

Atuação dos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia nas situações de risco e perigo para recém-nascidos: Um estudo qualitativo

Helena P. Pereira¹, José Gomes da Costa², Hugo Rodrigues-Fernandes³ e Maria João Monteiro⁴

Resumo

O presente estudo teve o propósito de explorar a perceção de uma equipa de enfermeiros de saúde materna e obstetrícia relativamente à experiência na atuação em situações de risco e perigo em recém-nascidos. Para tal, realizou-se uma investigação de carácter qualitativo e desenho transversal. Foram entrevistados 19 enfermeiros de um serviço de saúde materna e obstetrícia com idades compreendidas entre os 29 e os 56 anos, com experiência profissional na área entre os seis meses e 26 anos. A recolha de dados foi feita através de um questionário sociodemográfico e um guião de entrevista semiestruturado composto por questões abertas. Os resultados sugerem os critérios pelos quais os enfermeiros entrevistados avaliam as situações de risco e perigo, bem como as emoções experienciadas e o papel atribuído à formação neste âmbito. Conclui-se que pode ser importante o investimento na qualificação específica destes profissionais de modo a contribuir para aprimorar a intervenção neste domínio.

Palavras-chave: risco e perigo; recém-nascidos; equipa de enfermagem; avaliação; estudo qualitativo.

1 Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal. Email: helenampereira@outlook.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3607-4813>

2 Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal. Email: jcgcc@utad.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1783-0954>

3 Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal. Email: hugorodriguesfernandes@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6702-4494>

4 Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal. Email: mjmonteiro@utad.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0610-0670>

Role of maternal health and obstetrics nurses in risk and danger situations to newborns: A qualitative study

Abstract

This study aimed to explore the perception of a team of maternal health nurses and obstetrics concerning the experience in working in situations of risk and danger to newborns. For this, a qualitative and cross-sectional research was conducted. Nineteen nurses from a team of a maternal health and obstetrics service were interviewed. Nurses were aged between 29 and 56 years, and had professional experience in the area between six months and 26 years. Data collection was performed through a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview guide with open questions. The results suggest the criteria by which the interviewed nurses assess risk and danger situations, the experienced emotions, as well as the role attributed to training in this area. It is concluded that it may be important to invest in the specific qualification of these professionals to improve intervention in this domain.

Keywords: risk and danger; newborns; nursing team; evaluation; qualitative study.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento é um processo dinâmico e complexo de evolução biológica, psicológica e social, sendo o momento do nascimento e os primeiros anos de vida cruciais para o progresso de competências que possibilitarão a autonomia e capacidade de interação com o outro (Pinto & Feronha, 2011; Spitz, 2013). De acordo com Moreira (2016), para que o desenvolvimento ocorra de modo saudável, este deve ser feito por meio de uma relação ativa com o ambiente envolvente, que deverá ser estimulante, harmonioso e protetor.

A fim de promover o bem-estar e proteger o desenvolvimento infantil, ao longo dos anos várias medidas foram adotadas, como, por exemplo, a Lei Portuguesa de Proteção à Infância em 1911 (sendo a versão atual a Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro ou Lei de proteção de crianças e jovens em perigo), a fundação da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em 1946 e a Convenção sobre os Direitos das Crianças em 1989, que Portugal ratificou em 1990, com o objetivo de promover e proteger o “superior interesse da criança” (Bastos, 2016). No entanto, apesar das práticas e políticas implementadas no sentido de melhorar o desenvolvimento e bem-estar das crianças, nem todas têm as mesmas oportunidades de desenvolvimento, estando, deste modo, em risco ou em perigo.

A diferenciação dos conceitos de risco e perigo embora não seja estanque é possível, sendo que o *risco* pode ser definido como uma falha na satisfação das necessidades da criança, podendo prejudicar o seu desenvolvimento (Brandão, 2007). Já o *perigo* está presente quando a criança é negligenciada ou abandonada, maltratada ou vítima de abusos físicos, psíquicos e/ou sexuais, ou, por outro lado, está sujeita à falta de cuidados adequados ou a ações que prejudicam o seu equilíbrio, segurança, bem-estar e desenvolvimento (Carvalho, 2013). A principal diferença pode advir do facto da situação de perigo ter maior probabilidade de pôr em causa os direitos da criança. Importa ressaltar que a conceptualização dos termos *risco* e *perigo* é feita para a realidade da infância e adolescência, porém, considera-se que a definição pode ser extensível à realidade da gravidez e primeira infância.

A deteção e sinalização das situações de risco e de perigo constituem o início do processo de proteção das crianças, que deve envolver um grupo de profissionais bastante heterogêneo e com funções diferenciadas, nomeadamente técnicos dos serviços sociais, profissionais de saúde, psicólogos, juizes, professores, educadores, entre outros (Soriano, 2004). Nos casos de risco e perigo, no nascimento, é crucial a intervenção dos profissionais de saúde por serem aqueles que acompanham mais de perto tais situações (Ramião, 2017) e em que o enfermeiro tem um papel de destaque dado que são estes profissionais que têm, muitas vezes, os primeiros contactos com os casos (Lines et al., 2020). Neste âmbito, os serviços de saúde enquadram-se como entidades de primeiro nível, de intervenção preventiva, com o objetivo de detetar e intervir no sentido de promover os direitos dos recém-nascidos. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), os hospitais têm autonomia na avaliação e intervenção nas situações de risco, através dos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR⁵), que envolvem equipas multidisciplinares que abrangem médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Os casos mais graves e de perigo devem ser sinalizados para as entidades de segundo nível [Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)] ou, eventualmente, para as de terceiro nível (Tribunal de Família e Menores), de modo a ser dada a intervenção adequada (DGS, 2007).

No diagnóstico e intervenção nas situações de risco e perigo, os profissionais de saúde orientam a sua prática, sobretudo, pela experiência e trabalho em equipas multidisciplinares (Martins, 2008; Silva et al., 2014). A falta de formação e de conhecimentos técnicos específicos na intervenção com crianças em risco (Silva et al., 2014), traz algumas limitações para este tipo de trabalho. A investigação tem

5 Os NHACJRs são parte da estratégia de proteção e promoção das crianças e jovens em risco. Estes têm várias competências, tais como, detetar, sinalizar, acompanhar e encaminhar situações em que existe suspeita ou confirmação de situação de maus-tratos ou negligência numa criança/jovem, promovendo a sua proteção e defesa dos seus direitos (DGS, 2014).

sugerido investimentos em formação na área, para uma melhoria das práticas neste contexto (Nascimento et al., 2013; Nunes et al., 2009; Pietrantonio et al., 2013). Também as emoções podem influenciar o trabalho dos profissionais, ao intervir em situações de risco (Bannwart & Brino, 2011; Visscher & Stel, 2017). Muitas vezes os profissionais experienciam raiva e choque perante as situações com as quais se depararam, ou, por outro lado, sentimentos de impotência e de medo, pela impossibilidade de encontrar uma resposta clara e direta para os casos (Barrett et al., 2016; Visscher & Stel, 2017). No estudo de Nunes et al. (2009), os relatos dos profissionais revelaram a necessidade de terem um espaço, que lhes permita expor os sentimentos e emoções face às situações de risco. Os profissionais, ao lidarem com situações de risco e perigo, estão mais expostos a um maior desgaste profissional e sofrimento, sendo importante procurarem estratégias de autocuidado (Pires et al., 2020; Santana & Farkas, 2007).

Na sua prática, os profissionais de saúde são muitas vezes confrontados com situações de não vigilância da gravidez ou vigilância inadequada (primeira consulta após a 16^a semana de gestação e/ou menos de três consultas de vigilância pré-natal), sendo um dos sinais de risco considerados (DGS, 2015; Marques & Campos, 2017; Xarepe & Costa, 2017). Também as situações de gravidez na adolescência são consideradas como uma situação de risco, pela ausência de autonomia pessoal, económica, social, podendo ser agravada por questões de ordem psicossocial, como a falta de apoio (Canavarro & Pedrosa, 2012). Um estudo realizado com o objetivo de compreender a perceção de médicos e enfermeiros sobre esta realidade concluiu que, dada a complexidade deste fenómeno, os profissionais devem estar capacitados para atender de forma particular às necessidades de apoio e de suporte que a adolescente apresente (Buendgens & Zampieri, 2012).

Para vários autores os baixos recursos económicos constituem o fator de risco que mais pode afetar o desenvolvimento das crianças (Bastos et al., 2008; Cardoso, 2017; Fonseca, 2016; Yunes et al., 2007). Outros fatores pautam-se pela precaridade profissional, baixo nível educativo, problemas jurídicos, insegurança na zona de residência, etnia e monoparentalidade (Macedo et al., 2013; Nunes et al., 2013).

Dicker e Gordon (2006) defendem a existência de vários fatores de risco que no futuro podem culminar em situações de maus-tratos e negligência, principalmente, perturbações de saúde mental ou física, aspetos individuais (e.g., baixa autoestima, impulsividade, agressividade, abuso de drogas, pouca tolerância à frustração), problemas familiares e violência, desconhecimento sobre o desenvolvimento e necessidades das crianças, indiferença para com as responsabilidades parentais, dificuldade em criar um laço afetivo com o recém-nascido. A ocorrência de perturbações emocionais também é comum no contexto da gravidez e maternidade. Correia (2005), bem como Pizeta et al. (2013) defendem que as perturbações emocionais e cognitivas são sinais

de risco para o desenvolvimento dos recém-nascidos. Para Ferreira e Lima (2012), os fatores que podem ser considerados de risco e perigo para o desenvolvimento adequado das crianças distribuem-se por três domínios, nomeadamente, biológico, ambiental e psicossocial. Já Soriano (2004) categoriza em fatores individuais, familiares e socioculturais.

Há autores que defendem que as crianças com menos de três anos correm maior risco de serem maltratadas e abusadas devido à sua vulnerabilidade, em virtude do processo de maturação precoce, do ponto de vista físico e mental (Barrett et al., 2016; Kleinschmidt, 2019). Importa, por isso, detetar os sinais de risco e de perigo o mais precocemente possível, idealmente durante a gravidez e o puerpério. São, porém, escassos os estudos que abordam as experiências dos profissionais na atuação nas situações de risco e perigo no contexto da gravidez e puerpério. A maioria dos estudos referem-se, sobretudo, à avaliação e atuação nas situações de risco e perigo em crianças e jovens no meio escolar e/ou pré-escolar. Uma vez que são muitas vezes os enfermeiros de saúde materna e obstetrícia que detetam e avaliam as situações de risco e perigo, torna-se importante compreender as suas perceções, vivências e narrativas.

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo geral apresentar relatos das perceções de enfermeiros de saúde materna e obstetrícia, no âmbito da atuação em situações de risco e perigo com recém-nascidos, mediante um estudo transversal de desenho qualitativo e fenomenológico. Especificamente, pretende-se: compreender como é que os profissionais avaliam situações de risco e perigo em recém-nascidos; identificar as narrativas acerca da vivência emocional dos enfermeiros ao lidar com situações de risco e perigo; perceber qual o papel atribuído por estes profissionais à formação neste contexto.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 19 enfermeiros de saúde materna e obstetrícia de um Centro Hospitalar da região Norte do país. A seleção dos participantes foi feita por amostragem de conveniência, baseada no facto de os participantes pertencerem a um serviço de saúde materna e obstetrícia. Maioritariamente, os participantes são do sexo feminino, sendo apenas um do sexo masculino. Os participantes tinham idades compreendidas entre os

29 e os 56 anos ($M = 40.1$; $DP = 8.5$). Já o tempo de experiência profissional na área de Obstetrícia variou entre meio ano e 26 anos ($M = 9.4$; $DP = 7.5$).

Intrumentos

Os dados foram recolhidos por meio de um questionário sociodemográfico e um guião de entrevista semiestruturado, composto por quatro questões abertas. O questionário sociodemográfico incluiu questões referentes à idade e experiência profissional. O guião de entrevista semiestruturada foi construído de modo a obter as perceções da equipa de enfermeiros acerca do fenómeno de estudo. O guião de entrevista incluiu as seguintes questões: “Que aspetos valoriza para a identificação de situações de risco e perigo?”; “Como é feita a condução do processo de avaliação de situações de risco e perigo?”; “Como se sente ao lidar com as situações de risco e perigo?” e “Que papel tem a formação profissional no processo de identificação de situações de risco e perigo?”.

Procedimentos

O prazo estabelecido para a realização da presente investigação foi de um ano. Desta forma, apesar de ter sido enviado pedido de colaboração a vários Centros Hospitalares da região Norte de Portugal, apenas se obteve em tempo útil o parecer favorável por parte da Comissão de Ética de um único Centro Hospitalar. As entrevistas com cada elemento da equipa de enfermagem realizaram-se, por um dos investigadores, no próprio Centro Hospitalar, num gabinete disponibilizado pelo chefe da equipa em questão e com agendamento prévio. A duração das entrevistas realizadas variou de 20 minutos a 50 minutos. Garantiu-se anonimato e confidencialidade, sendo que a participação era livre e voluntária. Foi promovido o consentimento informado, livre e esclarecido, com a explicação da finalidade e objetivos da investigação, com pedido de autorização formal, obtida por escrito, para participação na entrevista e sua gravação em áudio. Desta forma, os princípios éticos da Declaração de Helsínquia para a investigação foram considerados, em todos os momentos de investigação.

As entrevistas realizadas foram devidamente transcritas e codificadas de modo a evitar o reconhecimento dos participantes, sendo que as gravações foram depois da transcrição eliminadas. A codificação dos participantes, para evitar a sua identificação, foi feita da seguinte forma: Enf. 1, Enf. 2, Enf. 3, Enf. 4, etc. As entrevistas foram analisadas, recorrendo a uma análise de conteúdo à luz de Bardin (2011), em três fases: pré-análise, exploração do material seguido do tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Pelo menos dois investigadores analisaram o conteúdo das entrevistas e as discordâncias foram resolvidas em equipa. As categorias de análise

que foram criadas mediante a análise de conteúdo fundamentaram-se na literatura, bem como no conteúdo das entrevistas. Salienta-se que não foi utilizado qualquer software de análise qualitativa de dados. Não foi calculado o valor de acordo inter-avaliadores.

RESULTADOS

A fim de responder aos objetivos estipulados, sintetizam-se os resultados do processo de agregação dos discursos obtidos, que permite a construção conceptual do fenómeno em estudo, sob a forma de categorias e subcategorias da análise de conteúdo.

Avaliação das situações de risco e perigo

Na Tabela 1 apresentam-se os resultados referentes ao processo de avaliação de situações de risco e perigo por parte dos enfermeiros entrevistados. Assim, emergem duas categorias de análise, *Aspetos valorizados no processo de avaliação e Condução do processo de avaliação*, sendo que a primeira abrange duas subcategorias e a segunda três subcategorias.

Tabela 1

Processo de avaliação de situações de risco e perigo pelos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia

Categorias	Subcategorias
Aspetos valorizados no processo de avaliação	Condições familiares e socioeconómicas
	Saúde física e psicológica
Condução do processo de avaliação	Experiência e observação
	Explicitação de critérios
	Tipo de referênciação

Relativamente à subcategoria *Condições familiares e socioeconómicas*, os enfermeiros entrevistados descrevem o conjunto de condições de vida das mães, identificando as situações que consideram como risco e perigo:

“Muita dificuldade económica...” (Enf. 1)

“Má dinâmica familiar (...) paternidade não assumida...” (Enf. 4)

“Situações de violência, situações de não querer reconhecer a paternidade.”
(Enf. 5)

“Se eu vir que é uma mãe que (...) não tem visitas, se percebo que não é aceite no seio familiar, se percebo que existem, maus-tratos...” (Enf. 9)

“Pelo enxoval de certa forma que trazem, portanto, questões económicas.” (Enf. 11)

“Casos em que há falta de retaguarda familiar ou situações de disfunção familiar ou quando sabemos que é uma jovem que esteve institucionalizada...” (Enf. 15)

“Pela etnia, no caso da etnia cigana quase sempre pedimos colaboração da assistente social...” (Enf. 19)

No que respeita à subcategoria *Saúde física e psicológica*, emergem os discursos referentes à valorização dada pelos participantes aos aspetos referentes a cuidados de saúde e higiene, bem como comportamentos e condições emocionais das mães:

“O que me chama mesmo logo à atenção são os cuidados de higiene da senhora e a maneira de falar, de se comportar.” (Enf. 1)

“A gravidez, se foi vigiada de forma adequada e se forem adolescentes.” (Enf. 2)

“Saúde mental, às vezes se for um ligeiro atraso...” (Enf. 3)

“Situações de toxicodependência...” (Enf. 7)

“Quando a mãe não tem gestos de algum afeto com o recém-nascido.” (Enf. 10)

“Uma senhora que achamos que psicologicamente não esteja equilibrada.” (Enf. 16)

“Algumas vezes aparecem situações de saúde mental, depressões.” (Enf. 18)

“Às vezes mau comportamento, depois com o bebé nos cuidados (...) também o défice cognitivo é motivo de atenção...” (Enf. 19)

Para a subcategoria *Experiência e observação*, os participantes referem a importância da observação atenta das utentes, durante o acompanhamento das mesmas, sendo o processo de avaliação do risco baseado na experiência profissional e na partilha de casos com a equipa multidisciplinar:

“Vai com a prática e a vida, é a vida que ensina, é pela experiência.” (Enf. 1)

“É mesmo pela experiência e muitas vezes ali na passagem de turno...” (Enf. 4)

“A equipa multidisciplinar funciona, entre todos é mais fácil para detetar.” (Enf. 6)

“É pela minha experiência e observação, a observação é fundamental.” (Enf. 9)

“Com o serviço social nós temos uma articulação bastante favorável.” (Enf. 14)

“Sempre tivemos as assistentes sociais a trabalhar connosco e vamos esclarecendo, assim a gente vai aprendendo.” (Enf. 15)

“Vai passando a informação, ao longo dos turnos de uns para os outros para estarmos mais atentos à situação.” (Enf. 17)

Na subcategoria *Explicitação de critérios*, os participantes relatam as suas percepções relativamente aos critérios pelos quais se guiam na plataforma informática durante a avaliação de situações de risco e perigo:

“Temos o protocolo do serviço que todos seguem, mas esses critérios não estão muito adaptados à nossa área, para crianças...” (Enf. 3)

“Considero que seria necessária documentação, para poder guiar melhor...” (Enf. 8)

“Não precisam de estar estipulados critérios. Embora haja um – se a vigilância for inferior a seis consultas – que é dos critérios menos válidos...” (Enf. 9)

“Temos no sistema os critérios e para mim são apropriados...” (Enf. 10)

“Os critérios, geralmente, estão definidos numa plataforma. Porém são insuficientes...” (Enf. 12)

“Nós já temos uma lista pré-definida com fatores de risco no SClínico⁶ e os critérios definidos são suficientemente claros.” (Enf. 14)

Relativamente à subcategoria *Tipo de referência*, os enfermeiros entrevistados indicaram situações que são detetadas e referenciadas pela equipa de enfermagem, e situações em que obtêm informação de que já existe uma sinalização prévia.

“Nós quando detetamos os casos de pobreza ou carência referenciamos para a assistente social...” (Enf. 2)

“Temos situações em que a criança fica retida logo à nascença (...) na unidade de cuidados neonatais.” (Enf. 7)

“Há casos que não somos nós que detetamos já vêm sinalizadas por situações de retirada de outros filhos (...) violência doméstica.” (Enf. 10)

“Quando vejo que algo não está bem chamo logo a assistente social (...) ela depois sabe o que fazer, mas às vezes tem que haver articulação entre equipa do hospital e a CPCJ.” (Enf. 12)

“Normalmente basta chamar a assistente social, noutros casos tem que ser a equipa hospitalar ou pela comissão...” (Enf. 16)

6 O SClínico é um sistema de informação evolutivo em mais de 300 instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo administrado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Este sistema “insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação” (SNS, 2022).

Vivência emocional perante situações de risco e perigo

Os resultados referentes às emoções dos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia perante situações de risco e perigo são apresentados na Tabela 2. Encontra-se uma categoria de análise, *Emoções experienciadas*, que se divide em três subcategorias.

Tabela 2

Emoções dos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia perante situações de risco e perigo

Categories	Subcategorias
Emoções experienciadas	Emoções agradáveis
	Emoções desagradáveis
	Distanciamento emocional

No que toca à subcategoria *Emoções agradáveis*, apresentam-se relatos relacionados com emoções agradáveis como o otimismo aquando do sucesso da avaliação e intervenção nas situações de risco e perigo:

“Eu não me sinto mal porque estou a ajudar aquela família que precisa.” (Enf. 10)

“Não me incomoda nada, pelo contrário até tenho prazer em ajudar.” (Enf. 12)

“Sinto que é sempre possível irmos melhorando (...) tento fazer o melhor.”

(Enf. 14)

“Sinto-me bem. Se os detetar fico contente, se puder ajudar também fico.” (Enf. 15)

A subcategoria *Emoções desagradáveis* emerge dos relatos referentes à vivência de emoções como a tristeza, pena e revolta e impotência ao lidar com situações de risco e perigo:

“Por um lado, sinto pena, por outro sinto receio pelo bebé e pela mãe...” (Enf. 1)

“Incomoda (...) nós criamos alguma empatia, que não devíamos e tentamos ajudar o máximo possível...” (Enf. 2)

“Às vezes sinto-me mesmo fraca (...) viver estas situações e não poder fazer mais além disto, traz alguns sentimentos de impotência...” (Enf. 3)

“Mexe sempre connosco porque nós gostávamos de poder ajudar mais.” (Enf. 7)

“Depende da situação, se calhar tristeza para umas e revolta para outras.” (Enf. 11)

“Psicologicamente também nos abatemos e a gente deixa-se ir um bocado.” (Enf. 13)

“Não lidamos com isso de ânimo leve, sendo humanos...” (Enf. 18)

Na subcategoria *Distanciamento emocional*, seguem-se os relatos dos participantes que referem distanciamento ou afastamento emocional face à experiência com situações de risco e perigo:

“Depois começamos a ganhar um bocadinho de distanciamento.” (Enf. 5)

“Não me afeta praticamente nada (...) não me envolvo.” (Enf. 6)

“Não me sinto mal nem bem, já é algo que eu convivo há muitos anos.” (Enf. 9)

“Vamos ganhando defesas, não nos podemos deixar levar...” (Enf. 16)

Formação profissional no âmbito do risco e perigo

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes ao papel que os profissionais de enfermagem atribuem à formação especializada no contexto do risco e perigo. Assim, emerge como categoria de análise o *Papel da formação profissional*. Quanto a esta categoria, os relatos dos participantes agrupam-se em duas subcategorias de análise referentes à pertinência da formação profissional.

Tabela 3

Papel atribuído pelos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia à formação no âmbito de risco e perigo

Categories	Subcategorias
Papel da formação profissional	Relevante
	Não relevante

No que diz respeito à subcategoria *Relevante*, apresentam-se os relatos quanto à importância de uma formação profissional especializada neste contexto, incluindo como forma de proteção pessoal:

“Se calhar seria importante, para alguma proteção a nível emocional...” (Enf. 2)

“Há sempre coisas que acabam por nos falhar e podíamos despertar para alguma situação, que às vezes nos escapa.” (Enf. 4)

“Uma formação é sempre uma mais-valia, há sempre coisas a aprender...” (Enf. 5)

“Era uma boa ideia até para nos ajudar com as situações que nos afetam.” (Enf. 13)

“Até as assistentes sociais não conseguem chegar a tudo e nós também não temos como (...) se não tivermos o mínimo de formação acerca disso.” (Enf. 18)

“É importante para uniformizar (...) esse tal pedido, porque cada cabeça sua sentença. As formações são sempre bem-vindas.” (Enf. 19)

Já para a subcategoria *Não relevante*, foram escassos os relatos referidos, sendo os seguintes:

“Não há necessidade daquela formação muito específica.” (Enf. 1)

“Não é importante, a experiência permite que consiga fazer o meu trabalho, incluindo nestes casos...” (Enf. 9)

“Eu não tenho essa necessidade. Trabalho há muitos anos.” (Enf. 12)

“A mim, muito sinceramente, neste momento, não me faz falta.” (Enf. 15)

DISCUSSÃO

A atuação no contexto de risco e perigo é muito particular para cada equipa que experiencia esse trabalho, sendo que os resultados obtidos são interpretados tendo em vista essa particularidade. Com este trabalho procurou-se acrescentar conhecimento e contribuir para o aprofundamento de evidências no âmbito da gestão de risco e perigo nas fases precoces do desenvolvimento, já que os estudos nesta fase específica são escassos.

No momento do internamento pós-parto, ou ainda no acompanhamento durante a gravidez, são muitas vezes os enfermeiros que detetam, avaliam e sinalizam situações de risco e perigo (Kleinschmidt, 2019; Silva et al., 2014). Os enfermeiros entrevistados parecem estar atentos a situações de dinâmica familiar e socioeconómicas, bem como a situações relacionadas com cuidados de saúde e problemas de saúde mental. Desta forma, agrupamos os relatos obtidos quanto aos aspetos valorizados na avaliação do risco e perigo como *Condições familiares e socioeconómicas e Saúde física e psicológica*, muito embora a literatura considere estes fatores com outras categorizações (Ferreira & Lima, 2012; Soriano, 2004).

Por um lado, os relatos obtidos dizem respeito às condições socioeconómicas e familiares bem como a situações de monoparentalidade pelo facto de não haver paternidade assumida. Assim, foram ainda apontados pelos participantes fatores como a falta de apoio social e familiar, violência e razões étnicas, relacionadas com a exclusão social. A literatura aponta estes fatores de risco como condicionantes para o processo de satisfação das necessidades e desenvolvimento harmonioso das crianças (Dicker & Gordon, 2006). A pobreza é uma realidade presente em Portugal, sendo que vários autores defendem que está subjacente a muitos problemas e situações de crise familiar, constituindo uma realidade importante a intervir (Bastos et al., 2008; Cardoso, 2017; Fonseca, 2016). Para Yunes et al. (2007), a monoparentalidade, com as mulheres a assumirem todos os cuidados necessários aos filhos, é uma realidade muito presente e, quando associada a situações de pobreza, pode potenciar um risco

acrescido para o desenvolvimento infantil. Importa ter em atenção que os outros aspetos citados pelos participantes também surgem na literatura como fatores de risco para a perpetuação e agravamento dos problemas no futuro, nomeadamente, situações de violência, desestruturação ou falta de apoio social e familiar (Dicker & Gordon, 2006; Kleinschmidt, 2019; Macedo et al., 2013; Nunes et al., 2013).

Os participantes deste estudo mostram-se atentos a fatores relacionados com a saúde física e psicológica das mães, nomeadamente falta de vigilância da gravidez, gravidez na adolescência, grávidas toxicodependentes, condições de higiene, comportamentos das mães, perturbações emocionais e cognitivas ou debilidades nos cuidados maternos. A não vigilância da gravidez, a gravidez na adolescência e a toxicodependência representam situações de risco físico, emocional e com potencial desestruturante para o desenvolvimento do recém-nascido, associadas, muitas vezes, à não aceitação da gravidez (Canavarro & Pedrosa, 2012; Correia, 2005; Marques & Campos, 2017). Lines et al. (2020), num estudo qualitativo, destacam a visão dos enfermeiros para a possibilidade de gerar *empowerment* familiar, através de perspetivas de parentalidade positiva no trabalho com as mães, como forma de minimizar os fatores de risco. Já Buendgens e Zampieri (2012) defendem que, para atuar eficazmente nas situações de gravidez na adolescência, os profissionais devem estar preparados para atender às necessidades de apoio destas mães e suas famílias.

Pizeta et al. (2013) defendem que os cuidados maternos desadequados e a dificuldade em criar um vínculo com o recém-nascido podem estar associados a questões de saúde emocional (e.g. depressão, ansiedade e/ou stress), mas também a questões de natureza cognitiva ou de personalidade. Os problemas de saúde mental, negligência e o desconhecimento das necessidades da criança são fatores de risco que podem afetar a prestação de cuidados, sendo importante intervir e mobilizar diferentes recursos (Correia, 2005; Dicker & Gordon, 2006; Kleinschmidt, 2019).

Numa análise pormenorizada dos relatos obtidos quanto aos aspetos valorizados na avaliação de situações de risco e perigo, parece haver um predomínio de relatos relacionados com os cuidados de saúde, que são proporcionados aos recém-nascidos. Isto pode explicar-se pelo facto de os participantes estarem mais familiarizados com os aspetos físicos deste fenómeno, apontando para a importância de promover formação profissional específica, para que os profissionais de saúde compreendam melhor a importância da avaliação da dimensão relacional e afetiva (Lines et al., 2020; Nunes et al., 2009).

Os profissionais entrevistados referiram-se também à condução do processo de avaliação do risco e perigo em recém-nascidos. Para os participantes, a avaliação de situações de risco e perigo é realizada sobretudo pela experiência pessoal e em equipa, pela observação das utentes e famílias, bem como por entrevista clínica. Silva et al. (2014) concluíram, no seu estudo, que os enfermeiros relevaram a sua experiência

clínica e a partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar, sentindo-se aptos para detetar situações de risco. Desta forma, parece que, para o sucesso da prevenção e intervenção precoce, deve haver a colaboração célere das equipas multidisciplinares, a fim de evitar prejuízos para o desenvolvimento infantil (Martins, 2008).

Por outro lado, alguns participantes referiram a importância de definir critérios mais uniformes do que a lista de situações pelas quais se podem guiar para a identificação dos casos. Apesar de existirem documentos orientadores para a prática profissional no âmbito do risco e perigo (DGS, 2007, 2014; Soriano, 2004), os participantes parecem não ter conhecimento da sua existência, guiando-se por critérios presentes no formulário de referência do SClínico. Desta forma, os manuais em vigor e novos documentos específicos deviam ser apresentados aos profissionais de saúde, para que estes pudessem aprimorar as suas intervenções neste âmbito.

No que respeita ao tipo de referência, apesar da existência do NHACJR nos hospitais, mais especificamente no hospital onde foram recolhidos os dados para o presente estudo, os profissionais que identificam sinais de risco e perigo para o desenvolvimento são sobretudo os enfermeiros e os médicos, que posteriormente referenciam para a assistente social do hospital, sendo que, dependendo da gravidade do caso, pode ser intervencionado pelo NHACJR ou ser sinalizado para a CPCJ ou ainda para o Tribunal de Família e Menores. De facto, geralmente, são os enfermeiros que detetam as situações de risco e perigo para o recém-nascido, pelo contacto próximo que estabelecem com a mãe desde a gravidez e/ou durante o internamento (Kleinschmidt, 2019). Para Visscher e Stel (2017) é fundamental que as entidades e profissionais atuem de forma integrada com as situações identificadas, num esforço coletivo, promotor do desenvolvimento e diminua situações de maus-tratos infantis. Também parece haver situações em que os casos vêm previamente referenciados pela CPCJ ou pelo Tribunal de Família e Menores, em que os recém-nascidos são confiados à guarda da instituição de saúde, sendo que os enfermeiros entrevistados, nestes casos, atuam em conformidade.

Relativamente às emoções experienciadas pelos participantes deste estudo, quando da avaliação das situações de risco e perigo, foram referidas tanto emoções agradáveis como desagradáveis, sendo que alguns procuram manter uma distância emocional. As emoções agradáveis são experienciadas por estes profissionais quando sentem a sensação de dever cumprido ao intervir nestas situações e evitar a perpetuação das mesmas. Não foram encontrados, porém, estudos que refletissem acerca deste fenómeno. As emoções desagradáveis parecem ocorrer devido a um impacto pessoal que a avaliação das situações de risco e perigo têm nos profissionais, causando-lhes mal-estar. Esta dimensão também foi encontrada no estudo de Barret et al. (2016), identificando que os profissionais que lidam com situações de maus-tratos em bebés podem sentir emoções como raiva, choque, podendo estas situações constituir eventos

traumáticos para os profissionais. Nunes et al. (2009) concluíram no seu estudo que os profissionais de saúde apresentaram dificuldades em lidar com as situações de risco com sentimentos de impotência e tristeza associados. Além disso, os profissionais sentiam pena e procuravam ajudar, auxiliando as famílias que acompanhavam. Outro estudo concluiu que os profissionais de saúde, geralmente, experienciam emoções desagradáveis, com prejuízos no seu desempenho profissional (Bannwart & Brino, 2011).

O distanciamento emocional parece ser um mecanismo de defesa adotado por alguns participantes, para não se deixarem afetar pelas situações de risco que acompanham. Poderá ser importante haver um investimento por parte dos profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias de autocuidado e proteção, a fim de evitar situações mais graves, como defendem Santana e Farkas (2007). Isso pode acontecer, uma vez que o distanciamento emocional pode determinar um fator de risco associado à gestão emocional, no médio-longo prazo do percurso profissional ou do próprio ciclo de vida. Esta linha de pensamento vai ao encontro das conclusões de Pires et al. (2020) nesta matéria, considerando que a compreensão do sofrimento, inerente às relações terapêuticas que na sua génese lidam com situações que atentam contra a dignidade. Neste caso de risco e perigo para recém-nascidos, o sofrimento deve ser tido como fator determinante em enfermagem. Assim, as administrações e órgãos de gestão devem ser proativos na implementação de medidas que promovam a qualidade de vida e bem-estar de enfermeiros e de outros profissionais de saúde (Pires et al., 2020).

No que concerne ao papel da formação profissional, os resultados indicam a importância da formação para este grupo, como qualificação específica para lidar com situações de risco e perigo, de uma forma mais resiliente, autónoma e segura. Vários autores defendem a importância da formação profissional como elemento-chave para melhorar as práticas profissionais, no processo de identificação e intervenção de situações de risco (Nascimento et al., 2013; Nunes et al., 2009; Pietrantonio et al., 2013). Já Nunes et al. (2009) concluíram que os profissionais de saúde sentem que deveria haver um espaço para expressão emocional, a fim de reduzir o desgaste decorrente do envolvimento com situações de risco e perigo. Para estes autores, a formação pode ser de grande valia no esclarecimento e partilha de conhecimento, sobre uma temática tão complexa e em constante atualização, que os profissionais de saúde devem acompanhar como processo de autonomização e capacidade de tomada de decisão.

Por outro lado, alguns participantes referiram que a formação profissional não era relevante. Isto pode acontecer devido ao facto de os profissionais valorizarem a experiência profissional, tendo sido verificada esta desvalorização por participantes com mais experiência profissional (> 10 anos). Silva et al. (2014), no seu estudo com

enfermeiros, chegaram a resultados semelhantes, em que os participantes referem que, mesmo sem uma formação profissional específica, sentem-se capazes de avaliar situações de risco e perigo. Estes autores ressaltam, no entanto, que com o passar dos anos, a temática da promoção e proteção dos direitos das crianças tem vindo a colocar novos desafios aos serviços de saúde, sendo necessária a atualização e qualificação dos profissionais. Em geral, a formação e a sensibilização em meio profissional constituem um espaço onde a partilha de dificuldades, a assimilação, reciclagem e a aquisição de conhecimentos acabam por exercer efeitos preventivos importantes, em que se mostra importante investir.

Este estudo deve ser olhado à luz das suas limitações. A limitação principal prende-se com o facto de os participantes serem apenas de um grupo profissional, colocando para compreensão abrangente deste fenómeno a necessidade de integrar a visão e perceção de outros profissionais. Outra das limitações sentidas prende-se com a escassa literatura existente no âmbito do risco e perigo em recém-nascidos, e também estudos com profissionais de saúde, nomeadamente enfermagem, o que dificultou a argumentação dos resultados obtidos. Identifica-se também como limitação o tempo limite para a realização do estudo que não permitiu obter perceções de profissionais de enfermagem de outros centros hospitalares, o que permitiria aprofundar ainda mais esta temática, tornando o conjunto de narrativas mais rico, quer em termos de consistência, quer em termos de diversidade.

Contudo, com este estudo abriu-se um caminho que mostra a importância de se desenvolver mais pesquisa nesta área, tendo em vista a importância da deteção e avaliação precoce. Recomenda-se também que em futuras investigações possam ser incluídos outros profissionais da área da Medicina, Psicologia e Serviço Social, por exemplo, numa perspetiva de compreensão multidisciplinar do fenómeno em estudo, tendo em vista o aperfeiçoamento da prática neste contexto. Outros grupos socioprofissionais podem ser tidos em conta, já que na primeira linha de relação com famílias e crianças em idade precoce, em risco e perigo, todos os envolvidos que têm impacto neste tipo de processo revelam-se essenciais de serem ouvidos, por forma a se aprofundar a capacidade e efetividade das respostas a dar em problemáticas relacionadas com o nosso objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

- Bannwart, T. H., & Brino, R. F. (2011). Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(2), 138-145. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000200002>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Ed. Revista e Atualizada). Edições 70.
- Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M., & Gooney, M. (2016). An exploration of paediatric nurses' views of caring for infants who have suffered nonaccidental injury. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2274-2285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13439>
- Bastos, A. (2016). A importância da perspectiva dos direitos da criança na análise do bem-estar das crianças e jovens. In A. Bastos & F. Veiga (Orgs.), *A análise do bem-estar das crianças e jovens e os direitos da criança* (1ª ed., pp. 27-34). Edições Humus, Lda.
- Bastos, A., Malho, M. J., Passos, J., & Fernandes, G. (2008). *Um olhar sobre a pobreza infantil. Análise das condições de vida das crianças* (1ª ed.). Almedina.
- Brandão, M. T. (2007). Propostas de intervenção familiar para crianças em risco. In A. T. Almeida & N. Fernandes (Orgs.), *Intervenção com crianças, jovens e famílias: estudos e práticas* (1ª ed., pp. 247-264). Almedina.
- Buendgens, B. B., & Zampieri, M. D. F. M. (2012). A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. *Escola Anna Nery*, 16(1), 64-72. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100009>
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência: Perspetivas teóricas. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 2, 34-55. http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2018/no_2_2012_34-55.pdf
- Cardoso, A. (2017). Infância(s) e Direitos. In F. Xarepe, I. F. Costa & M. R. O. Morgado (Coords.), *O risco e o perigo na criança e na família* (1ª ed., pp. 3-16). Factor.
- Carvalho, M. J. L. (2013). *Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens*. Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano. https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/31_03-SNACJ.pdf
- Correia, M. J. (2005) Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (1ª ed., pp. 49-60). Fim de Século Edições.
- Dicker, S., & Gordon, E. (2006). Critical connections for children who are abused and neglected: Harnessing the new federal referral provisions for early intervention. *Infants & Young Children*, 19(3), 170-178. https://journals.lww.com/iycjournal/Fulltext/2006/07000/Critical_Connections_for_Children_Who_are_Abused.2.aspx
- Direção Geral de Saúde (2007). *Crianças e jovens em risco: Projecto de intervenção nos serviços de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-em-risco-projecto-de-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2014). *Ação de saúde para crianças e jovens em risco e ação de saúde sobre género, violência e ciclo de vida no contexto de cuidados de saúde primários*. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/SaudeInfantilJuvenil/CriancasJovensRisco/Documents/Criancas%20e%20Jovens%20em%20Risco%20-%20Projecto%20de%20intervenção%20nos%20Serviços%20de%20Saúde%20-%202007.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

- Ferreira, T., & Lima, I. (2012). Responsividade materna e risco psicossocial: Implicações práticas. *Revista Amazônica*, 8(1), 33-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4046105>
- Fonseca, E. (2016). Política social e pobreza infantil: entre o remedeio e a prevenção. In A. Bastos & F. Veiga (Orgs.), *A análise do bem-estar das crianças e jovens e os direitos da criança* (1ª ed., pp.15-20). Edições Humus, Lda.
- Kleinschmidt, A. (2019). Child maltreatment red flags: Two cases of bruising in premobile infants. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(1), 92-96. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.07.003>
- Lines, M., Grant, J. M., & Hutton, A. (2020). 'How can we work together?' Nurses using relational skills to address child maltreatment in Australia: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.008>
- Macedo, C., Nunes, C., Costa, D., Nunes, L. A., & Lemos, I. (2013). Apoio social, acontecimentos stressantes, adaptabilidade e coesão em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 304-312. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n2/v14n2a07.pdf>
- Marques, C., & Campos, A. (2017). Gravidez não vigiada: Uma realidade a não esquecer. In F. Xarepe, I. F. Costa & M. R. O. Morgado (Coords.), *O risco e o perigo na criança e na família* (1ª ed., pp. 21-25). Pacto.
- Martins, C. A. (2008). Maus-tratos infantis: Prevenção, diagnóstico e intervenção. *Sinais Vitais*, 78, 23-26. <https://hdl.handle.net/1822/20158>
- Moreira, A. J. (2016). Cuidar das crianças: uma necessidade no presente e um investimento no futuro. In A. Bastos & F. Veiga (Orgs.), *A análise do bem-estar das crianças e jovens e os direitos da criança* (1ª ed., pp. 11-14). Edições Humus, Lda.
- Nascimento, J., Ferreira, I., Zilhão, C., Pinto, S., Ferreira, C., Caldas, L., Guedes, M., & Senra, V. (2013). O impacto do risco social num internamento pediátrico. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(1), 15-19. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/2941>
- Nunes, C. B., Sarti, C. A., & Ohara, C. V. D. S. (2009). Profissionais de saúde e violência intra-familiar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 903-908. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700012>
- Nunes, C., Lemos, I., Nunes, L. A., & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 313-320. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36227023008>
- Pietrantonio, A. M., Wright, E., Gibson, K. N., Alldred, T., Jacobson, D., & Niec, A. (2013). Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.007>
- Pinto, F., & Ferronha, A. T. (2011). As equipas locais de intervenção precoce ELI Porto Ocidental. *Nascer e Crescer*, 20(3), S166-S172. <http://hdl.handle.net/10400.16/1279>
- Pires, L. M., Monteiro, M. J., & Vasconcelos-Raposo, J. J. (2020). Sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19096>
- Pizeta, F., Silva, T., Cartafina, M., & Loureiro, S. R. (2013). Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: Uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 429-437. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300003>
- Ramião, T. A. (2017). *Lei de proteção de crianças e jovens em perigo anotada e comentada* (8ª ed.). Quid Juris.

- Santana, A. I., & Farkas, C. (2007). Estratégias de autocuidado em equipes profissionais que trabalham em maltrato infantil. *Psykhe (Santiago)*, 16(1), 77-89. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100007>
- Serviço Nacional de Saúde (2022). *SCLínico; Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Silva, D., Afonso, V. L. F., & Silva, E. B. (2014). Conhecimento dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium*, 47, 69-82. <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2613>
- Soriano, F. J. R. (2004). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: Guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo*. Generalitat Valenciana. http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/public_1_nov11.pdf
- Spitz, R. A. (2013). *O primeiro ano de vida* (4ª ed.). Martins Fontes.
- Visser, S., & van Stel, H. F. (2017). Variation in prevention of child maltreatment by Dutch child healthcare professionals. *Child Abuse & Neglect*, 70, 264-273. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.020>
- Xarepe, F., & Costa, I. F. (2017). A problemática da gravidez não vigiada. In F. Xarepe, I. F. Costa & M. R. O. Morgado (Coords.), *O risco e o perigo na criança e na família* (1ª ed., pp. 35-39). Pactor.
- Yunes, M. A., Garcia, N., & Albuquerque, B. (2007). Monoparentalidade, pobreza e resiliência: Entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 444-453. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a12v20n3>