em duas unidades curriculares, com quatro contextos clínicos distintos: o Estágio I e o Estágio Final, sendo que o primeiro decorre nos cuidados de saúde primários/ consultas externas e o segundo decorre em ambiente hospitalar. O enquadramento do contexto em que o projeto se concretizou pretende caracterizar os serviços em questão, tendo em conta as suas características e necessidades, de forma a planear estratégias e atividades adequadas a cada um deles.

Entre o dia 2 de Novembro de 2020 e o dia 11 de Dezembro de 2020 decorreu o Estágio I, com a duração de 6 semanas, e teve lugar nas Consultas Externas de Pediatria de um hospital da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS Alentejo). O Estágio Final teve uma duração de 18 semanas, entre o dia 18 de Janeiro de 2021 e o dia 21 de Maio de 2021, sendo que este estágio foi dividido em três contextos com a duração de 6 semanas cada um, o primeiro decorreu no Serviço de Internamento de Pediatria, o segundo na Urgência Pediátrica e o terceiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), todos eles foram frequentados no mesmo hospital da ARS Alentejo.

Este hospital é um serviço do Ministério da Saúde, e tem como foco de atuação a região do Alentejo e a sua ação pretende organizar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde essenciais à comunidade. A sua missão consta em garantir à população da sua área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de excelência, adaptando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e incentivar a adesão ao Plano Nacional de Saúde na região. De forma a atingir os seus objetivos, a ARS Alentejo conta com um total de 5 hospitais e 48 centros de saúde (ARS Alentejo, 2021).

O hospital tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, adaptados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. Como objetivos pretende cooperar para a obtenção de ganhos de saúde em junção com os cuidados de saúde primários e com o setor social e privado; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; melhorar o acesso e a apropriação da oferta de serviços; melhorar a eficiência técnica e económica; aperfeiçoar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; valorizar o capital humano. Esta unidade hospitalar é a principal unidade hospitalar do Alentejo, a que oferece a maior diferenciação de cuidados, recebe os doentes da região do Alentejo central (152.865 habitantes) e ainda doentes provenientes do Alto e do Baixo Alentejo (345.939 habitantes) (HESE, EPE, 2021).

2.1.1 Consultas Externas de Pediatria

Relativamente às consultas externas, este hospital da ARS Alentejo apresentou um grande desenvolvimento pois aumentou de forma significativa esta atividade de 158.642 consultas em 2018 para 213.610 no ano de 2019 (HESE, EPE, 2021). Segundo os dados da PORDATA (2021), e especificamente para as consultas externas de pediatria, o hospital em questão desenvolveu cerca de 8.925 consultas. As consultas de pediatria decorrem em espaço próprio, existindo várias especialidades, são elas: Pediatria Médica, Pediatria Familiar, Neonatologia, Nefrologia, Nutrição/ Obesidade, Apoio ao desenvolvimento, Apoio à criança em risco, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Consulta de Adolescentes, Psiquiatria infantil e da adolescência, Pedopsiquiatria, Reabilitação Pediátrica, Alergologia infantil, Apoio neurologia infantil, Psicologia infantil, Avaliação de risco neonatal, Endocrinologia pediátrica, Apoio Hematologia infantil e Consulta de Urgência Pediátrica (HESE, EPE, 2021).

As Consultas Externas de Pediatria, anteriormente, decorriam no hospital em questão, mas após a instalação da pandemia provocada pela Covid-19, estas consultas migraram para um edifício próprio. Este edifício possui um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamento e vários gabinetes médicos. Conta também com uma sala de espera específica para as crianças. A equipa multidisciplinar conta com vários médicos das variadas especialidades, 3 enfermeiras, 2 assistentes operacionais e 2 administrativos. Das 3 enfermeiras que constituem a equipa, 2 são EEE-SIP e 1 é enfermeira de cuidados gerais. Os registos informáticos são realizados no programa informático ALERT® que utiliza a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

As consultas de enfermagem são realizadas pelas enfermeiras presentes e dependem da especialidade da consulta médica, ou seja, são avaliados parâmetros diferentes em detrimento do tipo de consulta médica. Por exemplo, na consulta de Pediatria Médica a consulta de enfermagem segue as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), enquanto na consulta de Endocrinologia Pediátrica são avaliados parâmetros como a glicémia capilar e a hemoglobina glicada.

Nas consultas de vigilância infantil e juvenil pretende-se que as intervenções de enfermagem concretizem os objetivos propostos para a obtenção contínua de ganhos em saúde. Deste modo pretende-se avaliar o crescimento e desenvolvimento e inscrever os dados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; promover comportamentos saudáveis dando enfoque a nutrição adequada, à prática de exercício físico, à prevenção de consumos nocivos e à adoção de medidas de segurança; estimular a imunização conforme o Plano Nacional de Saúde; enfatizar a importância da saúde oral; atuar na prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, dos acidentes e intoxicações, nos maus-tratos e ainda nos riscos da exposição solar inadequada; a promoção do aleitamento materno também deverá ser realizada quando a situação se adequar; detetar de forma precoce e encaminhar situações de risco; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades; sinalizar e oferecer apoio contínuo às crianças com doença crónica/ deficiência e às suas famílias; garantir a realização do encaminhamento genético; sinalizar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus-tratos; promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e jovens; auxiliar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar (Direção Geral da Saúde, 2021).

O PNSIJ prevê que as consultas sejam realizadas em idades-chave que correspondem a etapas importantes de desenvolvimento, da socialização, alimentação e escolaridade. São privilegiados os cuidados antecipatórios com o intuito de promover a saúde e prevenir as situações de doença e a deteção precoce e respetivo encaminhamento de situações de risco com consequências na saúde da criança (Direção Geral da Saúde, 2021).

Nas consultas de Cirurgia Pediátrica são também feitos pensos cirúrgicos e realizada a aplicação de gesso e talas funcionais nas crianças com alterações funcionais a nível dos membros inferiores. A Consulta de Endocrinologia deste hospital integra o Centro da Diabetes Mellitus tipo 1 o que permite a colocação de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina, nesta fase é a enfermeira que faz todo o ensino aos pais e à criança relativamente à colocação e manutenção da bomba e a médica dá o seu apoio com a parte clínica.

Aquando a instalação da atual pandemia, os serviços hospitalares foram reorganizados e o Hospital de Dia pediátrico passou do Serviço de Internamento para as Consultas Externas. Procedimentos como pensos de cateteres centrais, colheitas de sangue através cateter central e administração de fármacos específicos (por exemplo, Synagis® e Decapeptyl®) por via intramuscular também passaram a ser feitos nestas instalações.

2.1.2 Serviço de Internamento de Pediatria

O Estágio Final teve início no Serviço de Internamento de Pediatria do mesmo hospital da ARS Alentejo e decorreu num período de 6 semanas. Este serviço presta cuidados a crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, tendo como área de influência o distrito em que se encontra e parte dos distritos limítrofes, conta também com uma Unidade de Cirurgia Pediátrica de referencia para todo o Alentejo prestando cuidados a crianças e jovens até aos 18 anos dos distritos de Portalegre, Évora e Beja. As atividades do deste serviço regulam-se pelos seguintes objetivos: promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens da região; aumentar a quantidade de serviços e melhorar a qualidade dos mesmos; lutar e promover a humanização no Serviço; permitir e desenvolver a formação do pessoal; desenvolver o Serviço de forma a que este tenha um papel ativo e interventivo no hospital e na comunidade em que está inserido (HESE, EPE, 2021).

Relativamente aos episódios de internamento, este serviço foi responsável por 9.6% do total de internamentos no ano de 2017. O Serviço de Pediatria é composto por enfermaria de pediatria geral, cirurgia de ambulatório, telemedicina, pediatria social, intervenção precoce e intervenção na comunidade (HESE, EPE, 2021). A equipa multidisciplinar é constituída por pediatras e internos de pediatria, enfermeiras, assistentes operacionais, assistentes administrativas, psicóloga, educadora e assistente social. A equipa de enfermagem é composta por 16 enfermeiras todas elas EEESIP. Como método de trabalho utilizam o método individual e os doentes são distribuídos por cada enfermeira em cada turno. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático Alert®.

As crianças e jovens internados neste serviço têm a possibilidade de permanecer com um adulto de referência. No atual contexto de pandemia a criança/ jovem e o adulto que irá permanecer no internamento, são sujeitos ao teste para pesquisa de SARS-CoV-2 no momento de admissão e, segundo o protocolo do hospital, de 5 em 5 dias enquanto permanecerem internados.

2.1.3 Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo contexto do Estágio Final decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica do mesmo hospital da ARS Alentejo, num período de 6 semanas. A Urgência Pediátrica contribui para um melhor atendimento ao doente pediátrico e à sua família e para uma melhoria na humanização dos cuidados prestados (HESE, EPE, 2021).

No ano de 2017 ocorreram cerca de 73.241 episódios de urgência sendo que destes, 27.9% correspondem a episódios de urgência de crianças e jovens em idade pediátrica (HESE, EPE, 2021). Este serviço tem um espaço próprio e dispõe de uma Unidade de Internamento de Curta Duração, com 3 camas. A equipa é constituída por pediatras em regime de presença física e conta também com um cirurgião pediátrico em regime de prevenção. Conta com 18 enfermeiros, todos eles EEESIP, e assistentes operacionais, quando necessário dispõem também do apoio da psicóloga e do assistente social. Os registos de enfermagem são realizados em formato informático no programa Alert®.

Os enfermeiros são distribuídos, pelo chefe de equipa, pelos vários postos de trabalho, sendo eles: sala de triagem, sala de doentes respiratórios e unidade de internamento de curta duração. Com a atual pandemia o serviço foi reformulado pois anteriormente dispunha de 2

unidades de internamento de curta duração, hoje em dia, uma dessas unidades foi convertida para sala de doentes respiratórios. Para esta sala são encaminhados crianças/ jovens com sintomas sugestivos de COVID-19 e aqui permanecem em isolamento até terem resultado do teste para pesquisa de SARS-CoV- 2 negativo.

Neste serviço também é possível a permanência dos pais/ cuidadores e apenas na unidade de internamento de curta duração é necessária a realização de teste para pesquisa de SARS-CoV-2.

2.1.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O último contexto do Estágio Final decorreu na UCIN do mesmo hospital da ARS Alentejo. A região do Alentejo teve uma Taxa Bruta de Natalidade de 7.6% sendo que a área do Alentejo Central, onde se encontra a unidade hospitalar em questão, teve uma taxa de 7.4% no ano de 2020 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2021) a taxa mundial de parto pré-termo é de 11%, tendo uma variedade de 5% nos países Europeus e de 18% em África. Atualmente nascem cerca de 15 milhões de prematuros por ano, sendo que em Portugal a prematuridade afeta cerca de 8% dos nascimentos e a prevalência de prematuros abaixo das 32 semanas é de 1.2%. A taxa de mortalidade neonatal é de 1.8/ 1000 nados vivos, permitindo que Portugal se encontre no 9º lugar entre 162 países (Sociedade Portuguesa de Pediatria , 2021). Estudando os dados do INE, pode verificar-se que entre 2013 e 2018 houve um aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso < 2500 gramas), o que corresponde a cerca de 9% da totalidade de nados-vivos nascidos em 2018.

A UCIN deste hospital foi considerada pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil como um Apoio Perinatal Diferenciado em 2001 e tem como missão assegurar Cuidados Intensivos Neonatais a toda a região do Alentejo e de outros distritos (HESE, EPE, 2021). A UCIN está situada junto à sala de partos e, atualmente, tem uma lotação de 10 camas, destas 3 são de cuidados intensivos, 6 de cuidados especiais/ mínimos e 1 cama de isolamento. Como em todos os serviços, também esta unidade sofreu reformulações com a atual pandemia, sendo necessário reduzir o número de camas e reestruturando as salas disponíveis. Neste momento, dispõe da sala A que se destina à prestação de cuidados intensivos, a sala B que se destina aos cuidados especiais e aos cuidados mínimos e a sala C que é a atual sala de isolamento para onde são

encaminhados os recém-nascidos (RN) de mães suspeitas/ positivas para COVID-19. Dispõe ainda de 3 quartos destinados aos pais que necessitem pernoitar no hospital no entanto, devido as atuais contingências estes quartos encontram-se encerrados. Os pais podem permanecer na Unidade durante o dia, de forma alternada, e estão sujeitos à necessidade de realização de teste para pesquisa de SARS-CoV- 2 a cada 5 dias.

A UCIN conta com uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiras, pediatras, assistentes operacionais, fisioterapeuta e assistente administrativa. A equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiras, todas elas EEESIP. O método de trabalho estabelecido é o individual e os registos de enfermagem são realizados em suporte papel e arquivados no processo clínico de cada RN.

2.2 Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e centra-se na elaboração de um relatório descritivo sobre a situação-problema detetada e onde se pretende atuar. Quando se desenvolve um projeto na área da saúde, o investigador deve diagnosticar quais as necessidades da população de forma a desenvolver estratégias e ações, tendo em conta os recursos disponíveis, e com o objetivo de promover o trabalho de equipa entre os profissionais de saúde e, deste modo, capacitar e motivar a autonomia da população (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010)

Um projeto na área da saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de oferecer benefício num longo período de tempo, tendo como especificidades: dar benefícios que se possam manter no tempo e que mesmo quando o projeto termine, ainda se sintam os seus efeitos; dinamizar iniciativas na equipa multidisciplinar; possibilitar o desenvolvimento geral, inovador e irreversível, de forma independente e com base nos recursos disponíveis. Assim, a elaboração de um projeto tem como finalidade satisfazer as necessidades de determinada população de modo a dissolver ou minorar os problemas de saúde identificados e ainda otimizar e elevar a eficácia dos serviços prestados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A definição da situação problemática é prolongada, duradoura e atualizada de forma contínua sendo por isso, esta fase, caracterizada por um processo dinâmico. Assim, a primeira fase da metodologia de projeto, é contínua e parte de um ponto apurado, tendo como foco de atenção as alterações que possam ocorrer durante este processo. Deste modo, é imprescindível que o diagnóstico da situação seja executado em tempo útil de forma a permitir a implementação das medidas resolutivas (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

O diagnóstico da situação leva também ao esclarecimento de dois outros conceitos, o problema e a necessidade. O problema é um estado de saúde julgado pelo indivíduo, pelo médico ou pela equipa, como deficitário, e a necessidade é definida como a diferença entre o presente e o estado de saúde que se pretende obter (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

O diagnóstico da situação é dividido em quatro fases, sendo elas: a deteção do problema existente; a avaliação prognóstica dos problemas de forma a prever as alterações que possam surgir na população; identificar a causa dos problemas detetados e qual o seu grau de vulnerabilidade e influência na população; e por fim, a determinação das necessidades, verificando as suas diferenças entre o presente e o que se pretende atingir (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A primeira fase da elaboração do projeto centra-se na identificação do problema, sendo caracterizada por uma fase fulcral para o sucesso do mesmo. Genericamente, os problemas podem surgir da opinião de especialistas de um determinado contexto, de pesquisas feitas em bases de dados, de sugestões ou questões deixadas em aberto em investigações anteriores. O problema deve ser concreto e real, deve ter condições para ser estudado, ser operacionalizado com base numa hipótese científica, ter relevância prática e teórica e ainda ser claro e compreensível para os profissionais da área (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Segundo Fortin (2009), a escolha da temática estudada está intimamente ligada à disciplina ou profissão do investigador e relacionado com as preocupações clínicas ou profissionais.

Deste modo, os temas estudados podem nascer de diversas combinações como os contextos clínicos, as observações, as investigações publicadas e as teorias já existentes (Fortin, 2009). Nesta linha de orientação, a escolha do tema do presente estudo deveu-se à observação da problemática em contexto clínico na prestação de cuidados, sendo um tema pouco conhecido pelos enfermeiros e uma temática ainda pouco abordada em Portugal.

Os trabalhos já publicados e a investigação já existente sobre o tema consistem na fonte de estudo, pois as questões debatidas anteriormente podem sempre ser discutidas tendo em conta outro ponto de vista (Fortin, 2009). Posto isto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, nomeadamente a clarificação de conceitos, quais as consequências do *Stress* Tóxico e ainda o papel do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção do *Stress* Tóxico em crianças e jovens.

Segundo Magalhães (2010), na temática da proteção das crianças e jovens em risco existem grandes lacunas no sistema Português, devido à falta de respostas e recursos institucionais diferenciados bem como da formação de profissionais competentes. Esta formação deve incidir na sinalização, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção e proteção destas crianças e jovens.

Segundo Fortin (2009), os temas sociais podem integrar temas de estudo. Deste modo, considerou-se que o tema do *Stress* Tóxico é um problema social pois existe na sociedade atual e reflete-se com graves repercussões para as crianças e jovens e toda a comunidade deve intervir de forma ativa garantindo o superior interesse da criança.

De acordo com o que está representado na pirâmide da subsidiariedade, a proteção das crianças é da responsabilidade e obrigação de toda a sociedade. Deste modo, qualquer indivíduo que tenha conhecimento de que uma criança ou jovem possa estar em situação de perigo, deve comunicar à CPCJ da sua região (CNPDPJ, 2021).

Segundo CNPDPCJ (2021), no ano de 2019 foram comunicadas à CPCJ 43.796 situações de perigo, o que representa um aumento de 4743 casos relativamente ao ano anterior. Quanto ao sexo, foram comunicadas mais situações de crianças e jovens do sexo masculino, 23542 (54%), do que do sexo feminino, 20254 (46%). Quanto ao escalão etário, existiram cerca de 11041 comunicações (25%) de crianças e jovens entre os 11-14 anos, entre 15-17 anos com 10664 comunicações (24%), entre os 6-10 anos com 9580 comunicações (22%) e entre 0-2 anos cerca de 5164 comunicações (12%). No distrito de Évora foram comunicadas cerca de 581 situações de risco das quais foram diagnosticadas 216 (CNPDPJ, 2021).

A violência doméstica é a situação de perigo mais comunicada, seguida da negligência e comportamentos de perigo na infância e juventude. Relativamente às entidades comunicantes, as forças de segurança foram as principais seguidas das escolas e Ministério Público (CNPDP, 2021).

Nesta fase da metodologia de projeto, importa também definir a população-alvo, ou seja, a comunidade que vai ser intervencionada, onde se irá colher a informação necessária e onde os elementos que a constituem possuem características semelhantes. Não sendo passível de estudar a totalidade da população-alvo, estudar-se-á apenas uma amostra da mesma. Neste estudo, a amostra é não probabilística accidental, pois foi o local e o momento que determinaram a sua escolha. Uma amostra accidental ou denominada de conveniência determina que os sujeitos da população-alvo se encontrem disponíveis e que se enquadrem em determinados critérios de inclusão e tem como inconvenientes o facto de ser uma amostra pouco representativa da população geral o que resulta numa generalização limitada (Fortin, 2009).

Resumidamente, a fase de diagnóstico da situação centra-se na identificação do problema através de instrumentos de colheita de dados e na análise da informação. De forma a efetivar esta etapa, os métodos mais comuns de colheita de dados são a entrevista, o questionário, métodos de análise de situação como a análise SWOT, cadeia de valores, FMEA e *Stream Analysis*. A observação também tem extrema importância nesta fase pois permite compreender o contexto e os intervenientes estudados. Os questionários podem ter dois formatos, abertos ou fechados, e quanto mais fechados forem, mais vantajosos serão em grandes amostras; já os questionários abertos permitem respostas mais personalizadas e deverão ser utilizados em amostras pequenas pela grande variedade de respostas que poderão surgir. Escalas de avaliação, como a Escala de *Likert*, permitem que o indivíduo responda numa escala gradual entre o acordo e o total desacordo. A entrevista é um meio de diagnóstico que pode ser utilizado em formato individual ou em grupo pois pretende recolher informação (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Para a realização deste projeto, foi escolhida a aplicação de um questionário (Apêndice A) elaborado para este efeito e assim obter dados, tratar e organizar a informação de forma rigorosa e pormenorizada. Este está dividido em duas partes e tem como objetivo identificar o conhecimento e a atuação das equipas de enfermagem que se encontram a prestar cuidados em diferentes contextos pediátricos (Consultas Externas, Internamento de pediatria, Urgência pediátrica e

UCIN) acerca da problemática do *Stress* Tóxico; na primeira parte é caracterizada a amostra enquanto na segunda parte é abordada a temática do *Stress* Tóxico em crianças e jovens.

Na aplicação deste questionário às equipas de enfermagem, foram tidos em conta todos os aspetos éticos e legais através da autorização formal da referida instituição, pela aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja e, de forma individual a cada um dos enfermeiros, através do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice B). Importa também referir que, anteriormente à aplicação dos questionários, foi apresentado o projeto aos Enfermeiros Coordenadores e Enfermeiros Orientadores de cada um dos locais de estágio frequentados, o que permitiu confirmar a pertinência do tema estudado. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente.

Como foi dito anteriormente, a primeira parte do questionário centrou-se na caracterização da amostra de cada um dos contextos frequentados no Estágio I e no Estágio Final.

A amostragem das Consultas Externas é constituída por 3 enfermeiras, todas participaram, o que demonstra uma taxa de adesão de 100%. Todos os elementos são do sexo feminino, 2 elementos têm entre 40-49 anos (66.7%) e um elemento tem entre os 50-59 anos (33.3%). Quanto às habilitações literárias, um elemento tem o Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica (33.3%), um elemento tem o Curso de Mestrado em ESIP (33.3%) e o outro elemento tem Licenciatura em Enfermagem (33.3%). Relativamente aos anos de experiência profissional nas Consultas Externas de Pediatria, um elemento tem entre 0-5 anos (33.3%) e os outros 2 elementos têm entre 11 a 15 anos (66.7%). No que diz respeito à formação continua sobre a temática estudada, todos os elementos (100%) responderam que nunca terão assistido a nenhuma.

No Serviço de Internamento de Pediatria, dos 16 elementos que compõem a equipa, participaram 12 elementos, o que corresponde a 75% de adesão. A equipa é constituída na sua totalidade por indivíduos do sexo feminino (100%) e as suas idades dividem-se: um elemento entre os 20-29 anos (8.3%), 2 elementos têm entre 30-39 anos (16.6%), 6 elementos entre 40-49 anos (50%) e por fim 3 elementos têm entre 50-59 anos (25%). Dos elementos questionados, 2 enfermeiras têm Mestrado em Enfermagem com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (16.6%) e os restantes 10 indivíduos têm Especialidade em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediátrica (83.4%). Três enfermeiras têm entre 0-5 anos de experiência profissional no serviço (25%), 3 elementos têm entre 6-10 anos de experiência (25%), 2 entre 11-15 anos (16.6%), 2 elementos têm entre 16-20 anos de experiência (16.6%) e por fim, 2 elementos têm mais de 20 anos de experiência (16.6%). A totalidade da equipa (100%) refere que nunca teve formação em serviço no tema do *Stress* Tóxico.

Na Urgência Pediátrica dos 18 elementos que constituem a equipa participaram 13 enfermeiros (72.2%). Dos elementos que participaram, um é do sexo masculino (7.7%) e a restante amostragem é constituída por elementos do sexo feminino (92.3%). Relativamente às idades 2 elementos têm entre 20-29 anos (15.4%), 7 elementos têm entre 30-39 anos (53.8%), 1 elemento tem entre 40-49 anos (7.7%) e por fim, 3 elementos têm entre 50-59 anos (23%). Quanto às habilitações literárias, 9 elementos têm o Curso de pós-licenciatura em Enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica (69.2%) e os restantes 4 elementos possuem o Mestrado em Enfermagem na área da Saúde Infantil e Pediátrica (30.8%). Sete dos elementos da amostra tem entre 0-5 anos de experiência profissional neste serviço (53.8%), 3 enfermeiros têm entre 6-10 anos de experiência (23%), um elemento tem entre 11-15 anos (7.7%) e 2 indivíduos têm mais de 20 anos de experiência (15.4%). Quanto à participação em alguma sessão de formação relativamente ao tema do *Stress* Tóxico, toda a amostra (100%) refere que nunca participou em nenhuma.

Na UCIN a taxa de participação foi de 55% pois participaram 11 enfermeiras das 20 que constituem a equipa. Todos os elementos são do sexo feminino, o que correspondem a 100% da amostra. Quanto às idades, 2 indivíduos têm entre 30-39 anos (18.2%), 6 têm entre 40-49 anos (54.5%) e 3 têm entre 50-59 anos (27.3%). Toda a amostra (100%) é especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Duas enfermeiras têm 0-5 anos de experiência em Neonatologia (18.2%), 3 elementos têm 6-10 anos de experiência (27.3%), 3 indivíduos têm entre 11-15 anos (27.3%), 2 entre 16-20 anos (18.2%) e um elemento com mais de 20 anos de experiência (7.7%). Quanto á questão “Assistiu a alguma sessão de formação sobre a temática do *Stress* Tóxico em crianças e jovens, no âmbito da formação continua?”, todos os elementos (100%) responderam “Não”.

A segunda parte do questionário centra-se no conhecimento das equipas de enfermagem sobre a temática em estudo. Os dados serão apresentados de modo conjunto, de forma a ter uma visão generalizada, o que corresponderá à realidade da amostragem (39 enfermeiros). Deste modo, em relação ao conhecimento sobre a temática do *Stress* Tóxico (Figura 1), os enfermeiros classificaram o seu grau de conhecimento de 1 a 5 sendo que 1 significa “Não tenho nenhum conhecimento” e 5 “Conheço muito bem”. Como se pode verificar na Figura 1, a maioria dos enfermeiros classifica o seu conhecimento no nível 3, poucos no nível 1 e 4 e o nível 5 não foi classificado por nenhum enfermeiro. Pode concluir-se que a generalidade dos enfermeiros conhece o tema num nível moderado.

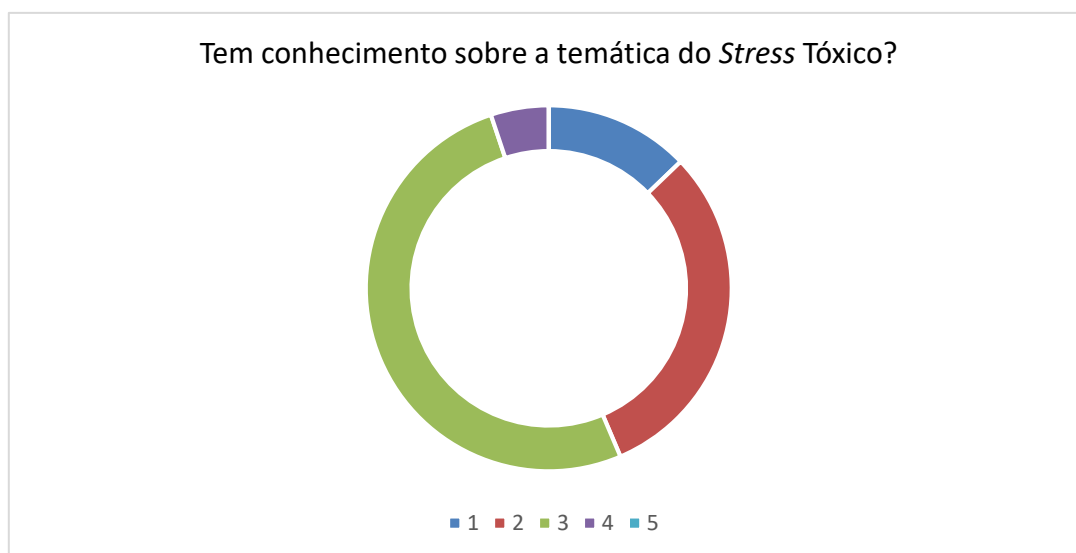


Figura 1- Distribuição da resposta dos Enfermeiros em relação ao conhecimento sobre a temática estudada; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados

Quanto à capacidade para detetar, sinalizar e encaminhar crianças e jovens que apresentem sinais/ sintomas de sofrer de *Stress* Tóxico (Figura 2), os enfermeiros deveriam classificar a sua capacidade de 1 a 5, em que 1 significa “Não tenho nenhuma capacidade” e 5 significa “Tenho muitas capacidades”. Como se pode verificar através da Figura 2, a grande maioria dos enfermeiros não demonstra significativas capacidades para detetar situações deste género, situando-se no nível 2 e no nível 3.

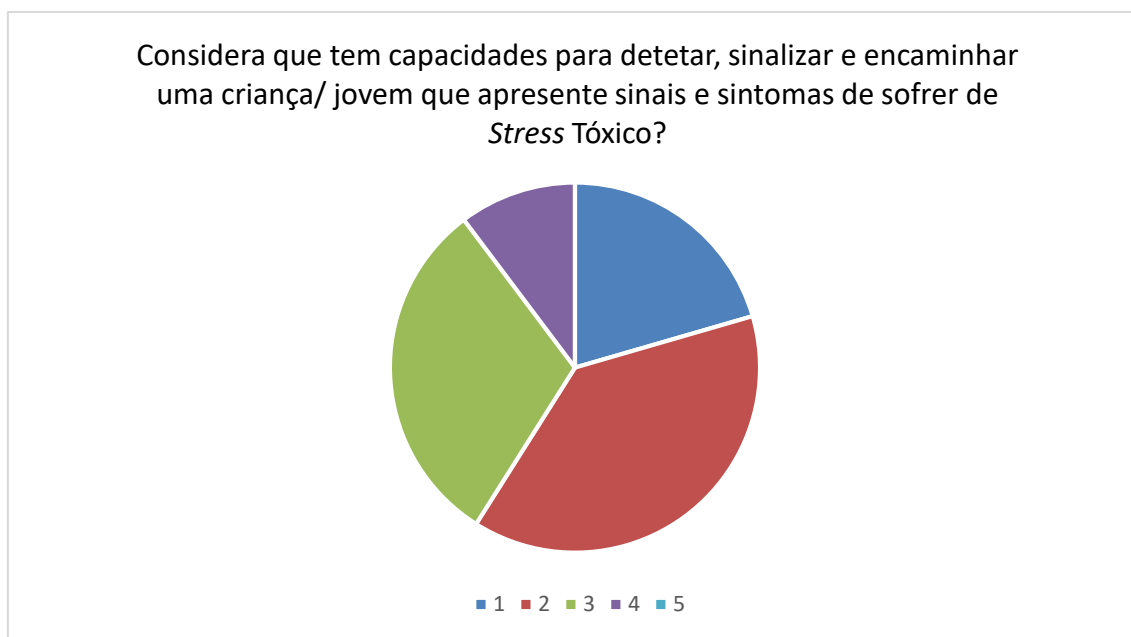


Figura 2- Distribuição da resposta dos Enfermeiros em relação à capacidade para detetar, sinalizar e encaminhar uma criança/ jovem com sinais e sintomas de *Stress* Tóxico; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados

Relativamente aos sinais e sintomas que uma criança/ jovem potencial vítima de *Stress* Tóxico possa apresentar (Figura 3), a maior parte da amostra respondeu de forma correta às questões apresentadas, existindo uma pequena parte que responde “Desconheço” e outros que respondem erradamente.



Figura 3- Resposta dos enfermeiros aos sinais e sintomas de uma criança/ jovem potencial vítima de *Stress* Tóxico; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Quanto aos fatores de risco para uma criança/ jovem sofrer de *Stress* Tóxico (Figura 4), 30 enfermeiros (77.9%) afirmaram que a criança portadora de doença crónica será um fator de risco forte. Vinte e oito enfermeiros (71.8%) da amostra, identificaram que as famílias com baixo nível económico também serão um fator de risco e 14 enfermeiros (35.9%) identificaram a prematuridade como fator de risco. Dos enfermeiros inquiridos, 12 (30.8%) afirmam que as famílias monoparentais também serão um fator de risco, bem como as famílias de pais adolescentes com 10 enfermeiros (25.6%) a assinalarem este fator. A parentalidade tardia também foi identificada como fator de risco por 8 enfermeiros (20.6%). Por outro lado, as famílias homossexuais também foram identificadas como sendo um fator de risco para desenvolvimento de *Stress* Tóxico por 6 enfermeiros (15.4%). As famílias com poucos filhos foram apenas identificadas como fator de risco por 3 enfermeiros (2.6%) e a gravidez desejada não foi assinalada por nenhum enfermeiro (0%). Os resultados supra descritos estão de acordo com a literatura consultada, onde se pode identificar que as crianças com necessidades especiais aumentam a carga do cuidador podendo resultar em *Stress* Tóxico, bem como o baixo nível económico, a pobreza extrema e o desemprego dos cuidadores.

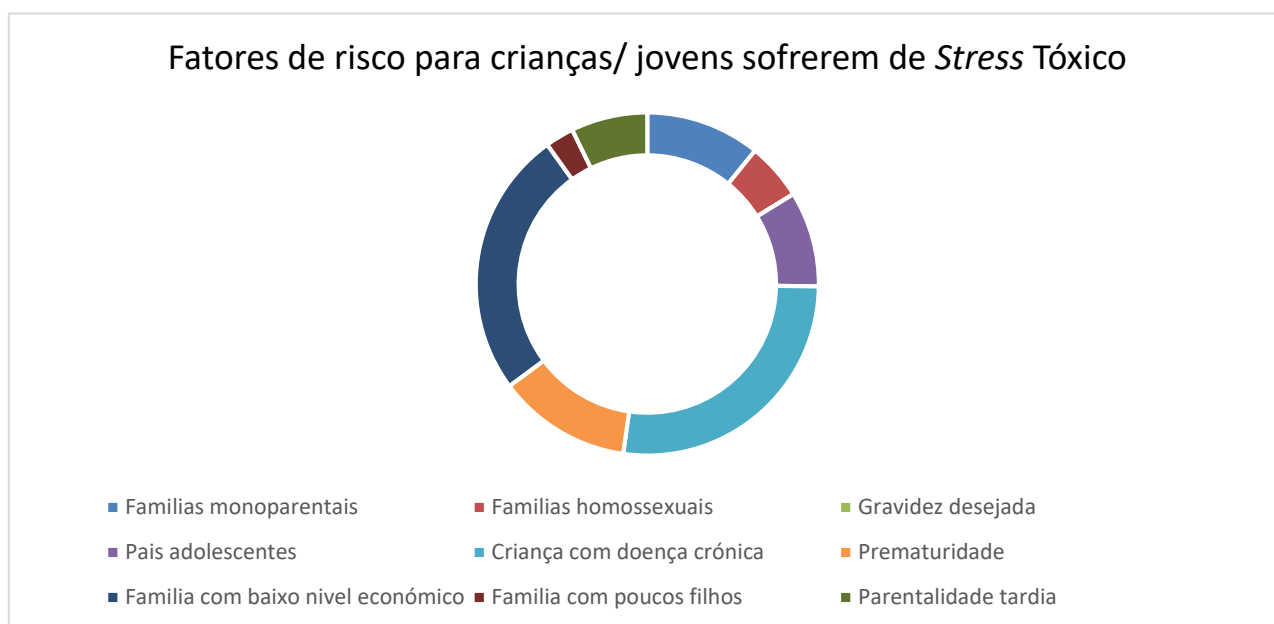


Figura 4- Distribuição da resposta dos enfermeiros em relação aos fatores de risco para *Stress* Tóxico; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Em relação ao contacto com crianças/ jovens com suspeita de *Stress* Tóxico (Figura 5), dos 39 enfermeiros questionados, 17 (43.6%) responderam que, na sua prestação de cuidados, já teve contacto com uma criança/ jovem que fosse uma potencial vítima de *Stress* Tóxico. Vinte e dois enfermeiros (56.4%) responderam de forma negativa.

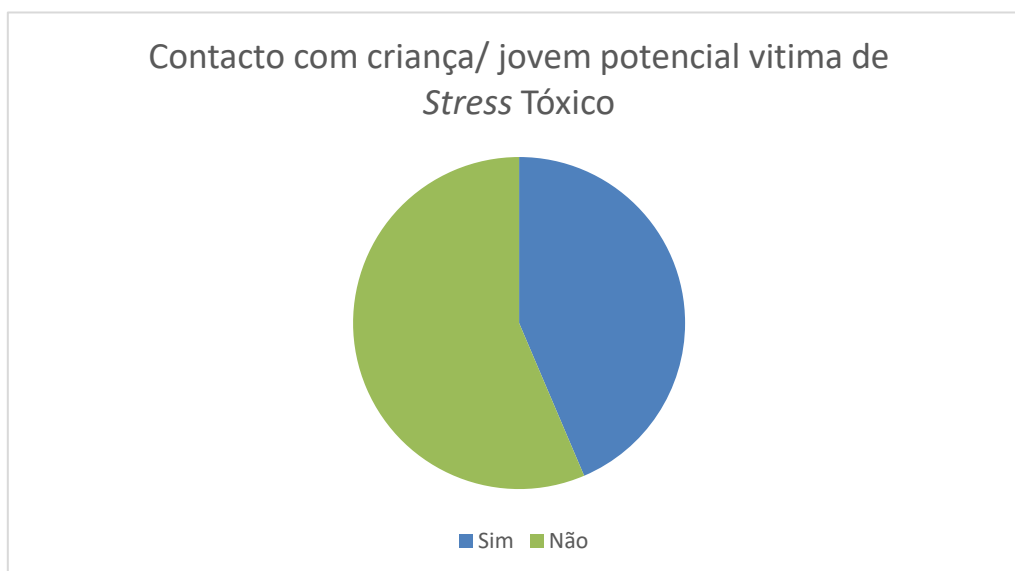


Figura 5- Distribuição da resposta dos enfermeiros sobre o contacto com a criança/ jovem potencial vítima de *Stress* Tóxico; Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Como consequência, quando questionados se já terão sinalizado alguma situação de suspeita de *Stress* Tóxico (Figura 6), apenas 6 enfermeiros (15.4%) responderam que “Sim”. Destes (Figura 7), é possível afirmar que a maior parte (n=5) encaminhou a situação para outro profissional de saúde e 1 enfermeiro atuou na área da promoção da saúde e prevenção da doença.

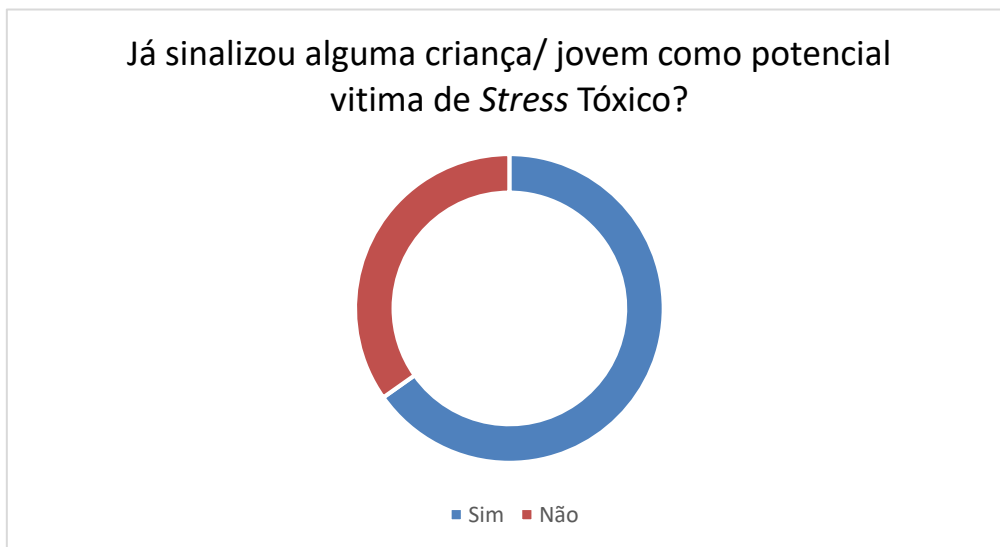


Figura 6- Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre a sinalização de situações de *Stress* Tóxico. Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

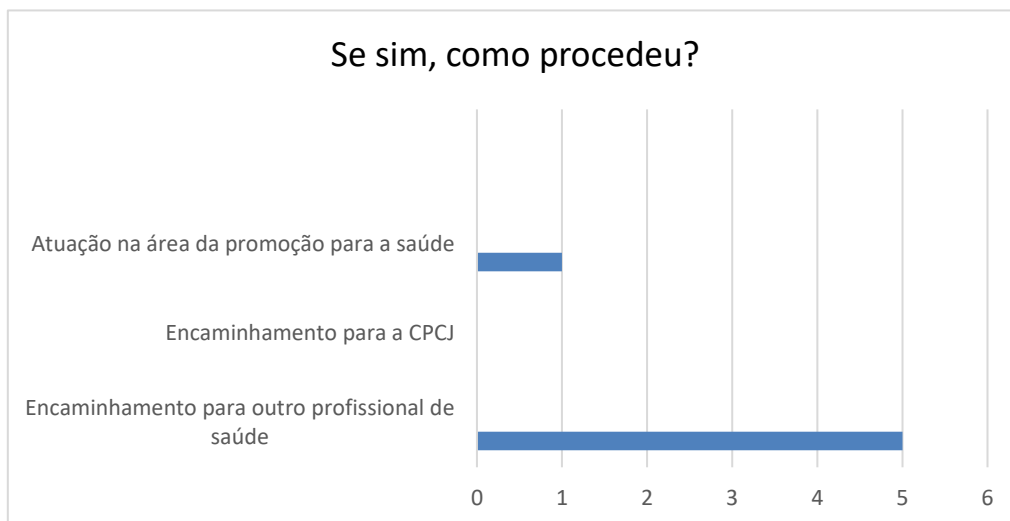


Figura 7- Tipo de encaminhamento da sinalização das situações de *Stress* Tóxico. Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados

Na questão “Considera que tem capacidades para identificar uma criança/ jovem que possivelmente sofra de *Stress* Tóxico?” (Figura 8), da totalidade da amostragem, 7 enfermeiros (17.8%) responderam que “Sim”, 12 enfermeiros (30.8%) responderam que “Não” e 20 enfermeiros (51.3%) responderam “Talvez”.



Figura 8- Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre a capacidade de identificar e detetar de forma precoce situações de *Stress* Tóxico. Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

Foi também questionada a importância de os enfermeiros terem a possibilidade de frequentar uma formação sobre a temática estudada (Figura 9), á qual a maioria dos enfermeiros (n=30) (76.9%) respondeu “Muito Importante” e os restantes (n=9) (23.1%) responderam “Importante”.

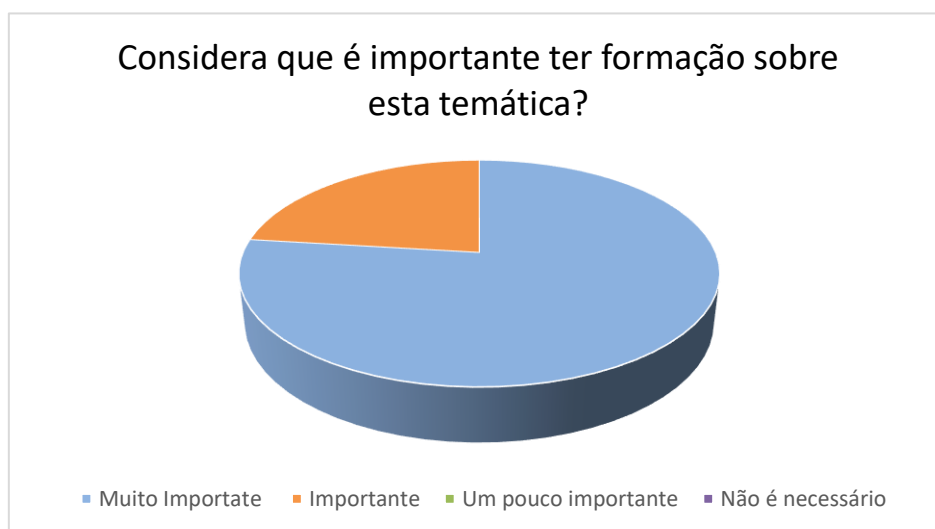


Figura 9- Distribuição da resposta dos enfermeiros sobre a necessidade de formação sobre a temática. Fonte: Elaboração própria com base nos resultados dos questionários aplicados.

A última questão do questionário aplicado aos enfermeiros, é uma questão de resposta curta onde se pede aos inquiridos, que relatem o que gostariam de ver abordado nesta temática. Na sua generalidade, os enfermeiros abordam a importância dos sinais e sintomas da criança/jovem, os fatores de risco e ainda como e para onde encaminhar estas crianças.

Deste modo, da análise dos dados apresentados, pode concluir-se que os enfermeiros que participaram no estudo, na sua maioria não possui muitos conhecimentos sobre o *Stress* Tóxico e conseqüentemente não se sente capacitado para detetar situações deste género. Este desconhecimento pode dever-se ao facto desta temática ainda não ser muito abordada a nível nacional o que faz com que o tema não seja ainda muito abordado.

Face aos resultados obtidos através da aplicação do questionário de diagnóstico de situação, pode concluir-se que o *Stress* Tóxico apesar de ser um tema atual e de extrema importância, ainda não é um tema muito abordado nos serviços de saúde portugueses. Trata-se de um problema de saúde pública não só pelos seus fatores causais mas também pelas conseqüências que provoca nas vítimas.

Apesar da maioria dos enfermeiros (51.3%) incluídos na amostragem referir que tem conhecimento sobre a temática, apenas 15.4% afirma que já sinalizou uma criança que possivelmente seria vítima de *Stress* Tóxico, considerando também na sua maioria (n=30) (76.9%) a grande importância na formação sobre a temática, talvez pela complexidade e especificidade da mesma.

Os enfermeiros possuem legitimidade, obrigação legal e moral, responsabilidade e competências para prevenir, detetar e referenciar os casos de *Stress* Tóxico e, neste sentido, o estudo realizado poderá constituir uma forma de sensibilização sobre as práticas de enfermagem existentes, com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados em pediatria e conseqüentes ganhos em saúde.

Deste modo, e com base na pesquisa bibliográfica realizada, no questionário de diagnóstico de situação implementado e nas observações clínicas em contexto de estágio, pode-se concluir que:

- O tema do *Stress* Tóxico ainda é muito desconhecido em Portugal apesar da sua extrema importância e das consequências que causam nas crianças
- O EEESIP assume-se como fundamental na defesa e proteção destas crianças e jovens através da deteção precoce, sinalização e prevenção do *Stress* Tóxico e na capacitação dos pais de modo a conferir-lhe competências parentais levando à prática de uma parentalidade positiva.

Resumidamente, das constatações acima referidas, emerge o problema “O *Stress* Tóxico em crianças e jovens como um problema de saúde pública a nível nacional”. A par da definição do problema surgem as questões de investigação, na medida em que estas, segundo Fortin (2009), devem ir de encontro ao tema do estudo de forma a desenvolver o conhecimento existente sendo que qualquer questão restringe um tema, define uma população e os conceitos. Deste modo, as questões de investigação definidas para este projeto são: “Quais os conhecimentos dos enfermeiros das Consultas Externas, do serviço de Internamento de Pediatria, da UUP e da UCIN sobre o *Stress* Tóxico em crianças e jovens?”; “Qual a atuação dos enfermeiros das Consultas Externas, do serviço de Internamento de Pediatria, da UUP e da UCIN nas situações de *Stress* Tóxico a crianças e jovens?”

2.3 Definição dos Objetivos do Projeto

Após formular o problema, torna-se perentório estabelecer o objetivo da investigação e determinar o que nos propomos executar no sentido de orientar a direção que se quer dar à investigação (Fortin, 2009). Os problemas levantados devem ser claros, precisos e sucintos de modo a que os objetivos constituam representações prévias das ações que se vão executar. Existem várias indicações sobre a melhor fase para delinear os objetivos, sendo que alguns autores defendem que estes devem ser estabelecidos na fase inicial do projeto enquanto outros afirmam que os mesmos devem ser delineados ao longo da realização do mesmo. Os objetivos podem ser gerais ou específicos e apontam os resultados. Os objetivos gerais devem ser definidos tendo em conta as habilidades e conhecimentos a obter e dizem respeito a competências amplas. Posto isto, os objetivos específicos são indicadores de competências que devem ser alcançadas ao longo do percurso e são o resultado da subdivisão do objetivo geral (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Neste sentido, no contexto da metodologia de projeto foram definidos os seguintes objetivos geral e específicos:

- Objetivo Geral:
 - Sensibilizar as equipas de enfermagem e os pais/ cuidadores para as consequências do *Stress* Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem
- Objetivos Específicos:
 - Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de *Stress* Tóxico;
 - Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de *Stress* tóxico em crianças e jovens;
 - Capacitar os pais/ cuidadores de forma a evitarem o *Stress* tóxico.

2.4 Planeamento do Projeto

O Planeamento do Projeto é a terceira fase da metodologia de projeto sendo esta a etapa em que se elabora um plano detalhado, de forma a planear as atividades a desenvolver, os recursos essenciais e as limitações e condicionantes do projeto elaborado. As atividades serão calendarizadas tendo por base a elaboração de um cronograma, interativo e flexível, prevendo que as durações e atividades previstas possam ter que ser revistas. As atividades, meios e estratégias escolhidos vão de encontro aos objetivos definidos na fase anterior (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

As atividades têm uma duração, condições e custo previstos e podem subdividir-se em tarefas. Como exemplos temos a realização de folhetos, de sessões de educação para a saúde, elaboração de normas, sessões de *role-playing* ou de *brain storming* (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

As estratégias dizem respeito à utilização dos meios e estão ligadas à capacidade de aplicar uma tarefa de forma eficiente. Tem como objetivo utilizar de forma eficaz os recursos disponíveis. Estas podem ser de natureza referente à pesquisa, aos meios de suporte disponíveis ou estar relacionadas às características de determinada equipa (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Relativamente aos meios, estes referem-se à determinação dos recursos e são responsáveis pela execução das atividades planeadas no âmbito do projeto. Podem ser técnicos e materiais quando relacionados com os equipamentos e tecnologias necessárias para a realização do projeto. Podem ser ainda de ordem financeira quando tem a ver com recursos económicos e meios humanos, e quando dizem respeito a uma equipa com um conjunto de competências e conhecimentos (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

O planeamento deste projeto teve início na Unidade Curricular de Projeto com a elaboração da Proposta de Projeto de Estágio e respetivo plano de trabalho, seguindo as orientações do Instituto Politécnico de Beja, na submissão de proposta de estágio, que foi aprovada. No decorrer dos estágios, foi apresentado de modo formal o pedido de autorização à instituição onde o projeto teve lugar (Anexo 1) e à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja (Anexo 2). Deste modo, seguem-se os objetivos específicos e respetivas estratégias e atividades planeadas:

*Objetivo Especifico nº1 - Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de *Stress* Tóxico e Objetivo Especifico nº2 - Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de *Stress* tóxico em crianças e jovens*

De modo a responder a estes dois objetivos específicos, foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica acerca da temática em estudo de forma a adquirir conhecimentos essenciais e a sua mais recente evidência. Foi também elaborada uma *scoping review* (Apêndice I), que se encontra em processo de publicação, e que tem como questão norteadora “ Quais as consequências do *Stress* Tóxico na saúde da criança/ jovem em contexto hospitalar e na comunidade?”. Como resultados desta *scoping review*, concluiu-se que os estudos em várias áreas das ciências, demonstraram que os humanos se desenvolvem de acordo com a programação genética mas também com a grande influência das experiências iniciais da vida e que esta interação entre fatores biológicos e ambientais é a base para a saúde mental (Eickmann, Emond, & Lima, 2016). Segundo Hughes *et. al.* (2019), conclui-se igualmente que as crianças que sofrem de adversidades têm maior risco de desenvolver comportamentos de risco e condições de saúde. Das variadas consequências do *Stress* Tóxico na saúde da criança/ jovem, pode constatar-se que a depressão é a mais relatada nos estudos analisados. Segundo Fortin (2009), a elaboração de uma revisão da literatura já existente, permite definir o tema, entender qual o estado da arte e ainda compreender as suas lacunas.

De forma a alcançar estes objetivos e tendo por base as necessidades identificadas com o diagnóstico de situação em cada local de estágio, foi também elaborada uma sessão de formação (Apêndice C) em cada um dos locais, destinadas às equipas de enfermagem com o objetivo de sensibilizar a população-alvo para a temática e de forma a otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros na prevenção, deteção e sinalização de casos de *Stress* Tóxico. Estas sessões de formação decorreram no ambiente das Consultas Externas, no serviço de Internamento de Pediatria, na Urgência Pediátrica e ainda na UCIN. No âmbito das Consultas Externas de Pediatria foi dado principal enfoque aos vários níveis de prevenção existentes bem como às estratégias de proteção disponíveis. No serviço de Internamento de Pediatria foi dada maior importância aos vários tipos de resposta ao *Stress* e ainda às diferentes e vastas experiências adversas que provocam alterações nas crianças/ jovens. Na Urgência Pediátrica a sessão teve por base uma sessão de formação acerca da deteção destes casos em contexto de prestação de cuidados de urgência e foi dado principal enfoque aos fatores de risco. Em particular, na UCIN a sessão de formação enfocou o *Stress* Parental provocado por um nascimento prematuro e teve como principal objetivo capacitar a equipa de enfermagem para ajudar os pais com diversas estratégias a adotar.

A formação em serviço centra-se numa referência importante para as equipas de enfermagem, devendo ter em conta a singularidade dos destinatários e o seu contexto profissional, para dar resposta às necessidades profissionais de cada um dos indivíduos a nível individual (Tojal, 2014).

Objetivo Especifico nº3 - Capacitar os pais/ cuidadores de forma a evitarem o Stress Tóxico

De forma a atingir este objetivo específico foram realizadas as seguintes atividades:

- Foi elaborado um guia para os pais em todos os locais de estágio (Apêndice D), de forma a promover o bem-estar e prevenir o *Stress* Tóxico na criança/ jovem. Neste guia consta a definição da temática estudada, quais as experiências adversas mais comuns bem como as suas consequências e, ainda quais as atitudes que os pais podem tomar de forma a evitar o *Stress* Tóxico.

- No estágio frequentado na UCIN foi aplicada a *Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit* (versão portuguesa) (Anexo 3) aos pais de forma a conhecer de forma aprofundada o *stress* vivenciado pelos mesmos, relativamente ao nascimento e hospitalização de um bebé prematuro. Nesta escala é pedido aos pais que assinalem o nível de *stress* relativamente às luzes na UCIN, às imagens e sons, à aparência, comportamento e tratamentos ao bebé e ainda ao relacionamento com o recém-nascido e o seu papel parental. Cada um dos pais que aceitou participar no estudo assinou o consentimento informado. (Apêndice E)

2.5 Implementação do Projeto

Tendo em conta as etapas da metodologia de projeto, a fase de implementação do projeto centra-se na sua realização e onde se coloca em prática o que se planeou até então. É nesta etapa que o que foi planeado se materializa na situação real do problema diagnosticado e onde são implementadas as ações planeadas. À medida que surgem os problemas, o projeto pode ser reformulado e assim colocadas em prática as estratégias de recuperação de forma a garantir a continuidade dos objetivos que foram delineados inicialmente. Esta fase é caracterizada por ser exigente e permite uma vasta aquisição de conhecimentos e competências de forma a alcançar os resultados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Conforme delineado, nesta fase serão postas em prática as atividades inicialmente estabelecidas e que serão analisadas nos seguintes parágrafos. É de extrema importância referir que foi formalizado o pedido de autorização necessário à Comissão de Ética da instituição hospitalar em questão e foram garantidos todos os aspetos éticos, deontológicos e legais referentes a um relatório de estágio. Em torno dos quatro contextos clínicos frequentados, esteve presente uma linha de atuação comum a todos eles e que corresponde ao objetivo geral deste projeto de intervenção - *Sensibilizar as equipas de enfermagem e os pais/ cuidadores para as consequências do Stress Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem*. As atividades planeadas foram pertinentes e tiveram aplicabilidade real com base no diagnóstico da situação e tendo em conta a especificidade e realidade de cada um dos contextos de estágio frequentado.

Para concretizar os objetivos específicos 1 e 2, designadamente “*Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de Stress Tóxico*” e “*Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de Stress tóxico em crianças e jovens*”, foram realizadas as seguintes atividades:

- A elaboração de uma *scoping review* onde se abordaram as consequências do *Stress* Tóxico na saúde da criança/ jovem, onde se comprovou que existem distintas experiências adversas que provocam *stress* nas crianças e onde se identificaram vários modelos existentes que permitem abordar as exposições negativas a que as crianças estão expostas.
- Foram realizadas sessões de formação aplicadas às equipas de enfermagem das Consultas Externas de Pediatria, do Internamento de Pediatria, da Urgência Pediátrica e da UCIN. Estas sessões foram agendadas para o momento da passagem de turno de forma a rentabilizar os recursos e garantir uma maior participação de enfermeiros. Precedentemente às sessões de formação, foram elaborados os respetivos planos de sessão (Apêndice F), tendo em conta as necessidades formativas pré-existentes bem como as particularidades de cada um dos serviços abrangidos. De modo a realizar estas sessões de forma interativa e apelativa, foi utilizado o método pedagógico expositivo. Este método possibilita que o formador desenvolva o assunto estudado sendo este o promotor de conhecimento, pode ainda definir-se como um conjunto de procedimentos ordenados que resulta na aquisição de conhecimentos por parte dos formandos (Brighenti, Biavatti, & Souza, 2015). Como dito anteriormente, foi também dado espaço para a participação, através do método participativo, de forma a permitir o diálogo, a partilha de opiniões, comentários e esclarecimentos de dúvidas. O *software PowerPoint* foi utilizado nas sessões de forma a cativar o interesse dos formandos, reter informação de forma a facilitar a interação entre o grupo, constituindo-se também como um suporte para o formador.

De forma a avaliar as sessões de formação realizadas, foi produzido um questionário de avaliação da sessão (Apêndice G) o que permitiu avaliar os conteúdos abordados, o formato de organização da sessão e ainda a forma como o formador conduziu a mesma.

Para concretizar o objetivo específico 3 “*Capacitar os pais/ cuidadores de forma a evitarem o Stress Tóxico*” e tendo em conta que a temática do *Stress* Tóxico ainda não é muito abordada em Portugal no âmbito da prestação de cuidados de saúde a crianças e jovens, foi validado junto das Enfermeiras Orientadoras e das Enfermeiras Coordenadoras, a necessidade da elaboração de material destinado aos pais com o propósito de os alertar para este tema. Assim, foi criado um Guia para os pais em suporte papel com informações pertinentes sobre o *Stress* Tóxico, quais

as experiências adversas mais comuns e as suas consequências, a importância da resiliência e ainda atitudes que os pais/ cuidadores podem ter de forma a evitar o *Stress* Tóxico. A sociedade prevê que os pais tratem dos seus filhos e que lhe proporcionem ambientes livres que resultem no seu desenvolvimento saudável. O surgimento de um filho provoca exigentes mudanças na vida familiar, pessoal, conjugal, profissional e social e, por isso, os EEESIP devem ser detentores de conhecimento científico sobre o processo de transição para a parentalidade de modo a darem assistência e cuidado às crianças/ jovens e famílias ao longo de todo o seu ciclo de desenvolvimento (Soares, 2008).

Em conjunto com o Guia para os pais, foi aplicada na UCIN a *Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit* (versão portuguesa) (Anexo 3). Nesta escala é pedido que os pais classifiquem o seu nível de *stress* quanto a diversas situações ocorridas na UCIN. Os EEESIP tem uma posição favorecida relativamente à promoção das competências parentais devido à relação de proximidade com o RN e a sua família no contexto da prestação de cuidados. Assim, e tendo em conta que a literatura afirma que o RN prematuro é considerado de risco para a ocorrência de abandono devido as suas particularidades, decidimos tratar esta temática de uma forma preventiva no sentido de prevenir o *stress* parental que pode ser transmitido aos seus filhos.

Segundo Lopes, Catarino & Dixe (2010) a parentalidade positiva centra-se num conjunto de funções e competências dos pais de forma a cuidarem dos seus filhos, baseados em comportamentos e valores que visem o superior interesse da criança. Identifica os pais e crianças como portadores de direitos e deveres e implica o carinho, o respeito e o envolvimento parental como variáveis imprescindíveis.

2.6 Avaliação e Discussão dos Resultados obtidos

A etapa da avaliação é formada pela avaliação intermédia e pela avaliação final. A primeira é realizada no decorrer da implementação do projeto enquanto a segunda é feita na fase final do mesmo, desta forma avalia-se o processo evolutivo e o produto final. A avaliação intermédia caracteriza-se por ser uma fase de reflexão sobre todo o processo, o que permite alterar, rever e criar novas hipóteses, sendo este um processo dinâmico. Já a avaliação final constitui uma fase de extrema importância e implica a aquisição dos objetivos definidos inicialmente. A avaliação

formativa inclui a avaliação e análise crítica do projeto. Como exemplos de instrumentos de avaliação temos as discussões em grupo, os questionários e as entrevistas (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A avaliação do projeto deve ser coerente entre o que se projetou e o problema sendo dotada de componentes que possibilitem a melhoria, a eficiência e a eficácia do mesmo. Quanto à sua tipologia, pode ser operatória (nor-teia as tomadas de decisão), permanente (durante o projeto), participante (associa os elementos pertencentes ao projeto) e formativa (com o objetivo de aprender mutuamente) (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A avaliação intermédia deste projeto foi elaborada durante as fases de planeamento e execução, sendo que a execução do mesmo foi realizada durante os estágios, nos vários contextos clínicos. Assim, a aplicação dos questionários nos diferentes contextos, possibilitou entender a população-alvo escolhida tal como os seus conhecimentos e formas de atuação acerca do *Stress* Tóxico.

Esta fase é também caracterizada pela divulgação dos resultados obtidos com a execução do projeto e tem como principal objetivo informar o público, podendo ocorrer em vários contextos como congressos, seminários, reuniões, *poster* ou publicações em revistas científicas (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). De forma a divulgar este projeto, elaborou-se o presente relatório, tratando-se de um documento onde se caracteriza todo o desenvolvimento da metodologia de projeto, sendo um instrumento imprescindível para transmitir informação e conhecimento. Segundo Ferrito *et. al.* (2010), o relatório de projeto deve estar organizado tendo em conta o público-alvo, e a informação que contém deve ser de qualidade e direcionada para a ação, sendo geradora de conhecimento útil e sistematizado, devendo estar organizada de forma clara, resumida e objetiva. O relatório deve ainda ser transparente e assertivo na sua escrita, de fácil leitura e com a dimensão adequada ao tema. Deste modo, a divulgação dos resultados é um dever ético do investigador de forma a adicionar conhecimento à comunidade científica e deve explicitar as limitações do estudo e deixar questões em aberto para outros investigadores.

A realização das sessões de formação às várias equipas de enfermagem concedeu a possibilidade de dar resposta aos objetivos específicos 1 e 2 atrás estabelecidos, assim como a elaboração do Guia para os pais e a aplicação da *Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care*

Unit (versão portuguesa) na UCIN permitiu responder ao objetivo específico 3 permitindo assim divulgar este projeto e ainda otimizar estratégias para capacitar os pais e assim prevenirem o *Stress* Tóxico e adotar medidas potenciadoras da parentalidade positiva.

Relativamente às sessões de formação realizadas, é relevante referir que nas Consultas Externas de Pediatria estiveram presentes 2 enfermeiras o que corresponde a 100% de adesão. No serviço de Internamento de Pediatria estiveram presentes 10 enfermeiras das 16 que completam a equipa, o que corresponde a 62.5% de adesão. Na Urgência Pediátrica estiveram presentes nas sessões de formação 15 enfermeiros de um total de 18, o que perfaz uma taxa de adesão de 83.3%. Já na UCIN estiveram presentes 10 enfermeiros dos 20 que compõem a equipa, correspondendo a 50% de adesão. De forma a avaliar as sessões de formação, foi elaborado um questionário de avaliação da sessão. É fundamental referir que 100% dos enfermeiros que assistiram às sessões de formação, dos variados contextos, classificaram a relevância do tema abordado como score 4 “Muito Bom”. O mesmo aconteceu com a questão colocada “Considera que os conteúdos abordados nesta sessão de formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a temática em questão?”, onde 100% dos enfermeiros responderam “Sim”. O Apêndice H representa a análise completa dos dados obtidos dos questionários de avaliação das sessões de formação realizadas ao longo da realização deste projeto.

Em suma, através do cumprimento das diversas fases de metodologia de projeto e do planeamento e efetivação das atividades estabelecidas, julgamos ter atingido os objetivos geral e específicos elegidos e substantificar o projeto referido.

3. O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA

Segundo Viera *et al.* (2016), a formação em enfermagem tem como principal propósito munir os profissionais de conhecimentos de forma a desenvolverem competências nas mais variadas áreas da saúde e da profissão, como por exemplo, a tomada de decisão, comunicação, liderança e formação contínua. Posto isto, as competências referem-se ao “saber” e o “fazer com qualidade”, no âmbito do contexto de prestação de cuidados, tendo como base a aplicação de conhecimentos e habilidades centradas no domínio da promoção, prevenção e reabilitação em saúde, desempenhando funções de acordo com as diretrizes do sistema de saúde existente e providos de um pensamento crítico que lhes proporcione procurar soluções para os problemas que surgem.

O cumprimento das competências por parte do enfermeiro, garante que este seja dotado de conhecimentos, habilidades e capacidades que aplica na sua prestação de cuidados e que lhe permite detetar as necessidades de uma população em específico e atuar em todos os contextos e níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Segundo Alarcão & Rua (2005), considera-se um profissional com competências aquele que demonstra qualidade no seu trabalho e que o executa de forma adequada e sem falhas, interagindo com os seus clientes. A competência profissional pode dividir-se em três subcategorias: a competência cognitiva – envolve a identificação das necessidades do cliente, a sua análise e interpretação da informação conseguida, o planeamento das atividades e a sua respetiva justificação de acordo com as necessidades e avaliação dos resultados alcançados; a competência técnica – centra-se na realização dos procedimentos de forma correta e com destreza manual, ou seja, segundo as normas instituídas e utilizando o material adequado; a competência comunicacional – refere-se ao saber ouvir, comunicar de forma eficaz, realizar ensinamentos adequados e oportunos, registar a informação e no estabelecer de uma relação de ajuda.

No decorrer do processo de obtenção de competências, através da experiência profissional, é fundamental refletir sobre as aprendizagens adquiridas através da sua prática clínica, sobre os conhecimentos teóricos (conhecimento cognitivo) e sobre o comportamento ético.

O enfermeiro considerado como “perito” deve ter conhecimentos técnicos, deve ter a capacidade de tomar decisões, de comunicar de forma eficaz, ter flexibilidade na prática clínica, responsabilidade e criatividade, deve ainda ter espírito crítico e interventivo seguindo uma conduta ética e deontológica que suporta a sua prática (Benner, 2011).

De acordo com o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem no ramo da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica estão planeadas duas unidades curriculares em contexto clínico, o Estágio I que decorre em cuidados de saúde primários ou consultas externas, e o Estágio Final que se divide em três contextos clínicos, Serviço de Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e UCIN. Na frequência destes estágios, foi-nos possível consolidar os conhecimentos adquiridos na fase teórica deste curso, bem como desenvolver novas competências a nível prático, estabelecendo desta forma uma relação entre o conhecimento teórico e a prática clínica.

Neste capítulo será concretizada uma análise reflexiva tendo por base os objetivos que foram inicialmente definidos para o Estágio I e o Estágio Final de forma a clarificar a reflexão na prática clínica, a tomada de decisões sustentada nos referenciais teóricos e na evidência científica e ainda descrever e avaliar o planeamento e implementação de um projeto de intervenção através da obtenção de competências de Mestre e ainda competências comuns e específicas do EEESIP.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744, em relação às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem e viu ser-lhe atribuídos (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”.

As competências comuns do enfermeiro especialista estão divididas em competências comuns e competências específicas. As competências comuns, tal como o nome indica, são comuns a todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade e

têm a ver com a capacidade de conceção, supervisão e gestão dos cuidados, formação e contributos na área da investigação e assessoria. Já as competências específicas centram-se nas respostas humanas aos problemas de saúde e processos de vida no âmbito de cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, vamos explicitar as competências comuns que se encontram subdivididas nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De forma a adquirir este domínio, é essencial a obtenção das seguintes competências:

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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A2 – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Estas duas competências podem identificar-se como as guias orientadoras de uma prática clínica segura, regida pela ética e pelo Código Deontológico de enfermagem que visa uma prestação de cuidados responsável, demonstrando respeito pelos direitos humanos e pelas melhores práticas com base na vontade expressa da pessoa. No âmbito da nossa formação através do presente curso de Mestrado, a prestação de cuidados esteve centrada nas referências acima designadas, assim como no cumprimento do Código Deontológico e nos princípios relatados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

Tendo em conta que os nossos alvos de cuidados de enfermagem são as crianças e jovens é de referir que foram cumpridos os direitos da criança dispostos na Convenção dos Direitos da Criança e os Direitos da Criança Hospitalizada designados na Carta da Criança Hospitalizada.

A deontologia regula a ética das profissões e os códigos deontológicos têm como função estandardizar as práticas e cuidados, estabelecer deveres e proibições, cooperar para a qualidade dos cuidados prestados e proteger a classe profissional. Relativamente ao Código Deontológico do Enfermeiro, vamos cingir-nos ao artigo 99º onde se evidencia o princípio da dignidade e da liberdade da pessoa humana, da responsabilidade profissional, os valores universais inerentes à relação enfermeiro-cliente, o respeito pelos direitos humanos e a excelência no exercício da profissão (Assembleia da República, 2015).

Já o artigo 110º fala da humanização dos cuidados e refere que o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem e deve “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (...) e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Assembleia da República, 2015, p. 8104). Tal como referido no capítulo I, os cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deste relatório assentam sobre o Modelo de Cuidados centrados na família e no Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Assume-se, portanto, que o EEESIP cuida da criança e do jovem inserido num contexto familiar fazendo parte integrante do processo de enfermagem. Ao longo da frequência dos estágios, nos diferentes contextos, foi difundido o desenvolvimento deste domínio de competências na prestação de cuidados às crianças/ jovens e às suas respetivas famílias. Como enfermeira, foi ainda possível através da experiência profissional, desenvolver e consolidar as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal sendo estas competências fundamentais e comuns a qualquer enfermeiro.

Referindo-nos agora ao artigo 104º, relativamente ao direito ao cuidado, “enfermeiro deve corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respeito tratamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 7). Já o artigo seguinte, o artigo 105º, refere que o enfermeiro deve assumir o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8). O artigo 107º fala no respeito pela intimidade e afirma que o enfermeiro deve “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 9). Em suma, ao longo do desenvolvimento de competências no âmbito dos estágios curriculares, foi sempre garantido que a criança/ jovem e a sua família foram observados em tempo útil, que foram explicados todos os cuidados de enfermagem prestados, esclarecidas todas as dúvidas que surgiram e respeitada a privacidade da criança/ jovem

e família durante o exercício das nossas funções. Como se sabe, a Urgência Pediátrica caracteriza-se por ser um serviço com muita afluência e por isso como muita movimentação, a admissão de crianças/ jovens na sala de triagem foi sempre feita com a porta fechada de forma a garantir a privacidade da informação recebida e transmitida bem como aquando a realização de procedimentos. Já na UCIN as informações aos pais dos RN foram sempre dadas na sala de enfermagem.

No âmbito do desenvolvimento do projeto de estágio, foram respeitados todas as conjeturas éticas e legais implícitas a um estudo de investigação. Foi sempre garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes deste estudo e os dados foram analisados e publicados de um modo agregado. Todos os participantes assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido e foram obtidas as devidas autorizações formais das Comissões de Ética da instituição em questão bem como do Instituto Politécnico de Beja. Segundo p artigo 100º do Código Deontológico, o enfermeiro deve cumprir todas as regras deontológicas bem como as leis por que se rege a profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, durante as reuniões realizadas durante os estágios, em conjunto com as Enfermeiras Orientadoras e a Docente de referência, foi observada de forma critica a minha atuação relativamente à minha atuação no que refere às competências comuns do enfermeiro especialista, especificamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal de forma a que a prestação de cuidados seja responsável, legal e com respeito pela ética e pela deontologia que orienta a profissão. Neste sentido, os momentos de partilha entre as várias equipas de enfermagem e as equipas multidisciplinares de cada um dos contextos clínicos, permitiram momentos de aprendizagem e de análise das práticas executadas e ainda do processo de tomada de decisão com o objetivo da melhoria dos cuidados de saúde prestados. Quanto à proteção e defesa da pessoa humana, importa destacar um caso de uma criança que esteve internada sem o acompanhamento de nenhum cuidador responsável e onde foi sempre garantida a sua proteção e defendido o seu superior interesse, através da conduta profissional regida pelas normas, deveres e valores inerentes à nossa profissão.

As competências centradas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal impõem um conhecimento claro sobre as obras originárias do respeito pelos direitos humanos, especificamente a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, a Carta dos Direitos e Deveres

dos Doentes e particularmente sobre os documentos reguladores direcionados para as crianças e jovens como a Convenção dos Direitos da Criança e os Direitos da Criança Hospitalizada. E ainda, enquanto enfermeiros, o cumprimento e o respeito pelos documentos orientadores da nossa profissão, como o REPE e o Código Deontológico. Desta forma e analisando a conduta demonstrada ao longo dos estágios e os conhecimentos adquiridos ao longo dos cinco anos de experiência profissional enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais, podemos afirmar que as competências deste domínio foram concretizadas.

b) Domínio da Melhoria da Qualidade

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) p. 4747, relativamente ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro especialista deve assegurar "um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica" (B1). Deste modo, o enfermeiro especialista difunde a criação de projetos a nível institucional, participando na sua elaboração e operacionalização de forma a fomentar a progressão da qualidade em saúde e da melhoria contínua. A competência B2 centra-se no desenvolvimento de "práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747). Esta competência está relacionada com a capacidade do enfermeiro especialista em detetar a necessidade de avaliação e revisão das práticas e o planeamento, implementação e liderança de programas de melhoria contínua.

O presente Projeto de Estágio "Cuidar de Crianças e Jovens em Risco de *Stress* Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica", tem como objetivo contribuir para a segurança da criança/ jovem através da prevenção de *Stress* Tóxico bem como relativamente à sua correta deteção e sinalização. Esta temática foi transversal a todos os contextos de estágio e permitiu-nos atingir as competências B1 e B2, pois foi viável o levantamento da necessidade em rever e atualizar a prática e assim planear, liderar e operacionalizar um projeto com uma temática relevante e atual na área da qualidade.

A competência B3 afirma que o enfermeiro especialista "garante um ambiente terapêutico e seguro" (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Consideramos que esta competência foi igualmente

conseguida pois ao longo dos estágios clínicos, os cuidados foram sempre centrados na pessoa cuidada, família e ambiente em que estava inserida, respeitando a sua individualidade, atuando na prevenção de acidentes e na gestão do risco adjacente à profissão. Relativamente à gestão do risco e prevenção de acidentes, em cada um dos contextos clínicos foi sempre respeitada a missão e os valores da instituição bem como as normas e diretrizes em vigor, especialmente em fase de pandemia de Covid-19, onde foram sempre utilizados os equipamentos de proteção individual e os protocolos de controlo de infeção estabelecidos, desempenhando uma prática profissional segura para os profissionais de saúde e para as crianças e jovens cuidadas por nós.

A aplicação dos questionários e as entrevistas informais aos enfermeiros-chefes e aos enfermeiros orientadores, fez com que se realizasse o levantamento das necessidades existentes em cada um dos serviços relativamente à temática do *Stress* Tóxico em crianças e jovens e assim planejar intervenções com o objetivo de colmatar as necessidades inicialmente existentes, contribuindo desta forma para a formação em serviço. Assim, foram realizadas sessões de formação em todos os locais de estágio com o objetivo de capacitar os enfermeiros para lidar com esta problemática ainda algo desconhecida. Foi também elaborado um Guia para os Pais de forma a que estes tenham competências para prevenir o *Stress* Tóxico nos seus filhos.

Através da análise minuciosa das competências abrangidas no “Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade”, é exequível afirmar que é indispensável que o enfermeiro especialista tenha uma atitude proactiva e autocrítica da prática, de forma a rever as práticas da equipa e assim atualizá-las no sentido da procura da melhoria contínua dos cuidados. Assim, após a análise da nossa conduta, considera-se que as competências neste domínio foram alcançadas.

c) Domínio da Gestão dos Cuidados

Este domínio é constituído por duas competências, a C1- “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748). Estas duas competências são relativas à gestão dos cuidados, tendo como base a otimização de respostas de enfermagem que permitam a

segurança e a qualidade das tarefas delegadas e ainda do ajuste da capacidade de liderança e de gestão adequadas a cada contexto com o objetivo da qualidade dos cuidados.

No decorrer dos estágios foi evidente a necessidade de adaptar os estilos de liderança a cada um dos contextos clínicos. Nas Consultas Externas de Pediatria a prestação de cuidados é planeada de forma antecipada, pois as consultas são agendadas e estabelecidas consoante a especialidade da consulta médica, sendo assim possível saber no dia anterior o número de crianças agendadas, as respetivas idades e ainda qual a consulta marcada. Relativamente à gestão do serviço, esta tarefa está atribuída à Enfermeira Gestora, na sua ausência é a Enfermeira Orientadora deste estágio que a substitui, sendo considerada o 2º elemento de chefia da equipa. Na Urgência Pediátrica, a gestão dos cuidados é realizada ao longo de cada turno, sendo feita consoante o número de crianças admitidas e a sua respetiva prioridade de atendimento; a chefia de cada turno é atribuída ao elemento mais antigo da equipa de trabalho; a Enfermeira Orientadora deste estágio é o 3º elemento de referência nesta equipa e por vezes assume o cargo, sendo responsável pelos pedidos de material, pedidos de medicação, reparação de equipamentos e gestão de conflitos, sendo possível acompanhar a enfermeira num destes turnos. Na UCIN e no Internamento de Pediatria o método de trabalho é o individual, o que implica que cada enfermeiro organize e gira o seu turno consoante as necessidades identificadas nas crianças que estão sob a sua responsabilidade.

Assim, considero que, pelo acompanhamento e a aprendizagem que foi possível adquirir com os vários enfermeiros orientadores, foram constatadas as diferentes formas de gestão de cuidados, adequados a cada equipa e a cada contexto, delegando as tarefas com base na garantia de uma equipa que presta cuidados de qualidade e em segurança. Considera-se, portanto, que foram atingidas as seguintes competências: “C1.1.1.- Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa”; “C1.1.2.- Colabora nas decisões da equipa de saúde”; “C1.1.3.-Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar”; “Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde”; “C1.2.1- Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar”; “C1.2.2.- Cria guias orientadoras das tarefas a delegar”; “C1.2.3- Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou demonstração prática das tarefas a delegar” e “C1.2.4- Avalia a execução das tarefas delegadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Relativamente à competência C2, que abrange a competência C2.1- “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e C2.2.- “Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 4748-4749), por termos tido o privilégio de acompanhar os vários estilos de liderança e gestão, por parte dos enfermeiros orientadores nos diferentes contextos clínicos, com as suas particularidades individuais e as da equipa, consideramos que foram atingidas as unidades de competência e as respetivas competências deste domínio.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio é composto por duas competências que por sua vez se dividem em unidades de competência com os seus próprios critérios de avaliação. Deste modo, surge a competência D1 que afirma que o enfermeiro especialista “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e D2- “Baseia a sua praxis clínica baseada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

A primeira competência deste domínio fala na capacidade que o enfermeiro especialista deve ter em se autoconhecer, em ter consciência de si na relação com o outro nos vários contextos da sua vida e a respetiva unidade de competência D1.1 que menciona que o enfermeiro especialista deve ter “(...) consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”, através da otimização “(...) do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar (...) reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais (...) [e] consciencializa a influência pessoal na relação profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749). Após a análise desta competência, podemos considerar que o percurso feito ao longo dos estágios curriculares bem como a realização do projeto de estágio, decorreram de experiências enriquecedoras e contribuíram de forma positiva para o desenvolvimento do autoconhecimento e da autoconsciência enquanto pessoa individual e enquanto profissional, assumindo os nossos recursos e limites.

A competência D2 aborda a atuação e a postura profissional baseadas no conhecimento válido, atualizado e validade na comunidade científica, é por isso imprescindível que o enfermeiro especialista seja “facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (...) [e suporte] a prática clínica em evidência científica (...) [promovendo] a formação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 4749-4750). Assim, podemos afirmar que ao longo da frequência nos estágios curriculares, foi possível aplicar os conhecimentos teóricos abordados anteriormente em sala de aula. A prestação de cuidados em quatro contextos clínicos diferentes, cada um com as suas características tão específicas, fez com que se desenvolvem-se áreas de conhecimento muito distintas e assim investir em temáticas menos debatidas e sobre as quais existiam dúvidas. Nas Consultas Externas de Pediatria, pela sua particularidade na organização dos cuidados, levou-nos a pesquisar, entre várias coisas, acerca do PNSIJ e sobre a colocação de Perfusão Contínua Subcutânea de Insulina, por exemplo. Já na UCIN, por ser uma área muito específica, foram realizadas pesquisas sobre recém-nascidos pré-termo e/ ou com patologias e ainda sobre técnicas e procedimentos de enfermagem mais comuns neste serviço.

A minha experiência profissional é na área de adultos, especificamente em Medicina Interna, e sendo a área da Pediatria uma área tão vasta e tão específica, foi necessário um maior investimento no desenvolvimento de conhecimento teórico-prático através da pesquisa bibliográfica bem como na total disponibilidade para aprender em todas as ocasiões possíveis nos vários contextos clínicos. A realização do projeto de estágio também permitiu atingir as competências deste domínio pois ao longo do percurso foi realizada uma pesquisa intensa sobre a temática abordada o que permitiu adquirir um alto nível de conhecimento, contribuindo assim para a aquisição desta competência.

O enfermeiro especialista tem então o dever de manter os seus conhecimentos e práticas atualizados, de modo a prestar cuidados especializados, de qualidade e com base em fundamentos teóricos. Para concluir, a realização dos estágios curriculares e a elaboração do projeto de estágio permitiram o desenvolvimento do conhecimento e a obtenção de competências práticas e teóricas relativas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Citando a Ordem dos Enfermeiros (2018), p. 19192, do Regulamento nº 422/2018, de 12 de julho de 2018, relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica está indicado que o EEESIP utilize “um modelo concetual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. Esta especialidade intervém na pessoa desde o seu nascimento até os 18 anos de idade, podendo alargar até aos 21 ou 25 anos de idade, mediante o processo de transição para a idade adulta, e acompanha a pessoa numa importante fase do ciclo vital. O EEESIP trabalha em parceria com a criança e a sua família nos mais diversos contextos de prestação de cuidados, com o objetivo de promover o potencial de saúde de cada criança/ jovem, seja ela saudável ou doente, movimentando recursos de suporte à sua família ou cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O EEESIP presta “(...) cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192). “São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar a criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192). De outro modo, está também no seu âmbito de atuação, a deteção de conhecimentos e competências que o permitam atuar em situações de emergência, assim como a avaliação da família e a resolução das suas necessidades de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Como documentos reguladores da certificação das competências clínicas especializadas esperadas pelo EEESIP, incluem-se o Regulamento nº 422/2018 e o Regulamento nº 140/2019 relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Como competências específicas do EEESIP, segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192, temos: "a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"; c) Presta cuidados

específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem". Seguidamente será feita uma análise reflexiva de cada uma das competências.

a) Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde

Esta competência é relativa à “natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19292).

O EEESIP assiste e cuida da criança/ jovem e a sua família em todos os contextos da área de Pediatria, no sentido da maximização da sua saúde, da prevenção da doença e na promoção das competências parentais e é neste sentido, que consideramos que esta competência foi desenvolvida ao longo dos estágios clínicos nos diferentes contextos. Particularmente a competência "E1.1.- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para reger o regime e da reinserção social da criança/jovem" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192) e dos seus respetivos critérios de avaliação, é passível afirmar que no contexto de estágio nas Consultas Externas de Pediatria, realizámos um Estudo de Caso de uma adolescente de 14 anos e a sua respetiva família nuclear, o que permitiu estudar de forma aprofundada esta família, realizando um apreciação inicial e avaliação da família usando o Modelo de Calgary de Avaliação e Interação da Família, de modo a levantar os diagnósticos de enfermagem adequados e formular um plano de cuidados direcionado a esta criança e à sua família.

Para a realização deste Estudo de Caso foi, primeiramente, realizada uma entrevista de co-lheita de dados à mãe e à adolescente e recolhidas as informações pertinentes através do *Alert*[®] e do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. A ida desta adolescente à Consulta Externa deveu-se ao diagnóstico recente de uma Diabetes Mellitus tipo I e por isso estivemos presente nesta consulta, de forma a realizar uma avaliação presencial da mesma no âmbito desta consulta. Seguidamente foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, o respetivo plano de cuidados e definidos os resultados esperados nos vários domínios na área de intervenção do EEESIP, nomeadamente acerca da promoção da parentalidade, desenvolvimento infantil e alimentação. A

posterior avaliação do plano de cuidados foi realizada nos contactos posteriores com a adolescente e a sua mãe no âmbito das consultas da Diabetes Mellitus.

Deste modo, a formulação do Estudo de Caso e aplicação do plano de cuidados de enfermagem, possibilitou desenvolver a competência E1.1. e os seus respetivos critérios de avaliação estabelecidos para esta unidade de competência, são eles: “E1.1.1 negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar; E1.1.2. comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (...) E1.1.4. proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E.1.1.5 procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Relativamente a competência descrita acima, é relevante também referir que nos restantes contextos de prestação de cuidados se realizou um plano de saúde promotor da parentalidade – na UCIN através dos ensinamentos aos pais quanto aos cuidados a ter com o RN, sobre alimentação, sobre higiene, sono, sinais de frio/ calor, sinais de alarme, etc; na Urgência Pediátrica e no Internamento de Pediatria através de ensinamentos sobre variadas temáticas como a febre, doenças mais comuns na infância, sinais de dificuldade respiratória, higiene nasal, alimentação, prevenção de acidentes, etc.

A competência E1.2 assevera que o EEESIP “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Quanto a esta competência, foi efetivada ao longo dos quatro contextos clínicos, apesar num modo mais específico na UCIN e na Urgência Pediátrica devido às suas características. No serviço de Urgência Pediátrica através da realização da triagem e da observação de cada criança/ jovem que visita este serviço é possível identificar as alterações fisiológicas que possam comprometer o seu estado de saúde e representar possível risco de vida. Sendo este serviço o primeiro contacto com a criança, possibilita realizar o devido encaminhamento e atribuição do respetivo grau de prioridade, assim

exige conhecimento especializado, competências, olhar clínico e alguma experiência em urgência e emergência.

Na UCIN, devido à sua complexidade e especificidade, permitiu-nos contactar com diversas patologias comuns no RN pré-termo ou de termo com necessidade de vigilância e prestação de cuidados permanentes. O Internamento de Pediatria exige igualmente conhecimentos especializados, pois as crianças internadas são portadoras de várias patologias e necessitam de cuidados de enfermagem e vigilância contínua. Devido a este serviço ser considerado uma unidade de pediatria médica e cirúrgica, existe também o internamento de crianças submetidas a intervenções cirúrgicas que naturalmente necessita, de cuidados de enfermagem e de vigilância no período peri-operatório. Nas Consultas Externas, as intervenções de enfermagem prendem-se na prevenção da doença e no acompanhamento em situação de doença, sendo possível detetar qualquer desvio do padrão da normalidade e que deva ser encaminhado para outros profissionais.

Para concluir, podemos assegurar que ao longo do Estágio I e do Estágio Final e em cada contexto em particular, foi alcançada a competência E1 e respetivas E1.1. e E1.2., pois procurámos sempre estabelecer uma parceria de cuidados com a criança/ jovem e respetiva família, de forma a formular um plano de saúde promotor das competências parentais tendo, ao longo dos estágios, tido a capacidade para diagnosticar e intervir no âmbito das doenças mais comuns na infância e em situação mais específicas que colocassem em risco ou que afetassem a vida das crianças/ jovens a quem prestámos cuidados.

b) Cuida da criança/ jovem em situações de especial complexidade

A competência b) do EEESIP está relacionada com a mobilização de “recursos oportunamente, para cuidar da criança/ jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Esta competência encontra-se dividida em 5 unidades de competência e os respetivos critérios de avaliação para cada uma delas.

A unidade de competência E2.1. menciona a capacidade de identificar “situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Como critérios de avaliação surgem competências como: “E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória; E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

A aquisição e conseqüente desenvolvimento desta competência deu-se sobretudo no decorrer do Estágio Final, em contexto hospitalar. Principalmente na UCIN, tivemos situações de grande instabilidade pois prestámos cuidados a grandes prematuros com uma grande exigência e complexidade a nível de cuidados. No período que compreendeu o estágio neste contexto, relembramos o caso de um grande prematuro com cerca de 800gr e 26 semanas de gestação que pela sua imaturidade multisistémica, mais propriamente cardíaca e pulmonar, levou à instabilidade das suas funções vitais e risco de vida. Já na Urgência Pediátrica e no Internamento de Pediatria, as situações mais recorrentes de instabilidade das funções vitais relacionaram-se principalmente com infeções do trato respiratório, com necessidades importantes de aporte de oxigénio adicional e esforço respiratório evidente, com conseqüente carência de cuidados imediatos e de suporte ventilatório não invasivo.

Quanto à unidade de competência E.2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem” e respetivos critérios de avaliação “E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, “E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e “E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Consideramos, portanto, que esta competência foi adquirida e consolidada ao longo de todos os estágios clínicos, através da necessidade constante da prestação de cuidados de procedimentos invasivos e dolorosos que se relacionam com a necessidade de avaliação da dor e aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma. Como exemplos de procedimentos invasivos realizados de forma recorrente na prestação de cuidados temos as punções venosas periféricas, colheitas de sangue, administração de injetáveis, punção do calcanhar para

avaliação da glicémia capilar, pensos cirúrgicos, etc. Na realização destes procedimentos invasivos, foram utilizadas medidas não farmacológicas para o alívio da dor (sacarose/ glucose, sucção não nutritiva, amamentação, contenção manual ou com lençol, distração), sendo estas intervenções independentes do EEESIP, seguindo os protocolos existentes em cada serviço. A prevenção da dor tanto a curto como a longo prazo no RN deve ser um dos objetivos de todos os profissionais de saúde, visto que a frequente exposição à dor traz consequências negativas, particularmente de ordem fisiológica que podem resultar no aumento da incidência da morbidade e alterações a nível cognitivo e nociceptivo (Araújo, *et al.*, 2017).

Relativamente à competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” e critérios de avaliação da mesma: “E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas e “E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Tivemos a oportunidade de alcançar esta competência pois no serviço de Internamento de Pediatria prestámos cuidados a uma criança portadora de uma doença rara, designada por Síndrome de Treacher Collins. Esta doença centra-se numa malformação congénita que envolve o primeiro e segundo arcos braquiais, caracterizada por anomalias dos pavimentos auriculares, hipoplasia dos ossos da face, obliquidade antimongolóide das fendas palpebrais e fissura palatina (Andrade, *et al.*, 2005). Devido a estas anomalias craniofaciais, estas crianças estão predispostas a obstruções das vias aéreas, sendo o caso da criança em questão. Este bebé tinha 2 meses de vida e encontrava-se hospitalizado desde o nascimento devido a várias complicações, no momento atual encontrava-se com entubação nasogástrica para alimentação entérica e com traqueostomia com aporte de oxigénio.

Quanto à competência E2.5. sobre a promoção da “adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193) tivemos também a oportunidade de contactar com crianças portadoras de doença crónica e de doença oncológica no serviço de internamento de Pediatria. Neste serviço prestámos cuidados a uma adolescente com um diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus tipo 1 e, por isso, numa fase de adaptação, necessitando de vigilância contínua e realização de ensinamentos de forma a promover a adoção de mecanismos e estratégias e assim promover a sua autonomia na gestão da doença. Relativamente a crianças com doença oncológica, prestámos cuidados nas Consultas Externas de Pediatria no âmbito do Hospital de Dia, pois estas crianças deslocavam-

se lá para realização de penso do cateter central e para colheita de análises químicas e ainda no serviço de internamento. Neste serviço esteve internada uma adolescente com diagnóstico de um Neuroblastoma em fase terminal, onde se fez toda a gestão sintomática e onde se prestaram cuidados até ao fim de vida.

Ao longo de todo este trajeto prestámos cuidados na maximização da saúde das crianças e jovens, e assim atingimos a competência E2.4 sobre a prestação de cuidados à “criança/jovens promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

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

Esta competência assenta em que o EEESIP tenha conhecimentos aprofundados sobre as especificidades de cada etapa de desenvolvimento e do ciclo vital que dê respostas adequadas “promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194) Iniciamos por analisar a unidade de competência E3.1. onde se afirma que o EEESIP deve promover o crescimento e o desenvolvimento infantil através dos seguintes atos: E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194). Relativamente a esta unidade de competência é importante referir que foi no estágio nas Consultas Externas de Pediatria que foi primeiramente desenvolvida, através das consultas de vigilância infantil das mais variadas áreas da pediatria. Foi nestas consultas, nas quais tivemos oportunidade de participar, que foi possível realizar a avaliação do crescimento e do desenvolvimento das crianças e jovens das mais variadas idades, aqui também foi possível realizar ensinamentos relativos à prevenção de doença e promoção da saúde.

A competência E.3.2. pretende que o EEESIP difunda “a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” e critérios de avaliação “E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5. Promove a amamentação. E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194). Esta competência foi adquirida e desenvolvida no estágio frequentado na UCIN através da procura da promoção da interação entre os pais e os RN através de algumas estratégias como o contacto pele a pele (método canguro), da promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados e ainda através da promoção da amamentação, incentivando assim a vinculação entre os pais e o RN. Quanto à amamentação, neste serviço é sempre privilegiado o leite materno em detrimento do leite artificial, sendo este um alimento mais completo e aconselhável. Quando os RN não reúnem condições de saúde para serem amamentados, a mãe, quando assim o pretende, extrai o leite que depois será oferecido ao bebé, assim que o RN tem capacidades para mamar é então colocado à mama sob vigilância do EEESIP.

No que se refere à competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194), é relevante mencionar que ao longo do percurso prático foram adquiridos, desenvolvidos e aperfeiçoados conhecimentos e aptidões sobre as técnicas de comunicação mais adequadas para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/ jovem e a sua respetiva família, respeitando o estadio de desenvolvimento da criança e ainda as suas crenças, vontades e cultura.

Para finalizar, emerge a competência E.3.4. que releva a promoção da “autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”, através dos seguintes critérios de avaliação: “E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário; E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis; E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável; E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194). Esta faixa etária foi mais assídua na Urgência Pediátrica devido às suas características

próprias, assim foi necessário facilitar a expressão das suas emoções, reforçar a imagem corporal quando assim era importante, promover a adoção de comportamentos saudáveis, reforçar a tomada de decisão responsável e informada de forma a que o adolescente reúna condições para decidir sobre a sua saúde e minimize a exposição a riscos.

Concluindo, consideramos ter alcançado as competências específicas do EEESIP estabelecidas ao longo deste capítulo e que foram palpáveis através dos estágios nos quatro contextos clínicos.

3.3 Desenvolvimento de Competências para aquisição do grau de Mestre

O percurso formativo desenvolvido no âmbito deste Mestrado em Enfermagem, assentou nos objetivos que lhe foram definidos, sendo eles: o desenvolvimento de conhecimentos e competências em determinada área de enfermagem através de altos níveis de julgamento clínico e tomadas de decisão baseadas em respostas humanas aos processos de vida e questões de saúde; a contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde através da investigação científica, da prática baseada na evidência e nas referências teóricas; capacitação para a governação clínica, liderança de equipas e para a supervisão e gestão dos cuidados e a contribuição para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão autorregulada e especializada. Estes objetivos estão de acordo com as competências de aquisição de Grau de Mestre redigidas no Artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018). Tendo em conta o que foi dito anteriormente, efetuaremos uma análise reflexiva do percurso realizado de modo a avaliar a aquisição das competências necessárias para a aquisição de grau de Mestre.

A elaboração do projeto de intervenção designado por “Cuidar de Crianças e Jovens em Risco de *Stress* Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem e a elaboração de uma *scoping review* intitulada “Consequências do *Stress* Tóxico na Saúde da criança/ jovem” produzida ao longo do Estágio Final, deu-nos a oportunidade de desenvolver competências de Mestre, nomeadamente a capacidade de “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) sustentando nos conhecimentos do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde

(...) [e que] 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). Permite-nos também dar resposta à capacidade de “comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” e consideramos ainda ter adquirido competências que nos permitem “uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p. 4162).

Relativamente à competência anterior designada, é importante referir que no âmbito da fase teórica deste curso, foi construído um artigo de revisão integrativa da literatura sobre “Gestão da dor nos procedimentos dolorosos em pediatria – uso de Protóxido de Azoto + Oxigénio (Livopan®)” na disciplina de Investigação em Enfermagem e foi ainda realizada uma *Scoping Review* nomeada “A criança/ jovem e família no serviço de Urgência Pediátrica” no âmbito da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria II. Os e artigos realizados serão propostos para publicação em revista científica numa fase posterior.

O presente projeto de estágio foi elaborado assente na Metodologia de Projeto, o que nos permitiu organizar a sua estrutura através de etapas previamente definidas. Este percurso foi iniciado com a formulação do diagnóstico da situação, definição de objetivos e específicos, o respetivo planeamento do projeto e das atividades a desenvolver e ainda a definição da população-alvo. Para finalizar, surgem a fase de implementação do projeto e a análise das conclusões e resultados do mesmo. A execução do presente projeto de estágio, que se desenvolveu ao longo dos 4 contextos clínicos frequentados, permitiu-nos ir ao encontro da competência de grau de Mestre que afirma que o EEESIP tenha capacidade para “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p. 4162). Assim, por se tratar de um estudo transversal a todos os locais de estágio em contexto de cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar (serviços de internamento e de urgência), com uma população-alvo específica, permitiu-nos desenvolver a capacidade de “integrar conhecimentos,

lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...)” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p. 4162).

Não é demais voltar a referir que durante a elaboração e implementação deste projeto de estágio, foram assumidas todas as responsabilidades éticas, deontológicas e legais, as quais tivemos em consideração durante todas as fases que o constituíram, desde a colheita de dados até à publicação dos resultados. Podemos ainda afirmar que em contexto de prestação de cuidados, zelámos igualmente pelo cumprimento dos nossos deveres éticos, legais e deontológicos, fazendo cumprir os documentos reguladores da profissão e os direitos das crianças/ jovens e as suas famílias, como recetores dos nossos cuidados. Assim, foram concretizadas as competências de Mestre relativamente à responsabilidade ética e deontológica que conduzimos através da realização de “(...) reflexões sobre as complicações 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).

Em jeito de conclusão, consideramos que as aprendizagens adquiridas na realização da componente teórica deste curso de Mestrado, bem como o planeamento e implementação do projeto de estágio, a par da frequência nos estágios clínicos, permitiu-nos obter e consolidar as competências comuns e específicas do EEESIP e do grau académico de Mestre em Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Stress* Tóxico em crianças e jovens emergem num tema da atualidade e de extrema importância, considerando-se um problema de saúde pública, não só pelos fatores causais mas também pelas repercussões e consequências que possam ocorrer para as vítimas, que serão os futuros adultos de amanhã. Assim, as entidades de saúde, particularmente os enfermeiros, compõem a classe profissional mais ampla e que mais contacta com os utentes, têm obrigação moral, legal e responsabilidade acerca deste tema. O EEESIP adota como competência, detetar de forma precoce situações que ponham em risco ou que afetem negativamente a qualidade de vida das crianças e dos jovens e assume ainda uma relevante função na deteção de situações de risco nas suas diferentes tipologias e em vários contextos da prestação de cuidados, tanto em ambiente hospitalar como em cuidados de saúde primários.

O EEESIP encontra-se então numa posição favorecida relativamente às crianças e jovens em risco pois tem competências para detetar precocemente os sinais de alerta e encaminhar devidamente estas situações, como no campo de ação da prevenção primária, através da promoção das competências parentais (papeis parentais, vigilância de saúde, ensinamentos sobre as etapas de crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes, entre outros) com o objetivo de minimizar o risco de ocorrência de *Stress* Tóxico. Doutra prisma, o EEESIP assume também um papel importante na liderança e divulgação do conhecimento acerca de várias áreas, nas suas equipas, funcionando como elemento de referência e dinamizador das práticas mais adequadas em saúde.

Deste modo, ao longo do curso de Mestrado, trabalhamos no sentido de desenvolver este projeto centrado nas crianças e nos jovens em risco de *Stress* Tóxico e o consequente papel do enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção do mesmo no âmbito da frequência do Estágio I e do Estágio Final, com a finalidade de cooperar para a segurança da criança através da prevenção e da sua adequada sinalização, definindo como população-alvo as 4 equipas de enfermagem com quem trabalhamos ao longo deste percurso académico.

O presente projeto de intervenção, teve como base a metodologia de projeto, tendo surgido o problema “O *Stress* Tóxico em crianças e jovens como um problema de saúde pública a nível nacional”, estabelecida a população-alvo e assim definido o objetivo geral “Sensibilizar as equipas de enfermagem e os pais/ cuidadores para as consequências do *Stress* Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem” e os objetivos específicos: “Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de *Stress* Tóxico”; “Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de *Stress* tóxico em crianças e jovens”; “Capacitar os pais/ cuidadores de forma a evitarem o *Stress* tóxico”.

Seguidamente, foi realizado o planeamento e definidas as atividades a realizar, determinadas em três pilares: a sensibilização e capacitação das equipas de enfermagem de forma a terem conhecimento sobre o tema e assim atuarem em situações de *Stress* Tóxico, através da realização de sessões de formação adaptadas a cada contexto clínico; a realização de uma *scoping review* com o tema “Consequências do *Stress* Tóxico na saúde da criança/ jovem” de forma a intensificar a sua prevenção e a elaboração de materiais educativos que se centrem na promoção das competências parentais de modo a que os enfermeiros possam cooperar para a diminuição do risco através da promoção da parentalidade positiva e das efetivação das competências parentais.

A realização das sessões de formação permitiu efetivar os objetivos de demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de *Stress* Tóxico” e habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de *Stress* tóxico em crianças e jovens. Por outro lado, a realização do Guia para os pais e da aplicação da *Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit* na UCIN, permitiu concretizar o objetivo para capacitar os pais/ cuidadores de forma a evitarem o *Stress* tóxico, através da elaboração de materiais de apoio que permitam a realização de educação para a saúde e assim contribuir para a prevenção do *Stress* Tóxico através da promoção das competências parentais e da parentalidade positiva.

Com a efetivação deste projeto de intervenção, atentamos ter contribuído de forma positiva para a sensibilização dos enfermeiros relativamente a esta temática e ainda para a consciencialização do seu papel enquanto profissional de saúde e EEESIP. Posto isto, podemos considerar que contribuímos para a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre o *Stress* Tóxico em

crianças e jovens em risco e ainda para a definição de papéis e responsabilidades dos enfermeiros nesta vertente dos maus tratos.

No nosso ponto de vista, o percurso traçado ao longo deste curso de Mestrado até à redação do Relatório de Estágio, centrou-se numa trajetória definida por aprendizagem, motivação e mais-valias para o desenvolvimento do nosso percurso profissional. A componente teórica consentiu adquirir e consolidar conhecimentos e competências baseadas na evidência científica e, por outro lado, a componente prática através da realização dos estágios em diferentes contextos clínicos, permitiu conhecer novas realidades, diferentes equipas e métodos de trabalho, organização e gestão dos cuidados, contribuindo assim para a nossa evolução pessoal, académica e profissional.

Já a realização do projeto de intervenção baseado na metodologia de projeto, concedeu a possibilidade de compreender de forma clara as suas etapas e qual o caminho a percorrer na procura de resultados que cooperem na evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão, consciencializando-nos acerca da necessidade da procura perseverante da atualização de conhecimentos e práticas que contribuam para a melhoria dos cuidados e para a excelência da atuação do enfermeiro, especialmente do EEESIP. Como perspetivas futuras, pretendo desempenhar funções de EEESIP e assim ter a possibilidade de dar continuidade a este projeto de forma a colaborar para a dinamização deste tema, constituindo um elemento dinamizador das boas práticas em enfermagem e do conhecimento baseado na evidência científica mais recente.

Finalmente, importa mencionar que foi notório o crescimento pessoal e profissional e ainda a aquisição de competências técnicas, cognitivas e comunicacionais, aplicadas a nível prático, teórico e na implementação do projeto de intervenção, que nos possibilitaram adquirir e desenvolver as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e ainda as Competências de Mestre.

Ao longo deste percurso, detetamos que esta temática ainda é pouco abordada no nosso país, sendo portanto imprescindível apostar na investigação desta temática em Portugal e assim detetar a taxa de incidência de forma a poder realizar uma prevenção precoce. É por isso impor

tante a existência de mais estudos sobre o tema, especialmente acerca da relação entre a intervenção primária feita pelos enfermeiros através da promoção das competências parentais, da parentalidade positiva, da vinculação e da parceria de cuidados com o objetivo de promover a saúde da criança/ jovem e prevenir o *Stress* Tóxico.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Marques, I., Martins, M., Fernandes, T. M., & Gomes, P. (2016). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes - estudo bicêntrico e comparação com dados europeus. *Nascer e Crescer*, 141-146. Obtido em 1 de Junho de 2021, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a03.pdf>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Obtido de <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63njk/?format=pdf&lang=pt>
- Andrade, E. C., Júnior, V. S., Didoni, A. S., Freitas, P. Z., Carneiro, A., & Yoshimoto, F. R. (2005). Treacher Collins syndrome with choanal atresia: a case report and a review of its characteristics. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* V. 71, 107-110. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rboto/a/XzpDKSbLnw8LYzbMLw4zcnz/?lang=pt&format=pdf>
- Araújo, M. A., Filho, W. D., Silveira, R. S., Souza, J. C., Barlem, E. L., & Teixeira, N. S. (2017). Segurança do paciente na visão de enfermeiros: Uma questão multiprofissional. *Enferm. Foco*, 52-56. Obtido em 1 de Junho de 2021, de <https://pdfs.semanticscholar.org/3b1c/412dcafa0f54c72030254b7f7d13fc1411c1.pdf>
- ARS Alentejo. (16 de Junho de 2021). *Associação Regional do Alentejo (ARS Alentejo)*. Obtido de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Paginas/Apresentacao.aspx>
- Assembleia da República. (2015). *Lei n.º 156/2015. Diário da República, 1ª série, nº181, 8059-8104*. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (28 de Junho de 2021). Obtido de Estatísticas APAV - Crianças e Jovens Vítimas de Crime e de Violência 2013-2018:

https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Crianças_Jovens_2013-2018.pdf

Barroso, Z. (2015). Ser criança não deveria doer: contribuição para uma tipologia de maus-tratos infantis diagnosticados num hospital de Lisboa. *Extra Coleção*.

Benner, P. (2011). De Iniciado a Perito. *Quarteto*.

Brighenti, J., Biavatti, V., & Souza, T. (2015). Metodologias de ensino-aprendizagem: uma abordagem sob a percepção dos alunos. *Revista Gestão Universitária na América Latina*, 281-304. doi:<https://doi.org/10.5007/1983-4535.2015v8n3p281>

Center on the Developing Child. (12 de Junho de 2021). Obtido de Harvard University: <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/toxic-stress/>

Center on the Developing Child. (s.d.). *From Best Practices to Breakthrough Impacts: 8 Things to Remember about Child Development*. Obtido de developingchild.harvard.edu/resources/8-things-remember-child-development/

CNPDPJ. (28 de Junho de 2021). *Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens*. Obtido de Relatório Anual da Atividade da CPCJ: <https://www.cnpdpj.gov.pt/relatorio-atividades>

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (Junho de 2020). *Avaliação das Atividades das CPCJ*. Obtido de CNPDPJ: [file:///C:/Users/sarab/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20atividade%20das%20CPCJ%20do%20ano%20de%202019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sarab/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20atividade%20das%20CPCJ%20do%20ano%20de%202019%20(1).pdf)

Diário da República, 2ª série - Nº 102. (27 de Maio de 2015). 13550-13553. Obtido em 1 de Junho de 2021, de <https://dre.pt/application/file/67318639>

Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco-relatorio-2010.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (25 de Junho de 2021). *Norma da Direção Geral da Saúde 010/2013*. Obtido de Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Eickmann, S. H., Emond, A. M., & Lima, M. (2016). Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. (J. d. Pediatria, Ed.) pp. 71-83. doi:10.1016/j.jped.2016.01.007
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista PERCURSOS, nº15.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fragata, J. I. (2010). A Segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 564 - 570. Obtido em 1 de Junho de 2021, de http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf
- HESE, EPE. (16 de Junho de 2021). *Hospital do Espírito Santo de Évora*. Obtido de <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica 9ªEd*. Elsevier Editora Ltda.
- Hoyos, G. P., Borjas, D. M., Ramos, A. S., & Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 16-23. Obtido em 4 de Junho de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethis, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Bodercova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J., Zakhozha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *The European Journal of Public Health, Vol 29, Nº 4*, 741-747. doi:10.1093/eurpub/ckz037

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (26 de Junho de 2021). Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008264&selTab=tab0
- Kimble, K. S., & Kansagra, S. M. (2018). Responding to Adverse Childhood Experiences: It Takes a Village. *N. C. Medical Journal*, 95-98.
- Lebel, C. A., McMorris, C. A., Kar, P., Ritter, C., Andre, Q., Tortorelli, C., & Gibbard, W. B. (2019). Characterizing adverse prenatal and postnatal experiences in children. *Birth Defects Research*, 848-858. doi:10.1002/bdr2.1464
- Linhares, M. B. (2016). Early childhood stress: Impacts on health and protective mechanisms. *Estudos de Psicologia*, 587-599. doi:10.1590/1982-02752016000400003
- Lopes, M., Catarino, H., & Dixe, M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*, III, 1, pp. 109-118. doi:www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII1n1/serIII1n1a12.pdf
- Lopes, N. M. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: Perspetiva dos enfermeiros (Dissertação de Mestrado)*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido em 6 de Junho de 2021, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>
- Magalhães, T. (2010). Abuso de Crianças e Jovens: da suspeita ao diagnóstico. *Lidel - Edições Técnicas*.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Obtido de Decreto-Lei nº 65/2018. Diário da República, 1ª série, nº 176, 4147-4182: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Oh, D. L., Jerman, P., Marques, S. S., Koita, K., Boparai, S. K., Harris, N. B., & Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*, 1-19. doi:10.1186/s12887-018-1037-7

OMS&UNICEF. (2018). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância - Plano global para a ação e resultados*. Obtido em Junho de 2021

Oral, R., Ramirez, M., Cooney, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J., Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care, Vol 79, Nº1. *Pediatric RESEARCH*, 227-233. doi:10.1038/pr.2015.197

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º156/2015 de 16 de setembro*. Obtido de
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 422/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de Diário da República, 2.ª série, n.º 133, 19192-19194:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º140/2019*. Obtido de Diário da República, 2ª série-No26-6 de fevereiro de 2019, Diário da República, 2ª série, nº.26, 4744-4750.:
<https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Pedrosa, D. (2015). *Cultura de Segurança do Doente Pediátrico (Tese de Mestrado em Enfermagem)*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.

PORDATA. (16 de Junho de 2021). *PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido de <https://www.pordata.pt/Home>

Regulamento nº 140/2019 . (25 de Junho de 2021). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de Diário da República, 2ª série - nº 26:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Soares, H. (2008). *O Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de Enfermagem (Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem)*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Sociedade Portuguesa de Pediatria . (26 de Junho de 2021). Obtido de

<https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>

Stillerman, A. (2018). Childhood adversity & lifelong health: From research to action. *The Journal of Family Practice, Vol 67, Nº 11, 690-699*.

Tojal, A. (2014). *Perceção dos Enfermeiros sobre a formação em serviço (Tese de Mestrado)*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de proção da saude de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm, 235-240*. Obtido em 4 de Junho de 2021, de <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?format=pdf&lang=pt>

World Health Organization (WHO). (2005). *Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. Obtido em 1 de Junho de 2021, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1 - Pedido de Autorização à Comissão de Ética da Instituição

[REDACTED]

COMISSÃO DE ÉTICA

[REDACTED]

Título do Projeto: Segurança e qualidade de vida/ Cuidar de Crianças e Jovens em risco de stress tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saude Infantil e Pediátrica na detecção, sinalização e prevenção

Nome: Sara Isabel Ruivo Bergano

Instituição: Instituto Politécnico de Beja

Investigador Responsável/Orientador:

Enquadramento Académico: Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável

Condicional

NOTAS: Falta parecer da Comissão de Ética da Instituição Académica

Data: 25/02/2021

[REDACTED]



SNS
SERVIÇO NACIONAL

Telefone: 266 740 100 | Fax: 266 701 821
geral@hevora.min-saude.pt | www.hevora.min-saude.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora
Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora
Número de Registo: 200 200 200 | Capital Estatutário: 40 200 000,00 euros

Anexo 2 - Pedido de Autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja



rs

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
(CEIPBeja)

PARECER N.º 8/2021

(Sobre o estudo – Cuidar de Crianças e Jovens em risco de *Stress* Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na deteção, sinalização e prevenção)

A- RELATÓRIO

A.1. A comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja (CE IPBeja) iniciou o Processo nº8/2021, com base no pedido formulado pela estudante do IPBeja, Sara Isabel Ruivo Bergano, relativamente a um estudo inserido no projeto “Cuidar de Crianças e Jovens em risco de *Stress* Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na deteção, sinalização e prevenção”, a realizar no âmbito de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; ministrado em associação pelo Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, com a Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, o Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, o Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, e o Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

A.2. Trata-se de um estudo exploratório, com o Objetivo Geral de “Sensibilizar as equipas de enfermagem e os pais/ cuidadores para as consequências do *Stress* Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem”. o que manifesta o benefício resultante do processo de investigação. Constituem-se como participantes as Equipas de enfermagem e pais/ cuidadores. Refere-se que este estudo de diagnóstico de situação, permitirá compreender melhor o problema, e .

A.3. Fazem parte do processo os seguintes elementos: - Folha de Consentimento Informado - identificação do investigador; - identificação do estudo; - objetivos do estudo; a garantia do carácter voluntário da participação; - confidencialidade das respostas; - declaração, por parte do participante, de responsabilidade pelo projecto e pelos dados tratados . Junta-se ainda

documento alusivo ao projeto em que se insere o estudo e parecer do encarregado de proteção de dados (EPD) do IPBeja.

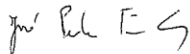
B- IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Entre os elementos considerados na análise, com destaque para aspetos como a relevância do estudo, a sua validade académica e científica, os critérios de seleção dos participantes, a relação risco-benefício e garantia de respeito dos direitos dos participantes, decorre o entendimento da observância dos critérios da Comissão de Ética do IPBeja.

C- CONCLUSÕES

1. Entende esta Comissão que deve dar parecer favorável ao solicitado.
2. Solicita-se que se junte uma declaração do Orientador/a, assumindo a supervisão da Aluna na execução do Projeto
3. Junta-se em anexo o parecer do Encarregado da Proteção de Dados do IPBeja.

Os relatores: José Pedro Fernandes , Maria Dulce Santiago e Marta Amaral



Beja, 4 de maio de 2021.

Anexo 3 - *Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit* (Versão Portuguesa)

Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit (versão portuguesa)

Estamos interessados em saber mais sobre o *stress* vivenciado pelos pais quando um prematuro está doente e hospitalizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Gostaríamos de conhecer a sua experiência como pai/mãe cujo filho está atualmente numa UCIN.

Este questionário lista várias experiências que outros pais relataram como *stressantes* quando o seu bebé esteve numa UCIN. Gostaríamos que indicasse o quão *stressante* foi para si cada um dos itens listados abaixo. Por *stressante*, queremos dizer que a experiência o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso. No questionário, circule o único número que melhor expresse o quão *stressante* cada experiência foi para si. Os números indicam os seguintes níveis de *stress*.

1. Nada *stressante*, a experiência não o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso.
2. Um pouco *stressante*
3. Moderadamente *stressante*
4. Muito *stressante*
5. Extremamente *stressante*

Se você não experienciou algum dos itens, por favor circule NA “Não Aplicável”.

Tomemos como exemplo um item: *As luzes brilhantes na UCIN.*

Se, por exemplo, considera que as luzes brilhantes na unidade de cuidados intensivos neonatais foram extremamente *stressantes* para si, colocaria um círculo no número 5 abaixo:

NA 1 2 3 4 5

Se considera que as luzes não eram nada *stressantes*, colocaria um círculo no número 1 abaixo:

NA 1 2 3 4 5

Abaixo está uma lista das várias **IMAGENS E SONS** comumente experienciados numa UCIN. Estamos interessados em saber a sua visão do quão *stressante* essas **IMAGENS E SONS** são para si. Circule o número que melhor representa o seu nível de *stress*. Se você não viu ou ouviu o item, circule o significado NA “Não aplicável”.

1. A presença de monitores e equipamentos

NA 1 2 3 4 5

2. Os ruídos constantes de monitores e equipamentos

NA 1 2 3 4 5

3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores
NA 1 2 3 4 5
4. Os outros bebés doentes na sala
NA 1 2 3 4 5
5. O grande número de pessoas que trabalham na unidade
NA 1 2 3 4 5

Abaixo está uma lista de itens que podem descrever a **APARÊNCIA** e o **COMPORTAMENTO** do seu **BEBÉ** quando o visita na UCIN, bem como alguns dos **TRATAMENTOS** que viu fazer ao bebé. Nem todos os bebés têm essas experiências ou aparência, por isso circule o **NA**, se você ainda não experienciou ou viu o item listado. Se o item reflete algo que você experienciou, então, indique o quão a experiência foi *stressante* ou perturbadora para si, circulando o número apropriado.

1. Tubos e equipamentos no meu bebé ou perto dele
NA 1 2 3 4 5
2. Nódos negros, cortes ou incisões no meu bebé
NA 1 2 3 4 5
3. A cor incomum do meu bebé (p.ex. parecer pálido ou amarelo icterico)
NA 1 2 3 4 5
4. Padrões de respiração incomuns ou anormais no meu bebé
NA 1 2 3 4 5
5. O tamanho pequeno do meu bebé
NA 1 2 3 4 5
6. A aparência enrugada do meu bebé
NA 1 2 3 4 5
7. Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebé
NA 1 2 3 4 5
8. Ver agulhas e tubos colocados no meu bebé
NA 1 2 3 4 5
9. O meu bebé ser alimentado por uma via intravenosa ou tubo
NA 1 2 3 4 5
10. Quando o meu bebé parecia estar com dor
NA 1 2 3 4 5
11. Quando o meu bebé parecia triste
NA 1 2 3 4 5

12. A aparência mole e fraca do meu bebé
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
13. Movimentos bruscos ou agitação do meu bebé
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
14. O meu bebé não ser capaz de chorar como os outros bebés
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|

A última área que lhe queremos perguntar é sobre como se sente acerca do seu próprio **RELACIONAMENTO** com o bebé e o seu **PAPEL PARENTAL**. Se você experienciou as seguintes situações ou sentimentos, indique de que modo foram *stressantes* para si, circulando o número apropriado. Novamente, circule NA se você não tiver experienciado o item.

1. Estar separado do meu bebé
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
2. Não alimentar, eu próprio, o meu bebé
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
3. Não ser capaz, eu próprio, de cuidar do meu bebé (p. ex. trocar as fraldas, dar banho)
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
4. Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebé quando quero
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
5. Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebé das dores e procedimentos dolorosos
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
6. Sentir-me impotente de como ajudar o meu bebé durante este tempo
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|
7. Não ter tempo a sós com o meu bebé
- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|

Obrigado pela sua ajuda!

Sinta-se à vontade para escrever sobre outras situações que achou *stressantes* durante o tempo em que o seu bebé esteve na unidade de cuidados intensivos neonatais.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário aplicado aos Profissionais

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



O seguinte questionário tem como objetivo o levantamento das necessidades na temática do *Stress* Tóxico neste serviço e tem como público-alvo os profissionais de enfermagem. Foi desenvolvido em contexto académico para a elaboração de um Projeto de Intervenção.

Obrigado por participar sendo a sua opinião de extrema importância, garantindo a confidencialidade!

Parte 1 – Caracterização da Equipa de Enfermagem

De acordo com a situação assinale a opção com “X”

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade:

20 a 29 anos

30 a 39 anos

40 a 49 anos

50 a 59 anos

>60 anos

3. Habilitações Literárias

Bacharelato em Enfermagem

Pós Graduação em _____

Licenciatura em Enfermagem

Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem. Área de Especialização _____

Mestrado. Área: _____

Doutoramento. Área: _____

Comportamentos autolesivos			
Vigilância de saúde adequada			
Ideação suicida			
Depressão			
Papéis definidos			
Higiene pessoal adequada			

4. Assinale com um X os fatores de risco para uma criança/ jovem sofrer de *Stress* Tóxico

Famílias monoparentais	
Famílias homossexuais	
Gravidez desejada	
Pais adolescentes	
Criança com doença crónica	
Prematuridade	
Família com baixo nível económico	
Famílias com poucos filhos	
Parentalidade tardia	

5. Na sua prestação de cuidados, alguma vez contactou com uma criança/ jovem com suspeita de *Stress* Tóxico?

Sim

Não

6. Já sinalizou alguma criança/ jovem como potencial vítima de *Stress* Tóxico?

Sim

Não

7. Se sim, como agiu?

Encaminhamento para outro profissional de saúde

Encaminhamento para a CPCJ

Atuação na área da promoção da saúde e prevenção da doença

Outro. Qual? _____

8. Considera que tem capacidades para identificar uma criança/ jovem que possivelmente sofra de *Stress* Tóxico?

Sim

Não

Talvez

9. Considera que é importante ter formação sobre esta temática?

Muito importante

Importante

Um pouco importante

Não é necessário

10. Se respondeu “Importante” ou “Muito importante” na questão anterior, o que gostaria que fosse abordado tendo em conta esta temática?

Apêndice B - Consentimento informado para participação no projeto

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação no projeto “Cuidar de Crianças e Jovens em risco de *Stress* Tóxico – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na deteção, sinalização e prevenção”

Declaração do Investigador

“Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e acessível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis neste contexto, no respeito pelos seus direitos.”

Data: ___ / ___ / ___ Assinatura: _____ (Sara Isabel Ruivo Bergano)

Declaração do Participante

“Declaro ter compreendido os objetivos deste projeto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/ Não Autorizo (riscar o que não interessa) a participação no estudo indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas.”

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / ___

Nota: Este documento é feito em duas vias (uma para o processo e outra para o participante)

Apêndice C - Sessões de Formação

- Consultas Externas de Pediatria

Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALENQUER
Saúde
E S
E S
IPS
Faculdade de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

4º Curso de Mestrado em
Enfermagem em Associação
2019-2021


Unidade Curricular: ESTÁGIO I

Cuidar de Crianças e Jovens em risco de *Stress* Tóxico

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na deteção, sinalização e prevenção

Regente:
Professor António Casa Nova
Docente:
Professora Ana Lúcia Ramos
Discente:
Sara Bergano (nº19764)

Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para as consequências do <i>Stress</i> Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">- Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de <i>Stress</i> Tóxico;- Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de <i>Stress</i> Tóxico em crianças e jovens;- Identificar estratégias que possam minimizar o <i>Stress</i> tóxico em crianças e jovens;- Dar a conhecer á equipa de enfermagem o projeto de intervenção a desenvolver.



Ameaça



Quando a resposta é extrema, continuada e sem relações de proteção disponíveis

Aprender a lidar com as adversidades que a vida impõe, é uma importante competência no desenvolvimento infantil.

As experiências adversas na infância estão relacionadas a consequências negativas na saúde física e mental a curto e a longo prazo entre as crianças e adultos.

(Hughes et al, 2019)

Na última década constatou-se um aumento da consciencialização dos danos causados pelas experiências adversas na infância no desenvolvimento infantil e na saúde do adulto, sendo por isso imprescindível, reduzir os efeitos das adversidades para um futuro próspero da sociedade.



A ciência diz que algumas das crianças que passam por experiências adversas desenvolvem resiliência, sendo esta caracterizada pela habilidade de superar dificuldades.

(Hughes et al, 2019)

O Impacto das Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil



Na 1ª infância as grandes adversidades, como pobreza extrema, abuso ou negligência, podem enfraquecer o desenvolvimento da arquitetura do cérebro e definir o sistema de resposta ao stress em alerta máximo.



A ciência demonstra que fornecer relacionamentos estáveis, responsivos e estimulantes nos primeiros anos de vida, pode prevenir e até mesmo reverter os efeitos prejudiciais do stress no início da vida.

(Eickmann, 2016)

Experiências Adversas



Provocam

- Abuso infantil (emocional, físico ou sexual)
- Negligência infantil (emocional ou física)
- Disfunção doméstica (violência doméstica, abuso de substâncias, doença mental, atividade criminosa ou ausência dos pais)
- Dificuldades económicas extremas
- Bullying
- Perda traumática de um familiar
- Mudanças súbitas
- Acidentes graves
- Pornografia (exposição ou participação)
- Prostituição



- Doença cardíaca
- AVC
- Doença hepática
- Neoplasia do pulmão
- DPOC
- Doenças autoimunes
- Cefaleias frequentes
- Insónias
- Alterações metabólicas (obesidade, hipertensão, dislipidémia, DM I)
- Distúrbios de linguagem e aprendizagem
- Deficit de atenção e transtorno de hiperatividade
- Transtorno do espectro do autismo

(Oral et al, 2016)

Fatores de Risco

- Idade < 4 anos
- Criança com necessidades especiais que aumenta a carga do cuidador
- Nível de conhecimento dos pais e deficit de habilidades
- História parental de abuso ou negligência
- Abuso de substâncias na família ou problemas de saúde mental
- Vulnerabilidade social dos pais
- Adultos transitórios não biológicos em casa
- Crenças parentais
- Relações pobres entre os pais e filhos
- Pobreza extrema
- Desemprego



(Stilleman, 2018)

Prevenção Primária



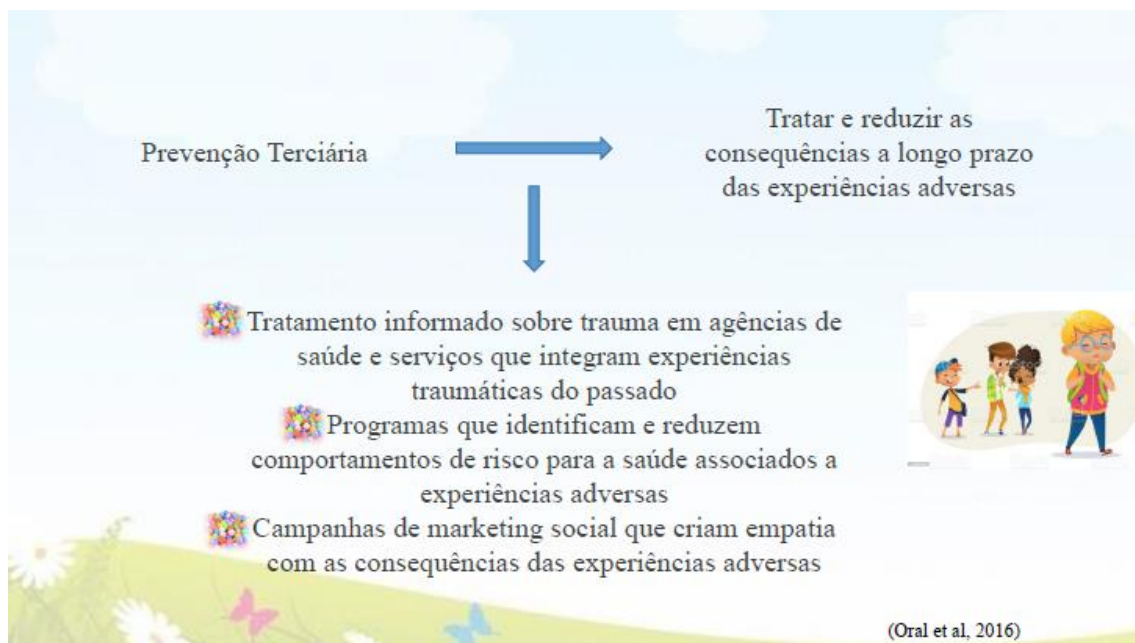
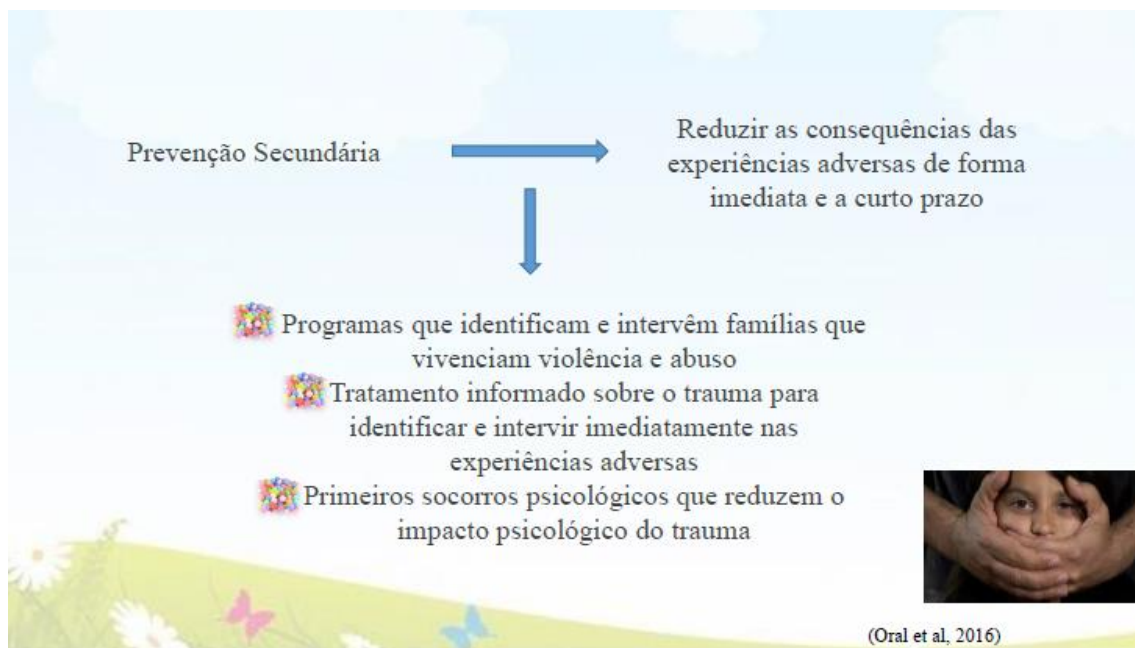
Prevenir experiências adversas de forma a que as crianças cresçam com menos exposição



- 🎁 Programas que previnem o abuso infantil e negligência
- 🎁 Programas que aumentem a estabilidade e resiliência da família e comunidade
- 🎁 Programas que ensinam habilidades parentais positivas e eficazes



(Oral et al, 2016)



Compreender a prevalência das experiências adversas, os fatores de risco e identificar os indivíduos afetados, são elementos essenciais para uma abordagem abrangente para a **prevenção eficaz**



As intervenções devem focar o fortalecimento da resiliência individual e comunitária

(Center on the Developing Child - Harvard University, 2020)

Estratégias de Proteção

Serviços de Proteção à Criança

Programas de visita domiciliária

Primeiros Socorros Psicológicos

Identifica as crianças e os seus cuidadores e fornece informações, educação, conforto e apoio, resultando na aceleração da recuperação, promoção da saúde mental e aumento da resiliência

Terapia de interação pai-filho

Terapia cognitivo-comportamental

Atendimento informado ao trauma

Envolve validação e conhecimento das experiências adversas

(Oral et al, 2016)

Nos EUA existe a Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental, que promove o uso de 6 princípios gerais para o Atendimento informado ao trauma:



Segurança – Promover uma sensação de segurança envolve um esforço consciente para garantir que todos os membros da organização estejam aptos a nível físico e emocional



Confiança e Transparência – As organizações devem abordar as decisões com transparência e gerar confiança na equipa

(Oral et al, 2016)



Suporte de Pares – Os pares incluem familiares e crianças que sofreram situações traumáticas, surgindo como recursos essenciais de apoio

Colaboração – Todos os membros da organização devem contribuir de forma igual para a cura das crianças afetadas pelas experiências adversas



(Oral et al, 2016)

Capacitação – O desenvolvimento de planos de ação para as crianças afetadas, requer uma abordagem centrada na sua capacitação



Cultura, História e Identidade de género – O investimento nas crianças afetadas deve ser culturalmente sensível e livre de preconceitos e estereótipos.



(Oral et al, 2016)

A Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental implementou um serviço de triagem, avaliação e tratamento de forma a identificar as crianças que sofreram de experiências adversas



(Oral et al, 2016)



Bibliografia

- Center on the Developing Child - Harvard University. (Novembro de 2020). *A Guide to Toxic Stress*. Obtido de <https://developingchild.harvard.edu/guide/a-guide-to-toxic-stress/>
- Eickmann, S. H., Emond, A. M., & Lima, M. (2016). Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *Jornal de Pediatria*, 71-83. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.007>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J. & Zakhozha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships. *The European Journal of Public Health*, Vol. 29, No. 4, 741-747. doi:10.1093/eurpub/ckz037
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J., Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric RESEARCH*, Volume 79, 227 - 233.
- Stilleman, A. (2018). Childhood adversity & lifelong health: From research to action. *The Journal of Family Practice*, Vol 67, 690-699.

- Serviço de Internamento de Pediatria e Serviço de Urgência Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

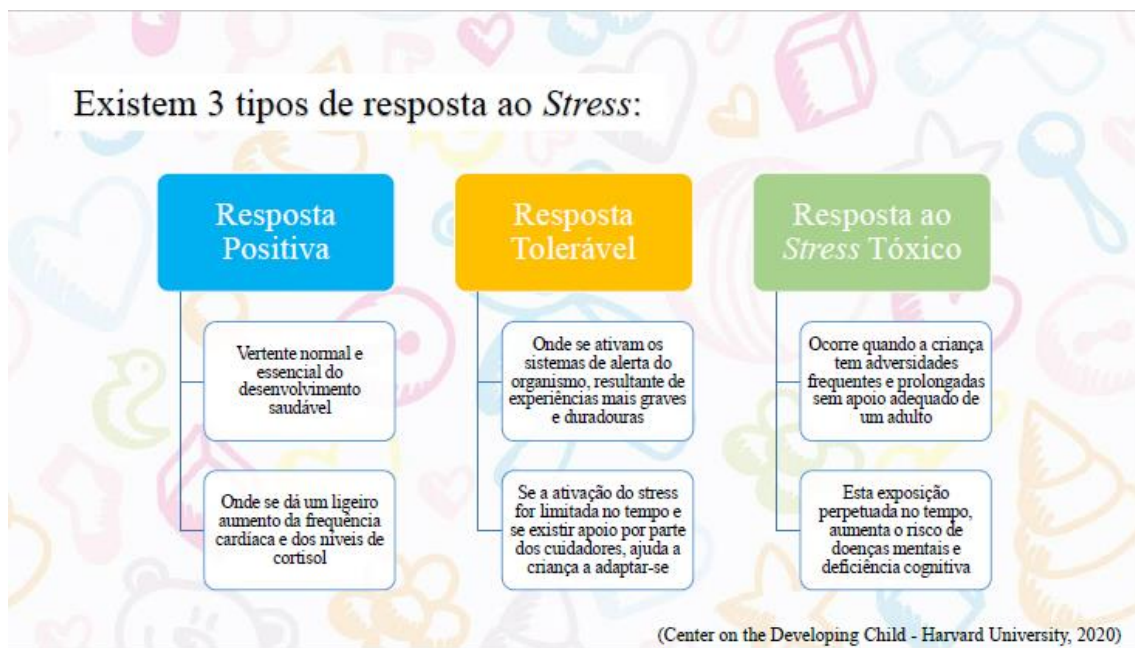
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Saúde
IPS

4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019-2021
Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Cuidar de Crianças e Jovens em risco de *Stress* Tóxico
A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na deteção, sinalização e prevenção

Regente:
Professora Antónia Chora
Docente:
Professora Ana Lúcia Ramos
Discente:
Sara Bergano (nº19764)

Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para as consequências do <i>Stress</i> Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">- Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de <i>Stress</i> Tóxico;- Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de <i>Stress</i> Tóxico em crianças e jovens;- Identificar estratégias que possam minimizar o <i>Stress</i> tóxico em crianças e jovens;- Dar a conhecer á equipa de enfermagem o projeto de intervenção a desenvolver.



Aprender a lidar com as adversidades que a vida impõe, é uma importante competência no desenvolvimento infantil.

As experiências adversas na infância estão relacionadas a consequências negativas na saúde física e mental a curto e a longo prazo entre as crianças e adultos.

(Hughes et al, 2019)

Na última década constatou-se um aumento da consciencialização dos danos causados pelas experiências adversas na infância no desenvolvimento infantil e na saúde do adulto, sendo por isso imprescindível, reduzir os efeitos das adversidades para um futuro próspero da sociedade.



A ciência diz que algumas das crianças que passam por experiências adversas desenvolvem resiliência, sendo esta caracterizada pela habilidade de superar dificuldades.

(Hughes et al, 2019)

O Impacto das Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil



Na 1ª infância as grandes adversidades, como pobreza extrema, abuso ou negligência, podem enfraquecer o desenvolvimento da arquitetura do cérebro e definir o sistema de resposta ao stress em alerta máximo.



A ciência demonstra que fornecer relacionamentos estáveis, responsivos e estimulantes nos primeiros anos de vida, pode prevenir e até mesmo reverter os efeitos prejudiciais do stress no início da vida.



O pilar mais forte da resiliência centra-se em relacionamentos estáveis e afetuosos com os membros da família ou adultos significativos. A capacidade de ser resiliente pode ser fortalecida em qualquer idade apesar de o cérebro se adaptar mais facilmente no início da infância.

(Eickmann, 2016)

Experiências Adversas

- Abuso infantil (emocional, físico ou sexual)
- Negligência infantil (emocional ou física)
- Disfunção doméstica (violência doméstica, abuso de substâncias, doença mental, atividade criminosa ou ausência dos pais)
- Dificuldades económicas extremas
- Bullying
- Perda traumática de um familiar
- Mudanças súbitas
- Acidentes graves
- Pornografia (exposição ou participação)
- Prostituição



Provocam

- Doença cardíaca
- AVC
- Doença hepática
- Neoplasia do pulmão
- DPOC
- Doenças autoimunes
- Cefaleias frequentes
- Insónias
- Alterações metabólicas (obesidade, hipertensão, dislipidémia, DM I)
- Distúrbios de linguagem e aprendizagem
- Deficite de atenção e transtorno de hiperatividade
- Transtorno do espectro do autismo

(Oral et al, 2016)

Fatores de Risco

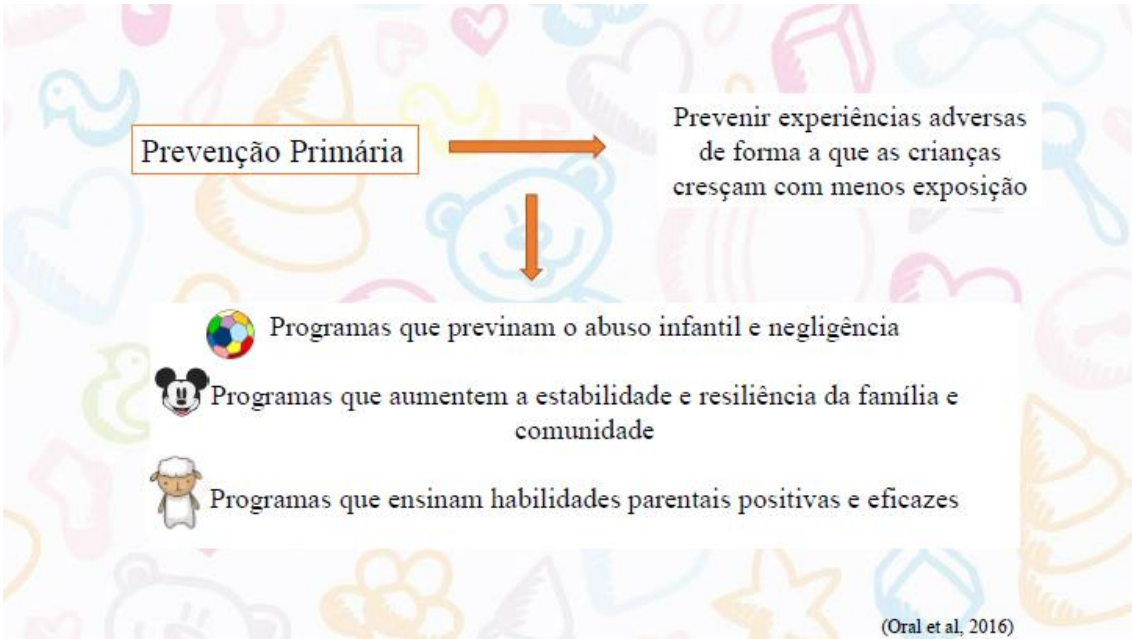
- Idade < 4 anos
- Criança com necessidades especiais que aumenta a carga do cuidador
- Nível de conhecimento dos pais e deficit de habilidades
- História parental de abuso ou negligência
- Abuso de substâncias na família ou problemas de saúde mental
- Vulnerabilidade social dos pais
- Adultos transitórios não biológicos em casa
- Crenças parentais
- Relações pobres entre os pais e filhos
- Pobreza extrema
- Desemprego dos cuidadores



(Stillerman, 2018)





Existem 3 graus de Prevenção de Experiências Adversas




Prevenção Primária →

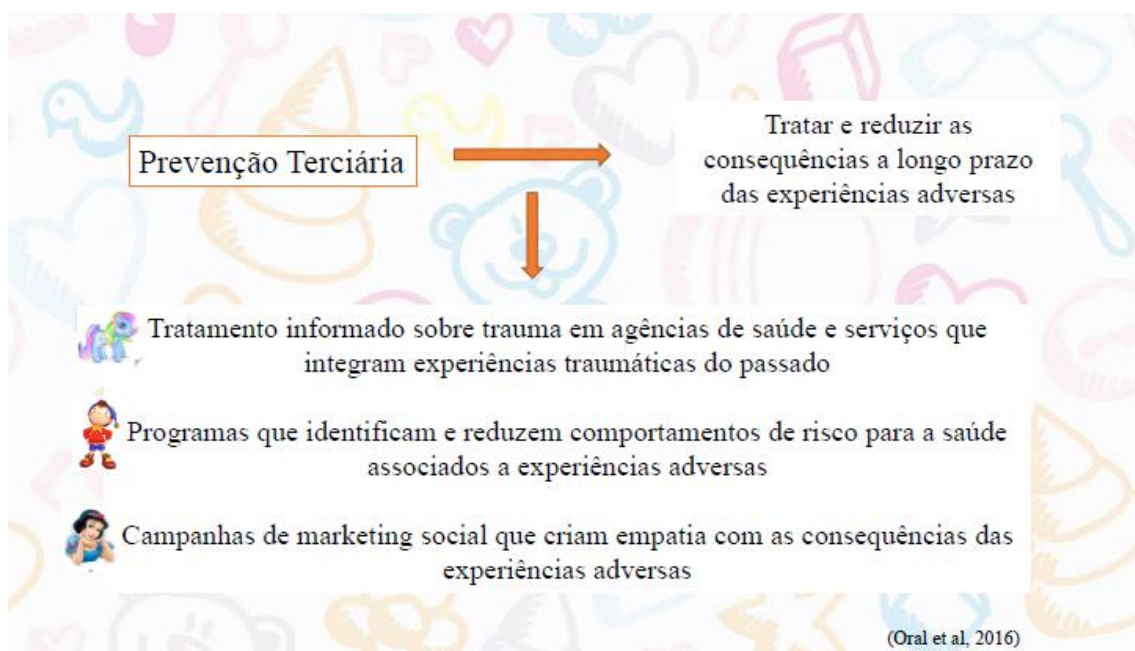
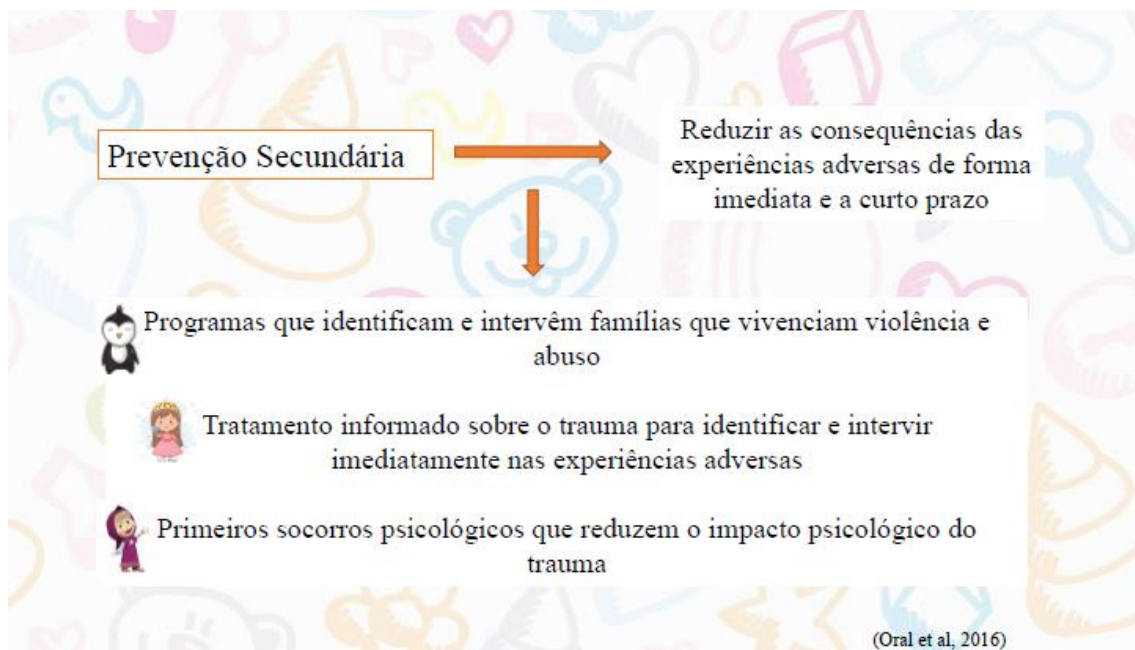
Prevenir experiências adversas de forma a que as crianças cresçam com menos exposição

 Programas que previnam o abuso infantil e negligência

 Programas que aumentem a estabilidade e resiliência da família e comunidade

 Programas que ensinam habilidades parentais positivas e eficazes

(Oral et al, 2016)



Compreender a prevalência das experiências adversas, os fatores de risco e identificar os indivíduos afetados, são elementos essenciais para uma abordagem abrangente para a **prevenção eficaz**



As intervenções devem focar o fortalecimento da resiliência individual e comunitária

(Center on the Developing Child - Harvard University, 2020)

Estratégias de Proteção

Serviços de Proteção à Criança

Programas de visita domiciliária

Primeiros Socorros Psicológicos

Identifica as crianças e os seus cuidadores e fornece informações, educação, conforto e apoio, resultando na aceleração da recuperação, promoção da saúde mental e aumento da resiliência

Terapia de interação pai-filho

Terapia cognitivo-comportamental

Atendimento informado ao trauma

Envolve validação e conhecimento das experiências adversas

(Oral et al, 2016)

Nos EUA existe a Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental, que promove o uso de 6 princípios gerais para o Atendimento informado ao trauma:



Segurança – Promover uma sensação de segurança envolve um esforço consciente para garantir que todos os membros da organização estejam aptos a nível físico e emocional



Confiança e Transparência – As organizações devem abordar as decisões com transparência e gerar confiança na equipa

(Oral et al, 2016)



Suporte de Pares – Os pares incluem familiares e crianças que sofreram situações traumáticas, surgindo como recursos essenciais de apoio



Colaboração – Todos os membros da organização devem contribuir de forma igual para a cura das crianças afetadas pelas experiências adversas

(Oral et al, 2016)

Capacitação – O desenvolvimento de planos de ação para as crianças afetadas, requer uma abordagem centrada na sua capacitação



Cultura, História e Identidade de género – O investimento nas crianças afetadas deve ser culturalmente sensível e livre de preconceitos e estereótipos.



(Oral et al, 2016)

O profissional, seja ele de saúde ou não, que contacta com uma criança que possivelmente sofre de *Stress* tóxico, pode suspeitar de esta situação através do relato da vítima ou através da observação de sinais e sintomas que sejam sugestivos. Sendo por isso, de extrema importância, que todos os profissionais que contactam com crianças tenham conhecimentos aprofundados desta problemática de forma a estarem despertos e poderem sinalizar estes casos.



MUITO
Obrigada

Bibliografia

- Center on the Developing Child - Harvard University. (Novembro de 2020). *A Guide to Toxic Stress*. Obtido de <https://developingchild.harvard.edu/guide/a-guide-to-toxic-stress/>
- Eickmann, S. H., Emond, A. M., & Lima, M. (2016). Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *Jornal de Pediatria*, 71-83. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.007>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Bolderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J. & Zakhosha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships. *The European Journal of Public Health*, Vol. 29, No. 4, 741-747. doi:10.1093/eurpub/ckz037
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J., Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric RESEARCH*, Volume 79, 227 - 233.
- Stillerman, A. (2018). Childhood adversity & lifelong health: From research to action. *The Journal of Family Practice*, Vol 67, 690-699.

- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉvORA
CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSOCIAÇÃO

INSTITUTO DE SAÚDE

IPS

4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019-2021

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Cuidar de Crianças e Jovens em risco de *Stress* Tóxico
A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na deteção, sinalização e prevenção

Regente:
Professora Antónia Chora
Docente:
Professora Ana Lúcia Ramos
Discente:
Sara Bergano (nº19764)

Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para as consequências do <i>Stress</i> Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">- Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de <i>Stress</i> Tóxico;- Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de <i>Stress</i> Tóxico em crianças e jovens;- Identificar os pais/ cuidadores que sofrem de maiores níveis de stress;- Capacitar os pais/ cuidadores de forma a evitarem o <i>Stress</i> tóxico.



Aprender a lidar com as adversidades que a vida impõe, é uma importante competência no desenvolvimento infantil.

As experiências adversas na infância estão relacionadas a consequências negativas na saúde física e mental a curto e a longo prazo entre as crianças e adultos.

(Hughes et al, 2019)

Na última década constatou-se um aumento da consciencialização dos danos causados pelas experiências adversas na infância no desenvolvimento infantil e na saúde do adulto, sendo por isso imprescindível, reduzir os efeitos das adversidades para um futuro próspero da sociedade.



A ciência diz que algumas das crianças que passam por experiências adversas desenvolvem resiliência, sendo esta caracterizada pela habilidade de superar dificuldades.

(Hughes et al, 2019)

O Impacto das Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil



Na 1ª infância as grandes adversidades, como pobreza extrema, abuso ou negligência, podem enfraquecer o desenvolvimento da arquitetura do cérebro e definir o sistema de resposta ao stress em alerta máximo.



A ciência demonstra que fornecer relacionamentos estáveis, responsivos e estimulantes nos primeiros anos de vida, pode prevenir e até mesmo reverter os efeitos prejudiciais do stress no início da vida.



O pilar mais forte da resiliência centra-se em relacionamentos estáveis e afetuosos com os membros da família ou adultos significativos. A capacidade de ser resiliente pode ser fortalecida em qualquer idade apesar de o cérebro se adaptar mais facilmente no início da infância.

(Eickmann, 2016)

Experiências Adversas

- Abuso infantil (emocional, físico ou sexual)
- Negligência infantil (emocional ou física)
- Disfunção doméstica (violência doméstica, abuso de substâncias, doença mental, atividade criminosa ou ausência dos pais)
- Dificuldades económicas extremas
- Bullying
- Perda traumática de um familiar
- Mudanças súbitas
- Acidentes graves
- Pornografia (exposição ou participação)
- Prostituição



→

Provocam

- Doença cardíaca
- AVC
- Doença hepática
- Neoplasia do pulmão
- DPOC
- Doenças autoimunes
- Cefaleias frequentes
- Insónias
- Alterações metabólicas (obesidade, hipertensão, dislipidemia, DM I)
- Distúrbios de linguagem e aprendizagem
- Deficit de atenção e transtorno de hiperatividade
- Transtorno do espectro do autismo

(Oral et al, 2016)

Fatores de Risco

- Idade < 4 anos
- Criança com necessidades especiais que aumenta a carga do cuidador
- Nível de conhecimento dos pais e deficit de habilidades
- História parental de abuso ou negligência
- Abuso de substâncias na família ou problemas de saúde mental
- Vulnerabilidade social dos pais
- Adultos transitórios não biológicos em casa
- Crenças parentais
- Relações pobres entre os pais e filhos
- Pobreza extrema
- Desemprego dos cuidadores



(Stillerman, 2018)



Compreender a prevalência das experiências adversas, os fatores de risco e identificar os indivíduos afetados, são elementos essenciais para uma abordagem abrangente para a **prevenção eficaz**



As intervenções devem focar o fortalecimento da resiliência individual e comunitária

(Center on the Developing Child - Harvard University, 2020)

Nascimento Prematuro → < 37 semanas de idade gestacional

↓
Constitui um fator stressor que acarreta um alto risco de desenvolvimento e à saúde da criança

↓
Quanto menor a idade gestacional, maior a gravidade clínica, a morbilidade e a necessidade de tratamento intensivo neonatal

↓
Destabiliza emocionalmente os pais/ cuidadores, podendo apresentar sintomas de ansiedade e depressão

Linhares, 2016

O nascimento de uma criança representa um momento de elevado *stress* para o sistema familiar



Stress vivido com maior intensidade



Sentimentos de perda, culpa, sensação de ter falhado, ansiedade, depressão, fúria, impotência e receio da morte do bebé

Santos (2014)

O nascimento de um RN prematuro, pequeno e frágil

Pode levar ao afastamento entre os pais e o recém-nascido

A equipa da UCIN tem um papel importante para ajudar os pais a ultrapassar esta fase difícil

- É importante que se desenvolva uma prática de enfermagem centrada na família
- É necessário que se desenvolvam intervenções de apoio, como:
 - ✓ estar com os pais durante as primeiras visitas à unidade
 - ✓ explicar a condição do RN, respondendo às perguntas
 - ✓ dar confiança, apoiar emocionalmente
 - ✓ incentivar a visitar o bebé
 - ✓ realizar ensinamentos
 - ✓ informar sobre os tratamentos e procedimentos
 - ✓ explicar o porquê da utilização de determinados dispositivos médicos
 - ✓ usar terminologia adequada

Santos (2014)



Stress Parental

Reação psicológica adversa, que surge perante as exigências de ser mãe ou pai

Situação experienciada com sentimentos negativos acerca do próprio e da criança

Esta condição aumenta com o nascimento de um RN prematuro

Santos (2014)



Parental Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)

- Escala mais utilizada para avaliação do *stress* parental em unidades neonatais;
- Construída com o objetivo de avaliar o *stress* vivenciado pelos pais de RN internados em UCIN;
- Desenvolvida para estudar as percepções parentais acerca do *stress* associado ao internamento, no que diz respeito ao ambiente físico e psicossocial, comportamento e aparência do RN, relação com os profissionais e alteração do papel parental.

Parental Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)

Parental Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit (versão portuguesa)

Estamos interessados em saber mais sobre o *stress* vivenciado pelos pais quando um prematuro está doente e hospitalizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Gostariamos de conhecer a sua experiência como pai/mãe cujo filho está atualmente numa UCIN.

Este questionário lista várias experiências que outros pais relataram como *stressantes* quando o seu bebé esteve numa UCIN. Gostariamos que indicasse o *quão stressante* foi para si cada um dos itens listados abaixo. Por *stressante*, queremos dizer que a experiência o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso. No questionário, circule o único número que melhor expresse o *quão stressante* cada experiência foi para si. Os números indicam os seguintes níveis de *stress*:

1. Nada stressante, a experiência não o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso.
2. Um pouco stressante
3. Moderadamente stressante
4. Muito stressante
5. Extremamente stressante

Se você não experienciou algum dos itens, por favor circule NA "Não Aplicável".

Tomemos como exemplo um item: **As luzes brilhantes na UCIN.**

Se, por exemplo, considera que as luzes brilhantes na unidade de cuidados intensivos neonatais foram extremamente stressantes para si, colocaria um círculo no número 5 abaixo:

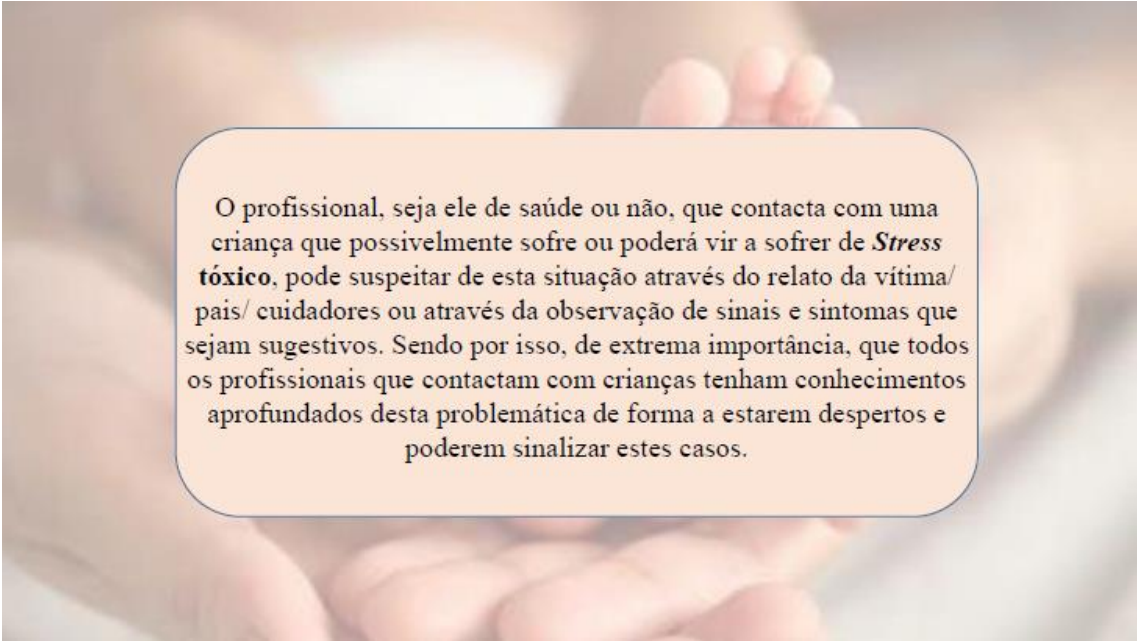
NA 1 2 3 4 5

Se considera que as luzes não eram nada stressantes, colocaria um círculo no número 1 abaixo:

NA 1 2 3 4 5

Parental Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)

- Imagens e Sons – 5 itens
- Aparência e Comportamento – 14 itens
- Relacionamento – 7 itens



O profissional, seja ele de saúde ou não, que contacta com uma criança que possivelmente sofre ou poderá vir a sofrer de ***Stress tóxico***, pode suspeitar de esta situação através do relato da vítima/ pais/ cuidadores ou através da observação de sinais e sintomas que sejam sugestivos. Sendo por isso, de extrema importância, que todos os profissionais que contactam com crianças tenham conhecimentos aprofundados desta problemática de forma a estarem despertos e poderem sinalizar estes casos.



MUITO
Obrigada

Bibliografia

- Center on the Developing Child - Harvard University. (Novembro de 2020). *A Guide to Toxic Stress*. Obtido de <https://developingchild.harvard.edu/guide/a-guide-to-toxic-stress/>
- Eickmann, S. H., Emond, A. M., & Lima, M. (2016). Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *Jornal de Pediatria*, 71-83. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.007>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J. & Zakhozha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships. *The European Journal of Public Health, Vol. 29, No. 4*, 741-747. doi:10.1093/eurpub/ckz037
- Linhares, M. B. M. (2016). Early childhood stress: Impacts on health and protective mechanisms. *Estudos de Psicologia I Campinas*, 587-599. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400003>
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J., Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric RESEARCH, Volume 79*, 227 - 233.
- Santos, C. I. P. (2014) Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Sacela- Neonatal Intensive Care Unit para a população portuguesa. *Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Stillerman, A. (2018). Childhood adversity & lifelong health: From research to action. *The Journal of Family Practice, Vol 67*, 690-699.

Apêndice D - Guia para os Pais

- Estágio I

Promover o bem-estar e Prevenir

o *Stress* Tóxico no seu filho/a



Guia para os Pais



Ola Pai e Mãe!

O nascimento de um filho/a, exige uma reestruturação do seio familiar! Este facto, pode trazer crescimento e enriquecimento da família mas também pode resultar numa disfunção da dinâmica familiar.

Este guia tem como objetivo fornecer alguns conhecimentos relativamente ao *Stress* Tóxico, de forma a que este possa ser evitado e o seu filho cresça de forma saudável tanto a nível físico como psicológico.

O que é o *Stress* Tóxico?

- ★ Aprender a lidar com as adversidades que a vida impõe, é uma importante competência no desenvolvimento infantil.
- ★ Quando surge uma ameaça, o corpo humano prepara-se para a enfrentar e para isso, aumenta a frequência cardíaca, a tensão arterial e existe o aumento da produção hormonal, do cortisol.
- ★ Se esta resposta for apoiada por um ambiente sustentado por adultos, os efeitos fisiológicos são amparados, resultando num desenvolvimento saudável de resposta aos agentes stressantes.
- ★ Se a resposta for extrema, continuada e sem relações de proteção, resulta em danos e sistemas enfraquecidos, surgindo, desta forma, o *Stress* Tóxico.



As experiências adversas na infância, estão relacionadas a consequências negativas para a saúde física e mental a curto e longo prazo.

Quais as experiências adversas mais comuns?

- Abuso infantil
- Negligência infantil
- Abuso de substâncias
- Violência doméstica
- Ausência dos pais
- Doença mental
- Pobreza extrema
- Bullying
- Doença crónica
- Perda traumática de uma pessoa próxima

Consequências das Experiências Adversas

- | | |
|--|----------------------|
| Doenças cardíacas | Doenças hepáticas |
| Doenças autoimunes | Hiperatividade |
| Obesidade | Deficit de atenção |
| Insónias | Cefaleias frequentes |
| Distúrbios de linguagem e aprendizagem | |

Crianças que sofrem adversidades têm maior risco de desenvolver comportamentos de risco e de doenças crónicas quando adultos!



Para que o *Stress* Tóxico potencial seja convertido em *Stress* tolerável, deve construir sentimentos de resiliência

RESILIÊNCIA

- Aprender estratégias para lidar com situações difíceis
- Aprender habilidades para se adaptar a novas situações
- Sentir que se tem controlo sobre cada situação

Quando as crianças são muito pequenas, a resiliência deve ser construída pelos adultos, criando uma sensação de segurança e proteção.

O que é que os pais podem fazer?

- Estabelecer rotinas
- Promover alimentação adequada
- Higiene cuidada
- Semo tranquilo
- Treino de controlo de esfíncteres (crianças mais pequenas)
- Ter uma atitude amorosa
- Ter uma interação sensorial e proactiva
- Estabelecer limites

- Estágio Final



Para que o *Stress* Tóxico potencial seja convertido em *Stress* tolerável, deve construir sentimentos de resiliência

RESILIÊNCIA

- Aprender estratégias para lidar com situações difíceis
- Aprender habilidades para se adaptar a novas situações
- Sentir que se tem controlo sobre cada situação

Quando as crianças são muito pequenas, a resiliência deve ser construída pelos adultos, criando uma sensação de segurança e proteção.

O que é que os pais podem fazer?

- Estabelecer rotinas
- Promover alimentação adequada
- Manter uma higiene cuidada
- Estabelecer um sono tranquilo
- Treino de controlo de esfíncteres (crianças mais pequenas)
- Ter uma atitude amorosa
- Ter uma interação sensorial e proactiva
- Estabelecer limites



o filho/a, exige uma reestruturação e trazer crescimento e enriquecimento também pode resultar numa única familiar.



o objetivo fornecer alguns conhecimentos relativos ao *stress* tóxico, de forma a que este possa ser evitado e o seu impacto na saúde tanto a nível físico como psicológico.

Stress Tóxico?

o *stress* tóxico, como as adversidades que a vida impõe, é uma importante causa de desenvolvimento infantil.

na ameaça, o corpo humano prepara-se para a enfrentar. A frequência cardíaca, a tensão arterial e existe o aumento do cortisol.

for apoiada por um ambiente sustentado por adultos, os resultados são melhores, resultando num desenvolvimento saudável e menos stressante.

o *stress* tóxico, quando é extremo, continuado e sem relações de proteção, resulta em danos e sistemas enfraquecidos, surgindo, desta forma, o *Stress* Tóxico.

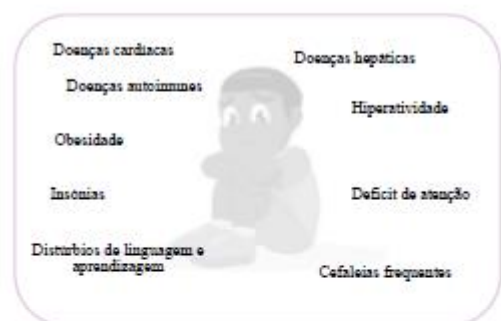


As experiências adversas na infância, estão relacionadas a consequências negativas para a saúde física e mental a curto e longo prazo.

Quais as experiências adversas mais comuns?

- Abuso infantil
- Negligência infantil
- Abuso de substâncias
- Violência doméstica
- Ausência dos pais
- Doença mental
- Pobreza extrema
- Bullying
- Doença crónica
- Perda traumática de uma pessoa próxima

Consequências das Experiências Adversas



Crianças que sofrem de adversidades têm maior risco de desenvolver comportamentos de risco e de doenças crónicas quando adultos!



Apêndice E - Consentimento Informado para aplicação de Escala

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO

O internamento de um bebé numa unidade neonatal é uma experiência difícil para os pais. Para conhecer melhor as suas preocupações e responder de uma melhor forma às suas necessidades, foi desenvolvida a Escala PSS-NICU (*Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit*) que avalia o nível e os fatores de *stress* dos pais. Assim, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento da mesma.

Declaro que participo de forma voluntária e que autorizo a recolha de dados para a realização deste estudo, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Mais declaro que fui informada/o do âmbito, objetivo e autor do estudo, sendo garantida a confidencialidade dos dados fornecidos. Participo de forma livre e esclarecida e autorizo a utilização dos resultados obtidos no referido estudo.

- ✓ Tem o direito de não participar ou de desistir livremente em qualquer altura;
- ✓ A sua aceitação ou recusa em participar em nada modificarão a relação consigo e os cuidados prestados ao seu filho;

Ao assinar este termo de consentimento, declara que compreendeu a informação dada, teve oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e aceita participar.

Évora, ____ de Maio de 2021

(Assinatura do participante no estudo)

Apêndice F - Plano de Sessão

Tema: Cuidar de Crianças e Jovens em risco de <i>Stress</i> Tóxico – A Intervenção do EEESIP na deteção, sinalização e prevenção		
População-alvo: Equipa de Enfermagem da []	Duração: 30 Minutos	Data: []
Local: Sala de Formação	Horário: []	
Formador: Sara Bergano		

Objetivo Geral	- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as consequências do <i>Stress</i> Tóxico no desenvolvimento da criança/ jovem
Objetivos Especificos	- Demonstrar às equipas de enfermagem a pertinência da promoção de ambientes saudáveis e livres de <i>Stress</i> Tóxico; - Habilitar os enfermeiros para identificar possíveis manifestações de <i>Stress</i> Tóxico em crianças e jovens; - Identificar estratégias que possam minimizar o <i>Stress</i> tóxico em crianças e jovens; - Dar a conhecer á equipa de enfermagem o projeto de intervenção a desenvolver.

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração
Introdução	- Apresentação do preletor - Apresentação do tema e dos conteúdos a serem abordados - Apresentação dos objetivos da sessão	Expositivo	Suporte Informático: Computador + Projetor + PowerPoint	5 Minutos
Desenvolvimento	- Importância do papel do EEESIP na promoção de ambientes saudáveis - Dar estratégias para identificar uma possível vítima de <i>Stress</i> Tóxico - Fornecer estratégias que possam minimizar o <i>Stress</i> Tóxico - Identificar as consequências do <i>Stress</i> Tóxico - Resumo do projeto de intervenção	Expositivo + Interrogativo	Suporte Informático: Computador + Projetor + PowerPoint	15 Minutos
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão	Expositivo + Interrogativo	Expositivo	10 Minutos

Apêndice G - Questionário de avaliação da Sessão de Formação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário da Avaliação da Sessão de Formação

O preenchimento deste questionário avaliativo é anónimo e tem como propósitos a melhoria da formação em Enfermagem e avaliar a concretização dos objetivos propostos.

Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Médio; 3 – Bom; 4 – Muito Bom.

1. Sessão de Formação:	1	2	3	4
Clareza dos objetivos da sessão				
Relevância do tema abordado				
Adequação dos meios audiovisuais				
Adequação da duração da Sessão de formação				

2. Formador	1	2	3	4
Clareza dos conteúdos abordados				
Domínio do tema				
Criação de um clima favorável à participação dos formandos				
Esclarecimento de dúvidas				

3. Considera que os conteúdos abordados nesta Sessão de Formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a temática em questão?

Sim Não

4. Sugestões/ Comentários

Obrigada pela sua Participação!

Apêndice H - Análises dos dados dos questionários de avaliação da sessão de formação

Frequência percentual das respostas às questões colocadas aos enfermeiros após as sessões formativas

Sessão de Formação	1 - Insuf	2 – Médio	3 – Bom	4 – Muito Bom
Clareza dos Objetivos da Sessão				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%
Relevância do tema abordado				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%
Adequação dos meios audiovisuais				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%
Adequação da duração da sessão de formação				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%
Formador	1 - Insuf	2 – Médio	3 – Bom	4 – Muito Bom
Clareza dos conteúdos abordados				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%
Domínio do tema				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%
Criação de um clima favorável à participação dos formandos				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%
Esclarecimento de dúvidas				Consultas Externas - 100% Internamento – 100% Urgência – 100% UCIN – 100%

Considera que os conteúdos abordados nesta Sessão de Formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre o tema em questão?

SIM - Consultas Externas - 100%; Internamento – 100%; Urgência – 100%; UCIN – 100%

NÃO – 0%

Apêndice I – Resumo da *Scoping Review* “Consequências do *Stress* Tóxico na saúde da criança/ jovem”

RESUMO

A extensa pesquisa sobre a biologia do *stress* indica que, a libertação excessiva e extensa de hormonas do *stress*, pode suspender o desenvolvimento do cérebro, bem como o funcionamento de outros sistemas orgânicos. Esta exposição frequente, causa efeitos prejudiciais na aprendizagem, no comportamento e na saúde ao longo da vida. ⁽¹⁾

Objetivos: Definiu-se como objetivos para este estudo identificar na literatura as consequências do *Stress* Tóxico na saúde da criança/ jovem; quais as experiências adversas que mais frequentemente provocam *Stress* Tóxico na criança/ jovem; identificar os métodos para abordar as exposições adversas nas crianças/ jovens; enfocar a necessidade de promover experiências positivas na infância de forma a contribuir para o desenvolvimento saudável e o bem-estar. **Métodos:** Através da pesquisa em bases de dados durante o mês de Janeiro de 2021 foi realizada a presente *scoping review* sendo os dados colhidos e analisados segundo o Instituto *Joanna Briggs*. Da pesquisa realizada foram selecionados quatro artigos que preenchiam os critérios de inclusão. **Resultados:** Comprovou-se que existem distintas experiências adversas que provocam *Stress* Tóxico e identificaram-se vários modelos existentes que permitem abordar as exposições negativas; os artigos analisados provaram a importância de promover experiências positivas na infância. **Conclusões:** Crianças que sofrem de adversidades têm maior risco de desenvolver comportamentos de risco e condições de saúde. Os serviços de saúde devem implementar programas de avaliação de *stress* na criança/ jovem, que visem a melhoria contínua dos cuidados, sendo de extrema importância a sensibilização e formação dos profissionais de saúde de modo a que estes, sejam detentores de capacidades de prevenção, deteção e sinalização destes casos.

Palavras-chave: Criança; *Stress* Tóxico; Desenvolvimento

ABSTRACT

Extensive research on the biology of stress indicates that the excessive and extensive release of stress hormones can halt brain development, as well as the functioning of other body systems. This frequent exposure causes harmful effects on learning, behavior and health throughout life. (Bethell, et al., 2017) **Objectives:** The objectives for this study were defined to identify in the literature the consequences of Toxic Stress on the health of the child / young person; which adverse experiences most often cause Toxic Stress in the child / young person; identify methods to address adverse exposures in children / young people; focus on the need to promote positive childhood experiences in order to contribute to healthy development and well-being. **Method:** Through the search in databases during the month of January 2021, this systematic review of the literature was carried out, the data being collected and analyzed according to the Joanna Briggs Institute. From the research carried out, four articles were selected that met the inclusion criteria. **Results:** It has been proven that there are several adverse experiences that cause Toxic Stress and several models have been identified to address negative exposures; the articles analyzed proved the importance of promoting positive experiences in childhood. **Conclusions:** Children who suffer from adversity are at greater risk of developing risky behaviors and health conditions. Health services must implement stress assessment programs in children / young people, aiming at the continuous improvement of care, with the awareness and training of health professionals being extremely important so that they are capable of preventing, detecting and detecting skills and signaling of these cases.

Keywords: Children; Toxic Stress; Development