



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem área de especialização:

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

**A VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM: INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**HEALTH VULNERABILITY OF CHILDREN AND YOUTH: SPECIALIZED
NURSE INTERVENTION**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Filipa de Goulart Corte Real Ferreira

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem área de especialização:
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

**A VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM: INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**HEALTH VULNERABILITY OF CHILDREN AND YOUTH: SPECIALIZED
NURSE INTERVENTION**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Filipa de Goulart Corte Real Ferreira

Orientadora Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2024

*Segue o teu destino,
Rega as tuas plantas,
Ama as tuas rosas.
O resto é a sombra
De árvores alheias.*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Obrigada a todos vocês que habitam o meu coração,
este percurso não seria possível,
sem o vosso apoio, amor e compreensão.

RESUMO

A vulnerabilidade em saúde existe quando não está alcançado o bem-estar ao longo do ciclo de vida da criança, cabendo ao enfermeiro atuar com projetos para se alcançarem os melhores níveis de saúde possíveis. Para compreender melhor o conceito de vulnerabilidade em saúde e como o enfermeiro pode atuar na mesma, foi realizada uma *Scoping Review* subordinada à temática “O conceito de vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem”. Os resultados obtidos foram relativos aos diagnósticos de saúde com maior risco de vulnerabilidade, à pertença a uma minoria, aos hábitos de risco em saúde e ao impacto da comunidade e do contexto envolvente com implicações na saúde da criança e do jovem.

O enquadramento teórico foi elaborado, principalmente, tendo em conta o referencial teórico de Nola Pender, o Modelo de Promoção da Saúde, assente numa visão orientada pela filosofia de cuidados centrados na família, parceria de cuidados e cuidados atraumáticos, referenciados pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Foi realizado um percurso de estágio composto por quatro contextos clínicos, onde foram elaborados projetos atendendo às respetivas características e, principalmente, à população alvo de cuidados, crianças, jovens e suas famílias que vivenciavam situações de vulnerabilidade em saúde. Foram delineados objetivos concretizáveis através da implementação de atividades, com enfoque na promoção de competências e habilidades comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A destacar as atividades realizadas na Unidade de Saúde Familiar, onde foram promovidas consultas de *follow-up* para monitorização de ganhos em saúde na criança e jovem e suas famílias. No Hospital de Dia Pediátrico, foi elaborada uma *Check-list* do Processo de Transição do Serviço de Pediatria para o Serviço de Adultos, para posteriormente, constituir uma norma de procedimento hospitalar. No Serviço de Neonatologia, foi concretizado um projeto de promoção de saúde culturalmente congruente, dirigido aos recém-nascidos e suas famílias imigrantes, através do recurso à “Caixa de Acolhimento à Família Imigrante”. Por fim, no Serviço de Urgência Pediátrica foi realizado um projeto de sensibilização para os maus-tratos nas crianças e jovens, através da realização de ações formativas dirigidas à equipa de enfermagem.

Ao longo dos vários contextos a finalidade *major* foi atuar na redução da vulnerabilidade identificada com intervenções de enfermagem promotoras de saúde dirigidas às crianças, jovens e suas famílias, garantindo-se o envolvimento da equipa de enfermagem como um todo de forma a serem mantidos os projetos aquando do término do estágio.

Palavras-chaves: criança/ jovem; família; papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; promoção da saúde; vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

Health vulnerability exists when well-being is not achieved throughout the child's life cycle, and it is up to nurses to work on projects to achieve the best possible levels of health. In order to better understand the concept of health vulnerability and how nurses can act on it, a Scoping Review was carried out on the theme "The concept of health vulnerability in the pediatric population in the context of nursing care". The results obtained were related to the health diagnoses with the greatest risk of vulnerability, belonging to a minority, health risk habits and the impact of the community and the surrounding context on the health of children and young people.

The theoretical framework was drawn up mainly taking into account Nola Pender's theoretical framework, the Health Promotion Model, based on a vision guided by the philosophy of family-centered care, care partnership and atraumatic care, referenced by the College of Child Health and Pediatric Nursing Specialty.

An internship was carried out in four clinical contexts, where projects were developed taking into account their respective characteristics and, above all, the target population of care, children, young people and their families who were experiencing situations of health vulnerability. Objectives were outlined that could be achieved through the implementation of activities, with a focus on promoting the common and specific skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

Particularly, the activities carried out at the Family Health Unit, where follow-up consultations were held to monitor health gains for children and young people and their families. In the Pediatric Day Hospital, a Checklist was drawn up for the Transition Process from the Pediatric Service to the Adult Service, which will later become a standard hospital procedure. In the Neonatology Service, a culturally congruent health promotion project was carried out, aimed at newborns and their immigrant families, using the "Immigrant Family Welcome Box". Finally, in the Pediatric Emergency Department, a project was carried out to raise awareness of the abuse of children and young people, through training sessions aimed at the nursing team.

Throughout the various contexts, the main goal was to act to reduce the vulnerability identified with health-promoting nursing interventions for children, young people and their families, ensuring the involvement of the nursing team as a whole in order to maintain the projects at the end of the internship.

Keywords: child/young person; family; role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health; health promotion; health vulnerability.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

A

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACM - Alto Comissariado para as Migrações

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APGAR - Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração

C

CNPDPJ - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CNPCJR - Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

D

DGS - Direção Geral da Saúde

E

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ERS - Entidade Reguladora de Saúde

F

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

FLACC-R - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability- Revised*

H

HEADSSS - *Home, Education, Activities, Drugs, Sexual Activity/Identity, Suicide/Depression and Security*

I

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

K

Kg - Quilogramas

L

LGBTQI - Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transgéneros, *Queers* e Intersexos

N

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

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

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

O

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIM - Organização Internacional para as Migrações

ONU - Organização das Nações Unidas

P

Pág. - Página

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

Q

QAPT - Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição

R

RP - República Portuguesa

S

SIC - Segundo Informação do Cliente

Sra. - Senhora

SUP - Serviço de Urgência Pediátrico

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*

T

TRAQ - *Transition Readiness Assessment Questionnaire*

U

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UE - União Europeia

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

UNRIC - Centro Regional de Informação das Nações Unidas

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. Filosofia de cuidados do EEESIP e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	19
1.2. Vulnerabilidade em Saúde da Criança e do Jovem	24
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	29
2.1. Contexto 1: Unidade de Saúde Familiar	29
2.2. Contexto 2: Hospital de Dia Pediátrico	36
2.3. Contexto 3: Serviço de Neonatologia	47
2.4. Contexto 4: Serviço de Urgência Pediátrica	57
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	
Anexo I: Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição (QAPT)	79
Anexo II: Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica	81
APÊNDICES	
Apêndice I: Análise SWOT da Unidade de Saúde Familiar	87
Apêndice II: Fichas de Registo de Consulta <i>Follow-up</i> da Unidade de Saúde Familiar	89
Apêndice III: Análise SWOT do Hospital de Dia Pediátrico	99
Apêndice IV: Guião de Entrevista ao Jovem em Processo de Transição do Hospital de Dia Pediátrico	101
Apêndice V: <i>Check-list</i> do Processo de Transição do Hospital de Dia Pediátrico	103
Apêndice VI: Diário de Aprendizagem do Hospital de Dia Pediátrico	109
Apêndice VII: Análise SWOT do Serviço de Neonatologia	111

Apêndice VIII: “A Caixa de Acolhimento à Família Imigrante” do Serviço de Neonatologia	113
Apêndice IX: Cartões de Identificação do Recém-nascido do Serviço de Neonatologia	115
Apêndice X: Análise SWOT do Serviço de Urgência Pediátrica	117
Apêndice XI: Ação Formativa de Sensibilização para a Temática Crianças e Jovens em Risco/Perigo de Maus-Tratos do Serviço de Urgência Pediátrica	119
Apêndice XII: Diário de Aprendizagem do Serviço de Urgência Pediátrica	127
Apêndice XIII: Protocolo da <i>Scoping Review</i> “O conceito de vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem”	129

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	22
Figura 2: Pirâmide da Intervenção Subsidiária no Perigo da CPCJ	59

INTRODUÇÃO

Inserido no 16º Curso de Mestrado no ramo de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi elaborado o Relatório de Estágio com a finalidade de ser realizada uma descrição e análise-reflexiva do percurso formativo desenvolvido, principalmente, referente ao estágio que decorreu no período de 24 de abril de 2023 a 16 de dezembro de 2023.

No presente relatório, inicialmente, no capítulo 1, encontra-se um breve enquadramento teórico, abordando-se o referencial adotado, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e os seus conceitos estruturais, como também, os princípios e filosofias de cuidados de saúde da Mesa do Colégio de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica. Além disso, de forma a enriquecer e complexar o processo de tomada de decisão e de planeamento de cuidados à criança, jovem e sua família, recorreu-se ao Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey e de Goreti Mendes, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

Foi desenvolvida numa revisão sistemática da literatura “O conceito de vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem: uma *Scoping Review*”, em âmbito académico, segundo a metodologia proposta por *Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews*, que foi submetida a uma revista científica e que, atualmente, se encontra em processo de revisão. O protocolo da mesma encontra-se no Apêndice XIII.

Posteriormente, no capítulo 2, podemos encontrar o capítulo da descrição e análise dos diferentes contextos de estágio, que apresenta a seguinte divisão: descrição do serviço, os objetivos propostos, as atividades realizadas e competências desenvolvidas segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Por último, o capítulo da conclusão, onde se destaca a influência do percurso formativo para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Foi enriquecido, ainda, com a presença de anexos, com materiais relevantes relacionados com a temática abordada e apêndices, que evidenciam as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Durante a licenciatura em Enfermagem (de 2015 a 2019), mais concretamente, nos estágios em que contactei com crianças e jovens, percebi que o meu processo formativo passaria por me tornar em EEESIP. A brincadeira terapêutica, o envolvimento da família no processo de cuidados e tomada de decisões, o contexto de cuidados personalizados com vista a melhorar o ambiente terapêutico e o cuidar individualizado.

Assim, em 2022 tive a oportunidade de começar a trabalhar com crianças e jovens, num serviço de internamento de Pedopsiquiatria, onde contactei com diversas crianças e jovens que não apresentavam potencializado o seu bem-estar. Situações de negligência, contextos desprotetores, com inexistência de cuidado e afeto, com hábitos de risco associados, como abuso de álcool e drogas, início precoce da vida sexual com múltiplos parceiros e desprotegida, em que não eram garantidos os direitos em saúde das crianças e dos jovens. Surge, assim, o interesse pela temática da vulnerabilidade pediátrica, perceber a sua origem, como é caracterizada, qual a população de maior risco e como os EEESIP podem atuar nos fatores geradores de vulnerabilidade e, se possível, a sua eliminação e promoção de melhoria dos níveis de saúde com vista ao primado interesse criança e do jovem.

Relativamente ao percurso de estágio, este, foi realizado no concelho de Setúbal. O primeiro contexto nos cuidados de saúde primários e os restantes três numa Instituição de Saúde da mesma área de influência.

O primeiro contexto de estágio ocorreu numa USF com uma população alvo de cuidados com baixos níveis de literacia em saúde estando, portanto, mais vulnerável à adoção de comportamentos de risco para a saúde da criança e jovem. Definiu-se, assim, como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com a literacia em saúde com vista à promoção de comportamentos em saúde para a criança, jovem e sua família, através elaboração de planos de cuidados individualizados e em parceira de cuidados de forma a se promover um desempenho eficaz da parentalidade. Durante as consultas programadas segundo as idades-chaves recomendadas pelo PNSIJ e PNV, foram identificadas cinco famílias com necessidade de ensinamentos de promoção da saúde, pelo que foram promovidas consultas de *follow-up* (Apêndice II) para monitorização dos ganhos em saúde e auto-eficácia parental.

O segundo contexto de estágio teve lugar num Hospital de Dia Pediátrico, com crianças e jovens na sua maioria com doença crónica. Como alvo de cuidados foram os jovens que necessitavam de transitar de equipa multidisciplinar de saúde para o serviço de adultos. Como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com o processo de transição do jovem para o serviço de adultos, inclusive, ao nível da promoção da auto-estima e auto-determinação do jovem, essenciais durante este período de transição. Tendo sido elaborada uma “*Check-list* do processo de transição do serviço de pediatria para o serviço de adultos” (Apêndice V) para ser incluída na norma de procedimento hospitalar, à data em elaboração.

O terceiro contexto de estágio decorreu num serviço de Neonatologia. As intervenções de Enfermagem foram realizadas a recém-nascidos e as suas famílias imigrantes. De forma a promover um melhor acesso à saúde e a cuidados mais personalizados, foi proposto como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com os cuidados individualizados ao recém-nascido e aos pais imigrantes, realçando-se as competências relativas aos cuidados culturalmente congruentes e adequação da comunicação às especificidades da família que se presta cuidados. Para a promoção de cuidados de saúde culturalmente congruentes foi elaborada “A Caixa de Acolhimento à Família Imigrante” (Apêndice VIII).

Por último, ocorreu o contexto de estágio no SUP. Neste contexto, por se realizar principalmente na triagem (onde decorre a entrevista para a anamnese e avaliação física e psicológica da criança ou jovem) considerou-se o local privilegiado para a deteção precoce de sinais de maus-tratos. Assim, definiu-se como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com os cuidados individualizados à criança e jovem vítimas de maus-tratos, aprimorando as competências na formulação dos diagnósticos de enfermagem associados às doenças comuns pediátricas e de situações de risco. Foram realizadas ações formativas para divulgação da evidência sobre este fenómeno junto da equipa de enfermagem (Apêndice XI), assim como, a partilha de documentação bibliográfica de relevo.

O relatório de estágio que ora se apresenta, foi elaborado segundo as normas da *American Psychological Association* (2020, 7ª Edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo encontra-se o enquadramento teórico, dividido em duas partes. Numa primeira parte pode encontrar-se a relação entre a filosofia de cuidados pediátricos e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, apresentada segundo os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. Posteriormente, é abordado o Modelo apresentado por Nola Pender, as suas principais características, conceitos, assim como, a sua matriz conceptual. Na segunda parte é apresentada a temática central do presente relatório, a vulnerabilidade em saúde da criança e do jovem, com referência aos dados obtidos na realização da *Scoping Review*.

1.1. Filosofia de cuidados do EEESIP e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

As recomendações da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE (2011) realçam para necessidade de utilização de um modelo conceptual centrado na criança e sua família como alvo de cuidados de enfermagem (OE, 2017), sendo referenciado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, enquadrado à luz da visão da filosofia de cuidados do EEESIP.

É considerada criança, a pessoa com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos, ou em casos excepcionais até aos 25 anos (OE, 2017).

O conceito metaparadigmático “pessoa”, segundo a filosofia de cuidados da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2011), assim como, segundo o Modelo de Promoção da Saúde, adquire a forma de binómio criança/jovem e sua família. Considerando a família como, “(...) *one broad definition of family now accepted is two or more persons who depend on one another for emotional, physical, or financial support*” (Pender, Murdaugh Parsons, 2015, pág. 15).

A família desempenha um papel importante em saúde, além de solucionar os seus problemas em saúde entre o seio familiar, os membros que a constituem partilham as informações adquiridas, copiam comportamentos baseados nas crenças e culturas familiares (Perry *et al.*, 2023). O que ganha especial atenção quando se trata de uma criança ou jovem na aquisição de conhecimentos, comportamentos, competências e habilidades. Assim, a

saúde da família age como um sistema, a alteração do bem-estar individual tem impacto no equilíbrio do todo (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

O enfermeiro ao intervir com a criança e jovem deve envolver a sua família. A criança e o jovem não vivem sós, dependem da família para serem garantidos os seus direitos e necessidades ao longo do seu crescimento e desenvolvimento (Casey, 1993). Acresce, ainda, a necessidade de o enfermeiro reconhecer que ninguém conhecerá melhor a criança ou o jovem, as suas individualidades, medos e expectativas do que a família que o cuida no seu dia-a-dia. Aliado a esta conceção, enaltece-se a importância da prática de cuidados baseada na evidência e suportada pela filosofia de cuidados da sua Mesa do Colégio de Especialidade (OE, 2011), que define como cuidados praticados por EEESIP, a parceria de cuidados com a criança, jovem e sua família com o envolvimento no processo de decisão e elaboração do planeamento de cuidados e resultados pretendidos, cuidados centrados na família reconhecendo-a como um todo inseparável, contribuindo para uma parceria efetiva e cuidados atraumáticos (OE, 2017).

Relativamente ao conceito metaparadigmático “saúde”, atualmente à luz da visão da área de especialidade (OE, 2017) e segundo influência do Modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh Parsons, 2015), considera-se “saúde” algo dinâmico e contínuo, que varia ao longo do ciclo de vida e com a satisfação de diferentes necessidades e prioridades durante as etapas de crescimento e desenvolvimento nesta população. A saúde está sob constante influência das características próprias, o contexto social, as relações interpessoais estabelecidas, o tipo de alimentação praticada, as atividades de lazer, a região, a cultura, a comunidade onde se está inserido (Pender, Murdaugh Parsons, 2015). Estas variáveis vão-se condensando e complexificando ao longo das experiências vividas em saúde. Mediante o exposto, pode afirmar-se que não existe saúde individual, mas sim do coletivo (Silva *et al.*, 2018). No caso dos jovens, estes definem saúde como o bem-estar físico, mental, social e emocional (Goemans, Viding McCrory, 2023).

De salientar que bem-estar é algo mais amplo que a saúde, relacionado com o potencial a alcançar. É multidimensional, social, emocional, físico intelectual e espiritual (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

O conceito metaparadigmático “ambiente” é todo o contexto envolvente, o meio e a comunidade onde vive e se relaciona (OE, 2011). A ambiente influencia os níveis de saúde da criança, jovem e sua família e vice-versa, pois a aquisição de comportamentos em saúde

por modelagem não existe apenas com família, como também, devido à ação do contexto (OE, 2011). Deve-se, assim, prestar cuidados ao sistema criança, jovem, família, comunidade e contexto: “*Health promotion promotes lifestyles and behaviors that enable persons to maximize their potential through individual, organizational, and community change*” (Pender, Murdaugh Parsons, 2015, pág. 26).

Deste modo, o conceito metaparadigmático “cuidados de enfermagem” dirigido para a Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2011) relacionado com o Modelo elaborado por Nola Pender (Pender, Murdaugh Parsons, 2015), pretende que o processo de cuidados de enfermagem englobe todos os elementos que influenciam os comportamentos em saúde, assim como, os contextos em que está inserida a criança ou o jovem. Devem ser realizadas intervenções de enfermagem que visem a promoção de comportamentos para a saúde, com vista à atuação nos fatores causadores de vulnerabilidade que impeçam níveis de bem-estar maximizados.

Segundo o Modelo de Parceira de Cuidados de Anne Casey, identifica-se a necessidade da criança, jovem e sua família, terem um papel ativo na procura do seu bem-estar (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020). Segundo Casey “*(...) os cuidados às crianças, doentes ou saudáveis, são melhores, quando prestados pela família (...)*” (Casey, 1993, pág. 183). Com isto, o enfermeiro deve, além de promover a aliança terapêutica com os pais, ser o catalisador da mudança, planeando este processo e assistindo em cada uma das etapas, para que este sistema familiar seja bem-sucedido na maximização da sua saúde.

Assim, os princípios fundamentais em intervenções promotoras de saúde, são: a capacitação das pessoas envolvidas através da participação ativa na gestão da sua saúde, a visão holística de saúde tendo em conta as dimensões física, mental, social, espiritual, ser intersetorial (com o envolvimento da equipa multidisciplinar), equidade, sustentabilidade e sucesso na sua aplicabilidade com utilização de múltiplas estratégias em simultâneo para uma maior eficácia (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é definido como uma grande teoria, enquadrado na escola de pensamento da promoção da saúde, orientado segundo o paradigma da integração, é por isso “*(...) a positive model of health, emphasis is placed on strengths, resiliencies, resources, potentials, and capabilities rather than on existing pathology (resilience reference)*” (Pender, Murdaugh Parsons, 2015, pág. 7). Assim, tem como conceitos estruturantes, o comportamento em saúde, o autocuidado segundo objetivos

delineados, o ambiente e a auto-eficácia (Pender, Murdaugh Parsons, 2015). A Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura (Bandura, Azzi Polydoro, 2008) constitui uma das principais influências para a elaboração deste modelo, abordando o impacto dos fatores ambientais e sociais no comportamento das crianças e dos jovens.

Segundo a análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender – figura 1, podemos afirmar que este está dividido em três partes centrais: as características e experiências individuais, comportamento específico e resultado comportamental.

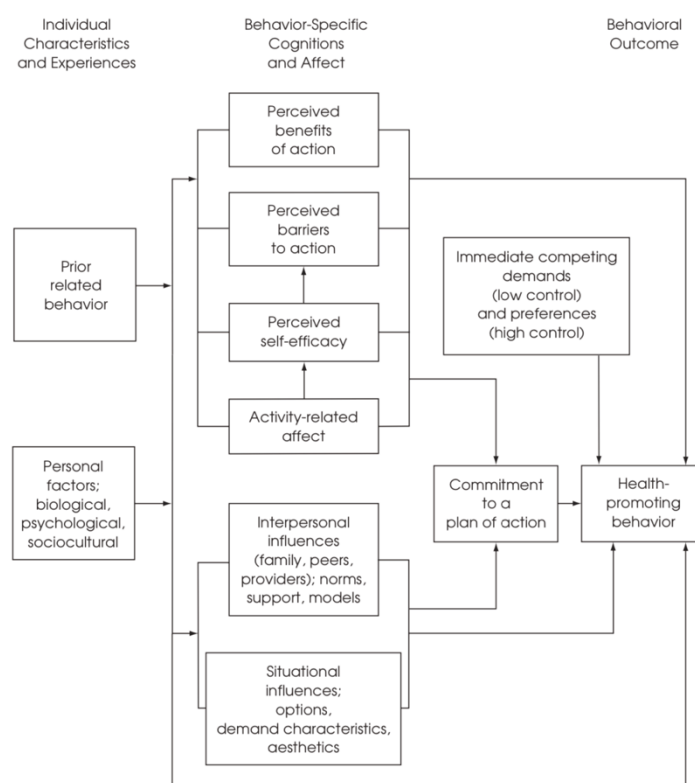


Figura 1- Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh Parsons, 2015, pág. 35)

As características individuais dividem-se no comportamento anterior e nos fatores pessoais. Os fatores pessoais subdividem-se em: biológicos, como a idade, o peso e agilidade; psicológicos, a auto-estima, auto-motivação e noção do seu estado de saúde; sócio-culturais, a cultura, educação e nível sócio-económico (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

O comportamento anterior tem impacto naquele que se deseja alcançar em saúde, visto a integração de um novo comportamento só ocorrer após repetição do mesmo (Pender, Murdaugh Parsons, 2015). Porém, um comportamento em saúde só é repetido caso exista

um *feedback* positivo, ou seja, impacto ao nível da cognição e de sentimentos e emoções positivas na criança, jovem e família. Denomina-se fase de manutenção, quando este comportamento é integrado na rotina familiar, o que enfatiza o compromisso para a ação (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

O comportamento específico, além do referido anteriormente, depende da percepção dos benefícios e barreiras para a adoção de um novo comportamento em saúde (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

Os benefícios para a ação simbolizam aquilo que a pessoa considera ter como resultado positivo se adotar o comportamento em saúde, tendo em conta experiências passadas e o que observou no outro (Pender, Murdaugh Parsons, 2015). Os benefícios podem ser intrínsecos ou extrínsecos, sendo os primeiros relacionados diretamente com o próprio, como maiores níveis de energia, predisposição e motivação, os extrínsecos são gerados pelo exterior, pelas relações interpessoais ou por uma recompensa monetária (Armbruster-Genç *et al.*, 2022).

As barreiras para a ação, normalmente, são razões encontradas para a eviçãõ da adoção de um comportamento saudável mesmo antes de o experimentar. Estas podem fazer com que o binómio criança/jovem e família não adote o comportamento promotor de saúde ou aumente a probabilidade de falhar no compromisso para a ação e afetar a sua auto-eficácia (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

A auto-eficácia é o que a pessoa crê ser capaz de realizar para atingir a maximização da sua saúde, é o auto-conhecimento do seu *empoderamento*. Quanto maior esta for, menor será o impacto das barreiras na ocorrência do comportamento em saúde o que, conseqüentemente, aumenta o compromisso para a ação. (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

Existem ainda, as influências interpessoais e situacionais (Pender, Murdaugh Parsons, 2015). As primeiras relacionadas com as atitudes, princípios, ações de pessoas significativas, profissionais de saúde, modelos, normas, contextos sócio-culturais, referente à adoção de um comportamento promotor de saúde, destacando-se o peso da aprendizagem por modelagem (Bandura, Azzi Polydoro, 2008).

As influências situacionais são compostas pelas opiniões, regras, regulamentos, políticas acerca de uma determinada temática em saúde, que podem estimular ou punir um comportamento (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

Relativamente ao resultado do comportamento, as exigências imediatas e preferências, constituem escolhas que poderão ser feitas *versus* concretizar o plano de ação para aquisição de comportamento promotor de saúde, que podem ou não inviabilizar o compromisso estabelecido. Realçando-se a necessidade de um plano de ação delineado, estruturado e individualizado à criança, jovem e família, para que esta saiba qual é o comportamento de saúde pretendido, como, com quem e onde aplicá-lo (Pender, Murdaugh Parsons, 2015).

Em suma, esta teoria permite ao EEESIP formular o plano de cuidados segundo a influência dos fatores pessoais, interpessoais e contexto da criança, jovem e sua família, de forma a atuar nestes, promover o *empoderamento* e auto-determinação para melhor a sua auto-eficácia, essencial na adoção e manutenção de um comportamento em saúde.

1.2. Vulnerabilidade em Saúde da Criança e do Jovem

A vulnerabilidade em saúde surge quando não estão garantidos os direitos em saúde das crianças e jovens, sendo a sua causa multifatorial, existindo quando estão conjugados vários fatores de risco, aumentando a suscetibilidade para existir desequilíbrio no sistema (Sousa, 2022).

A resiliência, auto-capacitação e auto-eficácia da criança, jovem e família são elementos cruciais aquando existe a necessidade de atuar nos fatores que geram vulnerabilidade, com vista ao reequilíbrio do sistema (Perry *et al.*, 2023).

A criança desde o momento que nasce experiencia vulnerabilidade devido à sua dependência pelo outro, esperando que este lhe providencie, pelo menos, satisfação das suas necessidades básicas e segurança. Porém, nem sempre isto acontece. Segundo Hino *et al.*, (2019), a vulnerabilidade das crianças e jovens para sofrerem maus-tratos, divide-se em duas dimensões, na individual e na coletiva. A dimensão individual está intimamente relacionada com as características dos pais, como a idade, a escolaridade, a situação conjugal, os empregos, experiências de violência, com a manutenção de padrões intergeracionais e ciclos de vitimização (Goemans, Viding, McCrory, 2023), assim como, a existência e aplicação de conhecimentos relacionados com comportamentos protetores e promotores de saúde para a

criança e jovem (Hino *et al.*, 2019). A dimensão coletiva, é composta pelos componentes social e programático, que se caracteriza pelo acesso aos cuidados de saúde, à educação, à informação, ao suporte social, ao financiamento, aos serviços e às políticas de ação em saúde para proteção e defesa dos direitos das crianças e dos jovens. Como desafios, as “(...)s rotinas de cuidados e a necessidade de conhecimento das redes de apoio disponíveis ” (Zanatta *et al.*, 2021, pág. 6).

Segundo estudo realizado por Silva *et al.* (2018), sob influência do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, a vulnerabilidade é definida por marcadores, que são classificados segundo o sistema que a envolve. A vulnerabilidade individual, relacionada com o Microssistema e Mesossistema, apresenta os seguintes marcadores: dificuldade dos pais em se relacionarem eficazmente com as crianças e jovens; fragilidade dos pais em garantir proteção e segurança; doença dos pais, principalmente mental; instabilidade familiar, como família monoparental ou falta de rede de suporte social; violência e/ou dependência de drogas (Silva *et al.*, 2018). Relativamente, ao sistema mais amplo, o Exossistema e Macrossistema, subdivide-se na vulnerabilidade social e programática. A vulnerabilidade social é caracterizada pela pertença a uma minoria étnica, situações de pobreza, baixa escolaridade, deficitárias condições habitacionais, desemprego, pais adolescentes ou sem abrigos, criança ou jovem institucionalizado e a falta de acesso aos cuidados de saúde (Silva *et al.*, 2018). A dimensão programática é relativa à falta de programas protetores e promotores da saúde como é o caso de ambientes com elevados níveis de exposição à poluição, com consequências ao nível da saúde da criança e do jovem, com implicações ao nível alérgico, respiratório e infeccioso (Ziou *et al.*, 2023).

A vivência e manutenção de fatores que estão relacionados com a vulnerabilidade têm influência no desenvolvimento sócio-emocional da criança e do jovem. Esta apropriação acontece desde as primeiras interações estabelecidas, sendo a qualidade destas essencial para a aquisição das competências social, emocional e auto-conhecimento, com impacto no seu desenvolvimento e crescimento, com especial importância para a adoção de comportamentos saudáveis (Silva *et al.*, 2018). Os distúrbios nestas aquisições aumentam a prevalência de doença devido a causarem alterações neuronais significativas que afetam o potencial de bem-estar da criança e do jovem (Goemans, Viding McCrory, 2023). Estas alterações têm impacto na regulação do sistema de recompensa e punição, originando barreiras à comunicação como, por exemplo, ao nível da interpretação da linguagem não verbal e na dificuldade na relação com o outro (Armbruster-Genç *et al.*, 2022).

As dificuldades relacionais aumentam a probabilidade da criança ou jovem de sofrerem bullying, serem vítimas de marginalização, estando associando a maior predisposição para doença mental (Goemans, Viding & McCrory, 2023).

Segundo dados obtidos da realização da *Scoping Review*: “O conceito de vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem” (Apêndice XIII), a doença crónica está associada a um maior risco de vulnerabilidade, com maiores taxas de reinternamento, com períodos maiores de internamento, assim como, uma maior necessidade de acompanhamento pelas equipas de Enfermagem de cuidados paliativos (Hudson, 2006). Segundo dados referentes ao ano de 2013, “(...) *pode estimar-se que, em Portugal, cerca de 6000 pessoas em idade pediátrica têm necessidades especiais de saúde e/ou paliativas, predominando nesta população as doenças oncológicas para além das doenças neuromusculares, cardiovasculares e as alterações congénitas ou genéticas (...)*” (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, pág. 231).

Alguns dos diagnósticos clínicos que acarretam maior risco de vulnerabilidade em saúde são a prematuridade, a doença oncológica e a paralisia cerebral (Peixoto *et al.*, 2020). Tanto a prematuridade como a paralisia cerebral têm maior prevalência em famílias de baixo nível sócio-económico e reduzida literacia em saúde, associados à dificuldade e desconhecimento na utilização dos serviços de saúde (Peixoto *et al.*, 2020). A precariedade já presente é agravada pela existência de comorbilidades associadas a estes diagnósticos de saúde, tendo impacto ao nível da dependência das crianças e jovens, na saúde mental do sistema familiar e em elevados custos em saúde (Peixoto *et al.*, 2020).

No caso das crianças e jovens que superaram uma doença oncológica, a alteração da auto-estima e imagem corporal, o aumento da dependência e procura da autonomia, pode aumentar a suscetibilidade para comportamentos de risco em saúde (Hudson, 2006). Pelo que, o EEESIP tem um papel crucial na construção de uma relação terapêutica que transmita segurança, acessibilidade e proximidade na resolução precoce de problemas que possam surgir no decorrer do processo de doença (Zanatta *et al.*, 2021).

Segundo relatório do INE relativo ao ano de 2021, 43,9% dos jovens a partir dos 16 anos de idade referiram apresentar doença crónica ou problemas de saúde prolongados, sendo que 80% destes não apresentavam escolaridade completa. No entanto, 50,2% da população alvo quando questionada acerca da autoapreciação do seu estado de saúde define-o como “muito bom” ou “bom” (INE, 2022).

Relacionado com a inclusão num grupo minoritário, enquadram-se as famílias imigrantes, como também, as crianças e jovens pertencentes ao grupo LGBTQI+ que experienciam situações de abandono, vitimização e marginalização nos seus diversos contextos como, também, a falta de suporte social e inadaptação às suas individualidades pelos serviços de saúde, devido ao preconceito, estigma e desconhecimento (Iacono, 2019).

Assim, as crianças e jovens pertencentes ao grupo LGBTQI+ têm maior prevalência de alterações da saúde mental, como depressão, uso de substâncias e álcool, comportamentos auto-lesivos, ideação suicida e, mesmo, o suicídio (Iacono, 2019).

Em suma, realça-se a necessidade urgente de um maior investimento na investigação e estudo nesta temática, sendo a informação disponível em fontes credíveis, com amplo limite temporal (reduzido número de artigos com publicação há menos de cinco anos) e maioritariamente relativa a adultos, o que tornam as suas conclusões generalizações com pouca aplicabilidade quando se trata da prestação de cuidados à criança ou jovem (como, por exemplo, o estudo do INE acima enunciado).

Denota-se nos vários artigos analisados na *Scoping Review* como fator comum de vulnerabilidade, o impacto negativo dos reduzidos níveis em literacia, assim como, o desconhecimento dos fatores causadores de vulnerabilidade, têm nos comportamentos em saúde das crianças, jovens e das suas famílias (Zanatta *et al.*, 2021).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Este capítulo encontra-se dividido em quatro partes, representando cada uma delas um contexto de estágio. Em cada um dos contextos pode encontrar-se a descrição do mesmo, o estabelecimento de objetivos gerais e específicos atingidos segundo atividades, para as quais foram elaborados recursos e materiais dispostos em apêndices. Consta, ainda, a análise individualizada acerca das competências desenvolvidas.

2.1. Contexto 1: Unidade de Saúde Familiar

O primeiro contexto de estágio decorreu no âmbito da Unidade Curricular de Vigilância e Decisão Clínica, no período de 24 de abril a 9 de junho de 2023 numa Unidade de Saúde Familiar. É uma unidade funcional integrada no ACES da sua área geográfica.

Tem como horário de funcionamento, de segunda a sexta-feira das 8h às 20h. Durante este período são realizadas as visitas domiciliárias.

Relativamente ao espaço físico, tem uma sala de tratamentos, cinco gabinetes para consultas de enfermagem e dez para consultas médicas. O edifício está inserido numa zona de habitação social.

A USF está organizada segundo o Modelo B (desde 2008), constituída por uma equipa multiprofissional de sete médicos, sete enfermeiros e cinco assistentes técnicos. Organizados em sistema de micro-equipa, médico e enfermeiro de família e um assistente técnico associado.

Tem como princípios de atuação, autonomia, articulação, avaliação, cooperação, conciliação, gestão participativa e solidariedade, sendo a sua missão “(...) *prestar cuidados de saúde personalizados, continuados e globais, com garantia de boa acessibilidades, eficiência e qualidade, integrando o utente no seu contexto bio-psico-social, contribuindo para a melhoria da saúde da população inscrita*” (Silva, 2022, pág.10).

A população inscrita é de 13194 utentes, com um total de 16767 unidades ponderadas. Relativamente à nacionalidade, “8,3% têm nacionalidade estrangeira, sendo na sua maioria imigrantes das ex-colónias portuguesas em África. Destes a distribuição é a seguinte: Cabo Verde (36%), Angola (11%), Guiné (6%), S. Tomé e Príncipe (3%), Moçambique (1%) e do Brasil (30%)” (Silva, 2022, pág.13). As características da população alvo são: “índice de dependência total 54,95%, grande diversidade cultural, baixa escolaridade, graves carências sócio-económicas, o maior desemprego e maior comorbilidade do ACES” (Silva, 2022, pág.13), assim como, absentismo nas consultas de Enfermagem, com especial enfoque nas consultas de saúde infantil e juvenil. Estas fazem

parte das consultas de vigilância dos grupos vulneráveis, crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, que são agendadas pelo enfermeiro ou médico de família segundo as idades-chave do PNSIJ e/ou recomendações do PNV.

O diagnóstico situacional foi realizado com base na observação, caracterização da população alvo de cuidados e elaboração de análise SWOT (Apêndice I). Foi encontrada como oportunidade de intervenção, a necessidade de atuação na promoção da saúde para melhorar os níveis de literacia em saúde com impacto no bem-estar de criança e do jovem.

Assim, definiu-se como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com literacia em saúde com vista à promoção de comportamentos em saúde para a criança, jovem e sua família.

A literacia em saúde é “(...) o grau em que os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde, sabendo-se que esta contribui não só para a promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde” (Andrade *et al.*, 2020, pág. 5). A literacia em saúde promove o auto-conhecimento necessário para a auto-eficácia em comportamentos promotores de saúde.

As famílias mais vulneráveis a comportamentos de risco em saúde, são aquelas com baixos níveis em literacia, classificados como “problemáticos” ou “inadequados” associados a baixos rendimentos mensais (até 500 euros) e reduzidos níveis de escolaridade (DGS, 2022).

As intervenções de enfermagem passam por atuar nos fatores cognitivo-percetivos de forma a facilitar a aquisição de conhecimentos e promover sentimentos de confiança relacionados com determinado comportamento promotor de saúde, com a finalidade de auto-capacitar e responsabilizar a família para uma eficaz gestão da sua saúde, maximizando os seus níveis de bem-estar (Pender, Murdaugh Parsons, 2015), a saber: “*A literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências (...) aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida*” (DGS, 2022, pág. 8).

Enquadrado nesta temática, de realçar, o programa de “Promoção de Práticas de Literacia Familiar para o Desenvolvimento da Criança” (Resende, 2019), que releva a importância da literacia emergente. Abordando a necessidade dos enfermeiros serem promotores de práticas de leitura o mais precoce possível com a criança, no ambiente familiar e/ou em contexto de cuidados de saúde primários, tendo elevado impacto nos níveis de literacia infantil em saúde

e, posteriormente, em adultos mais saudáveis (Resende, 2019). Algumas das estratégias sugeridas por este programa para estimular a leitura infantil são: acessibilidade da criança a diferentes materiais de literacia no contexto familiar (diversidade de livros infantis adequados à faixa etária e ida regular a bibliotecas); promoção precoce da leitura partilhada de histórias e da exploração do material escrito com a criança; importância dos pais promoverem diferentes práticas de literacia familiar com interações afetivas de qualidade; reconhecerem e elogiarem as aquisições de literacia emergente da criança e de servirem eles próprios de modelos de literacia no contexto familiar (Resende, 2019).

As consultas de *follow-up* ou de seguimento, permitem monitorizar ganhos em saúde entre consultas, promover a literacia em saúde, incentivar e reforçar a aquisição de comportamentos saudáveis, que resultam “(...) *no aumento da capacidade funcional e na melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento (...)*” (Potter Perry, 2009, pág. 71), através da realização de ensino e treino de competências e habilidades, com vista a ser mantido o compromisso para a ação.

De forma a ir de encontro ao objetivo geral foram definidos como objetivos específicos: identificar as necessidades em literacia em saúde particulares de cada família, em contexto de consulta de Enfermagem segundo o PNSIJ e/ou PNV e promover a melhoria da literacia em saúde para as crianças, jovens e suas famílias, em contexto de consulta de Enfermagem segundo o PNSIJ e/ou PNV.

Para atingir o primeiro objetivo específico foram selecionadas cinco famílias às quais foram realizadas entrevistas terapêuticas, durante as consultas do PNSIJ e do PNV. Foi efetuada uma avaliação inicial relativa aos comportamentos de risco em saúde e/ou défice de conhecimentos que impediam a adesão a certo comportamento em saúde como, também, os fatores que influenciavam a adoção de comportamentos saudáveis.

As necessidades de atuação em literacia em saúde foram identificadas no decorrer da entrevista terapêutica e após avaliação física (monitorização através dos percentis) e psicológica, com recurso à Escala de Mary Sheridan Modificada (com abrangência dos 0 aos 5 anos), avaliou-se: postura, motricidade, linguagem, audição, comportamento e adaptação social.

Relativamente às características das crianças, tinham idades compreendidas entre um mês e cinco anos. Acerca do sistema familiar, todas elas se faziam acompanhar pela mãe, uma delas também pelo pai e outra pela avó.

De modo a ir-se de encontro ao primeiro objetivo específico, após a recolha de dados foram realizados ensinamentos com enfoque nas individualidades de cada família, prioridades, medos e dúvidas em saúde, assim como, foi providenciado material de leitura (validado, atual, disponível na USF). As temáticas, maioritariamente, abordadas nos ensinamentos para saúde foram: importância da assiduidade nas consultas do PNSIJ e PNV, para uma melhor monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança, cuidados antecipatórios referentes a cada uma das idades-chave, as vantagens de cumprir o esquema recomendado pelo PNV e desmistificação de medos e preconceitos acerca da vacinação; hábitos de uma correta higienização oral diária; prática de alimentação saudável e adequada ao seu estadiário da criança; sobre amamentação, o melhor posicionamento na mamada e preparação de leite adaptado; eliminação intestinal, a presença de cólicas e obstipação.

Posteriormente, foi agendada uma segunda consulta para *follow-up* para avaliação dos ganhos em saúde. Existiu uma média de sete dias entre a primeira e a segunda consulta.

Foi elaborado um quadro para uma melhor visualização e síntese dos dados recolhidos em ambas as consultas de Enfermagem, presente no Apêndice II.

Considera-se que através da promoção da literacia em saúde existiram ganhos em saúde em todas as famílias seguidas em consulta de *follow-up*. Inclusive, segundo Apêndice II: na 1ª família, verificou-se maior adesão ao PNV, segundo esquema recomendado; na 2ª família, a mãe apresentou maior autonomia na gestão de quadro de obstipação, posicionamento, estimulação anal e massagem abdominal; a 3ª família apresentou maiores níveis de adesão às consultas do PNSIJ como, também, a mãe foi incentivada a uma maior vigilância da saúde oral do filho, aceitando atribuição de cheque dentista para observação especializada; na 4ª família, os pais mostraram-se mais eficazes na resolução de cólicas; na 5ª família, mãe mostrou-se capacitada na alimentação do seu bebé com leite adaptado.

Na 3ª família a que foi realizada consulta de *follow-up* existiu necessidade de remarcação devido a absentismo (sem aviso prévio), porém compareceram no dia reagendado.

Em nenhuma das consultas de Enfermagem foram detetadas alterações significativas nos parâmetros de crescimento e desenvolvimento. A análise decorrente destas foi registada no sistema informático *Sclinik*® e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Reforça-se a necessidade de serem mantidas as consultas de Enfermagem de *follow-up* para se garantir a manutenção dos comportamentos adotados em saúde.

Enquadrado no segundo objetivo específico, foi realizada a análise de uma família segundo a perspetiva teórica do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender,

Murdaugh Parsons, 2015) e a sua matriz conceptual (Figura 1) com a finalidade de se explorar a influência dos fatores pessoais e interpessoais num determinado comportamento a alcançar em saúde.

Como critério de seleção para a análise, foi tido em conta a família a que se realizou um maior número de consultas de Enfermagem (a 2ª família apresentada no Apêndice II), durante o estágio, num total de quatro consultas.

A família nuclear era constituída pelo bebé J. de dois meses de idade, a sua mãe Sra. S. e avó Sra. D.

No primeiro contacto com a família, a Sra. S. dirigiu-se à USF, acompanhada pela sua mãe Sra. D., trazendo o J. a consulta de urgência. Estava visivelmente preocupada e ansiosa, dizendo ter dúvidas em gerir o quadro de obstipação do J. Referindo que o bebé não tinha evacuado durante o dia, tendo apenas evacuado no dia anterior, uma vez em reduzida quantidade, sendo o seu padrão normal de eliminação intestinal cerca de três vezes ao dia. Tinha, também, recusado a última mamada.

Na avaliação física, o J. apresentava um choro vigoroso à palpação abdominal e o abdómen distendido. Com presença de dor grau 6 segundo FLACC.

Realizada intervenção de Enfermagem em simultâneo com ensinamentos realizados à Sra. S., de posicionamento, massagem abdominal e estimulação anal. Após intervenções o J. evacuou em abundante quantidade fezes moles amareladas, assim como, saída de gases em grande quantidade. Posteriormente, o abdómen do J. ficou gradualmente mais depressível e sem dor ao toque, tranquilizando-se progressivamente. No final, a Sra. S. ficou mais calma, conseguindo amamentar com eficácia o J., que se alimentou com fáceis tranquilo e acabou por adormecer no colo da mãe. Sem dor segundo FLACC.

Identificou-se como comportamento anterior da Sra. S.: dificuldade na gestão de quadro de obstipação e como comportamento esperado: capacidade para gerir eficazmente quadro de obstipação do J.

Analisando as características individuais da Sra. S., mais especificamente os fatores pessoais: biológicos, a Sra. S. tem 18 anos de idade, sem doenças crónicas ou alergias conhecidas; psicológicos: o J. foi o seu primeiro filho, uma gravidez não planeada, fruto de uma relação recente que terminou, abordando este tema com fáceis triste “o pai dele não participa na nossa vida, nunca me ajudou com nada” (SIC). A Sra. S. refere alteração da auto-estima “não gosto do meu corpo agora, perdi imenso peso desde que tive o meu filho tudo mudou” (SIC). Apresenta uma postura afetuosa e cuidadosa com o J., porém com alguma insegurança; sócio-culturais: a Sra. S. tem o 12º ano de escolaridade, está

desempregada e vive com o J. na casa da sua mãe, vivendo apenas com os rendimentos da Sra. D. Vivem numa habitação social. Não tem rede de suporte, à exceção da sua mãe.

Acerca das influências interpessoais, a Sra. S. diz “se a minha mãe me criou sozinha com uma idade parecida à minha, também eu vou conseguir com o J.” (SIC). Referindo sentir-se mais confiante na aquisição dos ensinamentos e treinos relativos à gestão da obstipação do J. na presença da sua mãe, “ela ajuda-me muito com ele, eu sei que ele fica muito bem com ela, é a única pessoa em quem confio para cuidar dele” (SIC). Já em termos das influências situacionais, Sra. S. refere o internamento de uma semana, com início no dia após o nascimento do J., por quadro de pielonefrite, ficando o J. consigo. Quando aborda esta temática refere com fáceis triste “quando estávamos internados sempre que ele chorava eu também chorava, eu não estava bem, foi um momento muito difícil para mim” (SIC).

Relativamente ao comportamento específico: a Sra. S. percebe os benefícios para ação, referindo ser muito importante para si conseguir ajudar o seu filho a evacuar de forma a manter trânsito intestinal regular e não ter que recorrer ao SUP ou à USF; compreende as barreiras para a ação, dizendo deter conhecimentos insuficientes para gerir a situação de saúde “não sei como o fazer e tenho medo de o magoar” (SIC); refere como sentimentos relativos ao comportamento, ter pensamento positivo acerca da aquisição de competências, vontade e expectativa em conseguir; entende a sua auto-eficácia, dizendo “quero ser capaz, acho que vou conseguir fazer em casa” (SIC).

O resultado comportamental, após realização de quatro consultas de Enfermagem com a finalidade de ser promovida literacia em saúde no âmbito da eliminação intestinal do bebé J., a Sra. S. apresentou compromisso para a ação, demonstrando gradualmente maior conhecimento, à vontade e confiança ao cuidar do seu filho, inclusive no posicionamento, estimulação anal e massagem abdominal. Na quarta consulta refere já adotar as medidas de gestão da obstipação em casa, atuando eficazmente na saúde do J., tendo o bebé mantido o trânsito intestinal regular, evacuando duas a três vezes ao dia.

O estágio na USF permitiu-me observar o bom funcionamento de uma micro-equipa de família, a importância do papel EEESIP, principalmente, a utilização de pensamento crítico e juízo clínico na gestão de prioridades e planeamento de consultas de saúde infantil e juvenil.

Assim como, a aquisição de competências e habilidades, segundo a filosofia de cuidados pediátricos, essencial na excelência da prática do EEESIP e na construção da relação terapêutica com a criança, jovem e sua família (OE, 2011).

Aprimorei habilidades relativas à utilização de estratégias de comunicação adequadas ao estadió de desenvolvimento de cada criança e jovem, utilizando brinquedos, jogos ou outros recursos que fossem mediadores da relação terapêutica, tanto na realização de procedimentos invasivos como na avaliação física e psicológica.

Foram mobilizados conhecimentos adquiridos previamente, relativos ao expectável para cada estadió de desenvolvimento na criança, segundo as várias teorias do desenvolvimento.

Foi realizado o treino de competências ao nível da avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil segundo o Guia Orientador da Boa Prática de Enfermagem (OE, 2010), recomendações do PNSIJ (OE, 2013), utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, tendo em conta as idades-chave, foram realizados ensinós relativos às atividades promotoras de desenvolvimento e aos cuidados antecipatórios. Em relação à avaliação do crescimento, com a monitorização dos parâmetros: peso, comprimento/altura, perímetro cefálico e IMC, segundo valores de referência dos percentis (OE, 2013), com o respetivo registo no sistema *Sclinik*® e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Como, também, foi feita articulação com o respetivo médico de família sempre que identificado algum sinal de alerta, alteração ou desvio percentual.

Adquiri conhecimentos ao realizar ensinós de promoção da saúde às famílias durante as consultas de PNSIJ e PNV acerca de diversas temáticas essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e jovem. Inclusive: alimentação saudável/adequada em cada uma das fases de desenvolvimento, incluindo a importância do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, ensinós acerca da amamentação e preparação de leite adaptado; o PNV, as características das vacinas, os locais de administração, reações adversas, assim como, a administração de vacinação em consulta “oportunista” (casos de incumprimento de vacinação e que, por outro motivo, se deslocavam à USF); hábitos de uma correta higiene oral, para cada uma das faixas etárias, avaliação da dentição decídua e definitiva; cuidados de higiene, roupa adequada (como o número de peças de roupa); monitorização da temperatura, adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na febre e dor; eliminação intestinal, a presença de obstipação e/ou cólicas; ensinós referentes à prevenção da morte súbita do lactente, medidas de proteção e segurança inclusive, berço, “carrinho” de transporte e sistemas de retenção para crianças no carro.

Conclui-se que o objetivo geral foi concluído com sucesso. Segundo o perfil do EEESIP, destaca-se a aquisição da competência 1, mais em concreto da unidade de competência “*E.1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da*

parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018, pág. 19193).

2.2. Contexto 2: Hospital de Dia Pediátrico

O segundo contexto de estágio decorreu no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, no Hospital de Dia inserido no internamento de pediatria, durante o período de 4 de setembro a 7 de outubro de 2023.

O serviço tem como características um ambiente terapêutico pediátrico privilegiando o regime de ambulatório, sempre que possível, para garantir conforto à criança/ jovem e sua família, com base nos cuidados atraumáticos pediátricos (Franco, 2020).

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h30, assegurado por duas enfermeiras e uma assistente operacional.

É composto por cinco vagas, adaptáveis consoante a faixa etária da criança ou jovem, a berço ou cama, respetivamente. Cada uma destas unidades é constituída por mesa de cabeceira, cadeirão para o acompanhante, sistema de aspiração e oxigénio e equipamento para monitorização de sinais vitais. Existe ainda (em frente) uma sala de tratamentos.

No Hospital de Dia são encaminhadas crianças e jovens, dos 0 aos 18 anos, provenientes de todas as especialidades médico-cirúrgicas à exceção de gastroenterologia (especialidade médica não existente no hospital, sendo encaminhado para o hospital de referência em Lisboa). Algumas das intervenções de enfermagem realizadas são: administração de terapêutica de curta (até 1 hora), média (entre 1 e 3 horas) e longa (superior a 3 horas) duração, realização de procedimentos invasivos de curta, média e longa duração, monitorização de parâmetros vitais, avaliações analíticas, preparação para exames complementares de diagnóstico, como sedação e analgesia, avaliação do tempo de protombina, avaliação da glicemia capilar, entre outros. Maioritariamente são identificados como focos de enfermagem: papel parental, conforto, dor, desenvolvimento infantil, infeção, medo e conhecimento sobre exame.

Para a avaliação da dor, são utilizadas as escalas de dor segundo orientação da DGS. Relativamente às escalas de heteroavaliação, a Escala NIPS para os recém-nascidos, a Escala FLACC em crianças, à exceção das crianças com multideficiência em que é utilizada a Escala FLACC-R. Nas escalas de autoavaliação, a Escala de Faces de *Wong Baker* a partir dos três anos e Escala Numérica a partir dos 6 anos de idade (DGS, 2010).

O diagnóstico situacional foi realizado com base na observação, discussão informal com a enfermeira orientadora, durante a primeira semana de estágio, e elaboração de análise SWOT- Apêndice III.

Foi identificada como oportunidade de intervenção o planeamento de uma proposta interventiva para a transição de cuidados do serviço pediátrico para o serviço de adultos em crianças e jovens com doença crónica e suas famílias. Para tal, foi definido como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com o processo de transição do jovem para o serviço de adultos. É definida como uma intervenção de enfermagem no cuidado à criança e jovem com doença crónica, a assistência aquando da transição para o serviço de adultos (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em vista à temática a ser abordada, foi tido em conta o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh Parsons, 2015) como, também, a influência do referencial teórico de Afaf Meleis, a Teoria das Transições (Potter Perry, 2009) de forma a abranger os conhecimentos de promoção da saúde à luz do processo multidimensional da transição enfrentada pelo jovem com doença crónica aquando atinge a idade adulta.

Os jovens com doença crónica encontram-se em múltiplas transições, desenvolvimental, saúde-doença e situacional. A transição desenvolvimental é o processo pelo qual os jovens vivenciam a transição de crescimento e desenvolvimento, deixando de serem considerados crianças para passarem a ser adultos, a essa transição denomina-se de adolescência.

A adolescência é um período de transição, com múltiplas e complexas transformações bio-psico-sociais (Abreu Azevedo, 2012). É definida em três fases: a inicial compreendida entre os 10 e os 13 anos, intermédia, dos 14 aos 16 anos e a tardia a partir dos 16 anos (OE, 2010). Os jovens “(...) *tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde. Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à hospitalização do adolescente*” (Abreu Azevedo, 2012, pág. 22). Este processo de transição exige, então, “(...) *a aquisição de novos conhecimentos e consequente modificação de comportamentos para atingir a auto-eficácia (...)*” (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020, pág. 195), sendo como resultados pretendidos a mestria, a habilidade e a autonomia em gerir a sua saúde.

Os focos de Enfermagem relativos à transição de cuidados do serviço pediátrico para o de adultos foram respetivamente: adesão ao regime terapêutico, medo, ansiedade, processo familiar e continuidade de cuidados, registado no sistema informático *Sclinic*®.

A doença crónica tem como características ser de longa duração, apresentar incapacidade ou défices a médio ou a longo prazo que se refletem em necessidades de saúde e supervisão dos cuidados (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020).

Com os avanços na área da saúde tem existido um aumento das taxas de sobrevivência de crianças e jovens com doenças crónicas e necessidades especiais, o que faz com que surja cada vez com maior frequência a necessidade de criação de programas de transição de serviços pediátricos para serviços de adultos (Hardin Hackell, 2017).

Algumas das patologias crónicas encontradas no jovem são do foro cardíaco, diabetes *mellitus* tipo 1, esclerótica múltipla, fibrose quística, doença inflamatória do intestino, insuficiência renal crónica, paralisia cerebral, lupus eritematoso, artrite idiopática juvenil, entre outras. Por si só o diagnóstico de uma doença crónica na criança ou jovem e sua família provoca sentimentos de raiva, de não aceitação, injustiça, tristeza, desesperança, aos quais o enfermeiro deve estar atento para atuar o mais precocemente possível, assim como, colaborar no reajuste das suas necessidades e na rotina diária familiar (Salgado, 2022).

A transição caracteriza-se por ser muito mais que uma transferência de cuidados entre o serviço pediátrico e o serviço de adultos, “(...) é definida como o processo ativo multifacetado que responde às necessidades médicas, psicossociais, educacionais/vocacionais dos adolescentes enquanto se movem para um estilo de vida de adulto” (Martins, 2012, pág. 1). Neste processo deve assegurar-se a continuidade de cuidados, existindo articulação entre os serviços de pediatria e o serviço de adultos com base na preparação prévia, cuidada e individualizada, envolvendo a família e colocando o jovem no centro dos cuidados (Salgado, 2022).

Durante este processo, deve ser promovido ao jovem auto-conhecimento, auto-estima, sentido de responsabilidade e aceitação da autonomia, elementos essenciais para construir a sua auto-eficácia, para que assim consiga gerir eficazmente o seu regime terapêutico e manter o compromisso para a ação, com a manutenção de comportamentos em saúde (White Cooley, 2018).

Enaltece-se, deste modo, a importância desta transição não estar apenas dependente do momento de atingir a idade adulta até porque “(...) em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2018, pág. 19192). Realçando-se o conceito de adulto emergente, que é o período que abrange desde o final da adolescência até ao jovem adulto, dos 18 aos 30 anos. Este conceito permite uma melhor compreensão da possível dificuldade vivenciada pelo

jovem ao assumir um novo papel na sua saúde. Atualmente, de forma geral, é apenas na segunda fase deste período, dos 25 aos 30 anos que são desempenhados os papéis associados à vida adulta, como trabalhar, viver sozinho e ter filhos (Duarte, 2015).

Considera-se que “(...) a transição eficaz melhora a qualidade de vida e indicadores de saúde, bem como a autonomia e sentido de responsabilidade dos jovens, facilitando o desenvolvimento de autoconfiança (...)” (Duarte, 2015, pág. 18). Identificam-se seis elementos nucleares da transição de cuidados: 1. Políticas de transição; 2. Registo e monitorização de jovens em transição; 3. Preparação da transição; 4. Planeamento da transição; 5. Transição e transferência; 6. Transição concluída (com avaliação de resultados) (The National Alliance to Advance Adolescent Health, 2024).

O sucesso desta transição tem elevado impacto no decurso da saúde do jovem, pois o seu fracasso envolve baixa adesão ao regime terapêutico, absentismo nas consultas e exames, aumento das complicações da doença, hospitalização e em último caso, a morte (Meyers Irwin, 2023). Assim, uma transição saudável e segura aumenta a probabilidade de adoção de comportamentos promotores de saúde (Duarte, 2015).

Segundo a literatura, algumas das recomendações gerais a adotar na transição são: começar na fase inicial da adolescência, a partir dos 12 anos, se não for possível pelo menos a partir dos 14 anos; ter uma duração mínima de 12 meses; cada consulta ter uma duração média de 30 minutos; definir gestores do processo de transição (médico e enfermeiro) com quem o jovem e sua família tenham uma relação terapêutica. Estes profissionais de saúde deverão articular-se com a equipa responsável no serviço de adultos, das respetivas especialidades, assim como, a equipa de saúde familiar (The National Alliance to Advance Adolescent Health, 2024).

Os pais devem ser envolvidos neste processo de transição desde o início, em conjunto com o jovem, de forma que a tríade consiga de forma gradual ajustar-se ao novo desempenho de papéis, porém é essencial com o avançar do processo de transição que o jovem passe mais tempo a sós com os profissionais de saúde, de forma a promover a sua autonomia e privacidade (Duarte, 2015).

No contacto com o jovem, pretende-se a construção de uma relação terapêutica com os seguintes pré-requisitos: demonstrar compreensão e disponibilidade, assegurar privacidade e confidencialidade, adotar uma linguagem adequada à sua faixa etária e fase de desenvolvimento (OE, 2010), utilizar a escuta ativa, não induzir respostas, evitar juízos de valor, silêncios prolongados e interrupções, ter em atenção à linguagem não verbal, reforçar

competências, comportamentos positivos e promover a auto-estima (Simpson-Collins *et al.*, 2024).

Apontam-se como fatores essenciais não só a estabilização da doença, como também os fatores biopsicossociais entre eles, a autonomia do jovem, hábitos de risco, relacionamentos e socialização, alterações da puberdade e auto-estima (Duarte, 2015).

As barreiras ou os fatores dificultadores à transição, podem estar relacionados com o jovem, a sua família, os profissionais de saúde de pediatria ou do serviço de adultos. A transição associada aos cuidados de saúde, a partir de uma “(...) *abordagem pediátrica centrada na família para um modelo de cuidados centrado no adulto representa um período de vulnerabilidade médica significativa para os adolescentes e jovens adultos*” (Meyers Irwin, 2023, pág. 1). Para o jovem são consideradas como barreiras, a diminuição do contato com a equipa de pediatria, com quem estabeleceu uma relação terapêutica de confiança, assim como, o medo em assumir o papel principal na sua saúde. Os profissionais de saúde em exercício nos serviços de adultos, enfrentam o desafio de construir uma relação terapêutica com o jovem, habitualmente, com menos recursos comparativamente a um serviço pediátrico (Martins, 2012).

Para uma melhor monitorização e eficácia do registo da evolução durante o processo de transição sugere-se a utilização de uma *check-list* para cada consulta (The National Alliance to Advance Adolescent Health, 2024).

Para ir de encontro ao objetivo geral foram definidos como objetivos específicos: desenvolver conhecimentos relacionados com o processo de transição do jovem para o serviço de adultos e promover a melhoria da continuidade de cuidados no processo de transição do jovem para o serviço de adultos. De forma a atingir o primeiro objetivo específico, foi realizado um portefólio composto por bibliografia de referência internacional e nacional.

Foram selecionados instrumentos e recursos que permitissem uma melhor monitorização de ganhos em saúde ao longo do processo de transição. Inclusive a estrutura de entrevista segundo as fases preconizadas pela OE (2010), guionada com acrónimo HEADSSS e a aplicação do Questionário QAPT (Wood *et al.*, 2014) em contexto terapêutico.

A entrevista ao jovem deve dividir-se em três partes: a fase de acolhimento, a fase exploratória e a fase resolutive. No acolhimento, devem ser realizadas as respetivas apresentações e conhecer as expectativas dos intervenientes (Bardin, 2016). Na fase exploratória, são recolhidos os dados acerca da história de saúde do jovem, antecedentes

personais e familiares. É recomendado que os dados de saúde do jovem sejam recolhidos segundo a estrutura HEADSSS, representando, respetivamente, casa, educação, atividades, drogas, atividade sexual e identidade de género, suicídio e depressão e segurança (OE, 2010). A realização destas questões permite conhecer a individualidade do jovem e avaliar se este, se encontra numa fase ideal para iniciar o processo de transição. Por último, a fase resolutive é o momento indicado para análise dos dados recolhidos, propor metas realistas, escutar medos/ preocupações, dúvidas, providenciar recursos disponíveis, assim como, os contactos dos novos profissionais de saúde que vão acompanhar o jovem (OE, 2010).

Com o objetivo de avaliar os conhecimentos do jovem acerca da gestão do seu regime terapêutico, inclusive, a dose e a frequência da medicação, como adquiri-la, a utilização de receitas médicas, agendar e desmarcar consultas e exames, o enfermeiro poderá recorrer ao questionário TRAQ- *Transition Readiness Assessment Questionnaire* (Wood *et al.*, 2020), na versão em português do Brasil QAPT- Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição (Wood *et al.*, 2014) em Anexo I. Este questionário permite analisar o grau de preparação do jovem para realizar a transição, através de 20 questões que estão agrupadas em 4 temas, sendo eles: “tomando os remédios”, “indo às consultas”, “rastreamento de problemas de saúde” e “nas atividades diárias”. Em cada uma das questões, o jovem deve assinalar no campo que corresponda à sua resposta, podendo esta ser “não, não sei como fazer isso”, “não, mas quero aprender”, “não, mas estou aprendendo”, “sim, eu comecei a fazer isso” e “sim, eu faço sempre isso quando preciso”. A cada uma das respostas é atribuída uma pontuação de 1 a 5, respetivamente. As pontuações iguais ou superiores a 4 pontos em cada um dos domínios mostram que as habilidades estão a ficar consolidadas e que, portanto, existe uma maior probabilidade de sucesso na conclusão do processo de transição (East Tennessee State University, 2024).

Este questionário tem como vantagens: existir na língua portuguesa, ser curto, rápido e fácil de aplicar e abrangente, não sendo específico para nenhum diagnóstico (East Tennessee State University, 2024). Relativamente à aplicabilidade do QAPT em Portugal, este questionário foi sujeito a um estudo que afirma que os “(...) resultados sugerem que a versão portuguesa do TRAC tem propriedades psicométricas adequadas a nível de fidedignidade e validade, permitindo a sua aplicação em contextos clínicos e investigação” (Meira, Nazaré Silva, 2018, pág.109), pelo que se considerou pertinente a sua utilização em âmbito terapêutico.

Considerando que as entrevistas “(...) fornecem um material verbal rico e complexo” (Bardin, 2016, pág. 93), para alcançar o segundo objetivo específico foi elaborado um guião

de entrevista (Apêndice IV) para ser aplicado a jovens que se encontram no processo de transição, com a estrutura HEADSSS, tendo em conta as indicações do Guia Orientador de Boa Prática- a Entrevista ao Adolescente (OE, 2010) e as questões avaliadas no Questionário TRAQ (Wood *et al.*, 2020).

Neste sentido, a 11 de setembro foi realizada uma entrevista estruturada, segundo o guião de entrevista (Apêndice IV), a uma jovem que frequenta regularmente o Hospital de Dia para realização de procedimento invasivo, administração de fármaco “Natalizumab” 300 mg endovenoso, em contexto de diagnóstico de esclerose múltipla diagnosticada há cerca de dois anos. Encontrava-se na 20ª toma de medicação, que tem como finalidade retardar a progressão neurodegenerativa da doença, com resultados significativos (segundo relato da EEESIP orientadora), tendo a doença estabilizado desde o início da primeira toma.

A entrevista foi realizada durante o decorrer do procedimento, a pedido da jovem “prefiro estar distraída e não pensar muito enquanto estou a fazer a medicação” (SIC).

De forma a ser mantida a confidencialidade, foi solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido, e explicado à jovem e sua irmã (que a acompanhava) o objetivo da realização da entrevista, com o fim de ser elaborado um programa para o processo de transição, o que aparentemente interessou e entusiasmou ambas, referindo a importância do mesmo “(...) para a minha vida e de outros jovens que possam estar a passar pelo mesmo” (SIC). A jovem consentiu verbalmente a realização da entrevista, ficando a sós com enfermeira para a realização da mesma. Deste modo, garantiu-se a privacidade, num contexto propício à verbalização e acolhimento da história pessoal (Bardin, 2016), num lugar calmo, sem estímulos externos ou interrupções (Monteiro, 2014).

Jovem com fáceis tranquilo e postura disponível no início e ao longo da entrevista, realizada em contexto terapêutico.

Refere gostar de ser tratada pelo seu primeiro nome. Identifica-se com o género feminino. Tem 18 anos de idade. Vive com os pais e irmã de 21 anos. Têm um gato e um cão. Frequenta o 12º ano de ciências e humanidades, com bom aproveitamento escolar, a sua disciplina favorita é o inglês.

Nunca trabalhou, mas no futuro imagina-se a trabalhar como guia turística, referindo “quero muito ir para a faculdade e tirar a carta” (SIC).

Relativamente à alimentação, refere comer pelo menos três vezes ao dia e beber mais de 1,5 litro de água. Nega alergia alimentar.

Como *hobbies*, gosta de ler, ouvir música, sair com os amigos e passar tempo com a família. Quando questionada acerca de ter um(a) melhor(a), diz ser a sua irmã, “ela é que me inspira e dá força” (SIC).

Acerca das amizades, refere ter um grupo de amigos com quem faz algumas atividades, mas que raramente sai à noite, porque não gosta de contextos relacionados com álcool ou drogas (SIC). Apesar de beber álcool de forma esporádica diz não gostar muito. Tem alguns amigos que fumam, mas refere não ter curiosidade em experimentar devido aos riscos que acarreta e por ninguém na sua família o fazer.

Já teve namorado, mas atualmente não tem. Nega já ter iniciado a vida sexual, não utilizando nenhum método contraceutivo.

Quando questionada acerca da sua saúde mental, refere ter vivenciado sentimentos de tristeza, desesperança e ideação suicida (sem plano estruturado), após o diagnóstico de esclerose múltipla “(...) foi uma altura extremamente difícil para mim, mas o apoio da minha família fez-me superar a tristeza e ganhar forças para lutar” (SIC). Refere ter acompanhamento psicológico desde o diagnóstico da doença crónica.

Relativamente ao seu processo de transição para o serviço de adultos refere, “tenho medo de mudar para o serviço de adultos, o ano passado tentei, fui a uma consulta e não gostei, não é nada como aqui, o cuidado e a atenção são muito diferentes, então pedi para voltar a ser aqui seguida” (SIC). Afirma considerar a programação e a preparação prévia para o processo de transição para o serviço de adultos essencial, não só para si como para outros jovens que conhece com doença crónica e que enfrentam os mesmos desafios. “Para mim seria importante que neste processo (apesar de já ter 18 anos) que me fosse tudo explicado ao pormenor, com calma, de forma simples e por enfermeiros que já conheço desde pequena e em quem confio” (SIC).

A jovem diz deter conhecimentos acerca da sua doença crónica, assim como, da história de saúde. Tem sempre acompanhamento dos pais e/ou da irmã, na realização de exames e consultas. Apesar de nunca ter agendado uma consulta ou exame ou adquirir a sua medicação sozinha, refere saber fazê-lo e desejar em breve ser mais autónoma devido a ter atingido a maioridade.

Diz que tem iniciativa para questionar a equipa de saúde que a acompanha sempre que tem dúvidas do regime terapêutico.

Demonstra conhecimentos relativos à medicação que toma, função, horários e, alguns, dos efeitos secundários. Nega alergias medicamentosas.

Não foi possível fazer a segunda entrevista para monitorização de ganhos em saúde, devido ao agendamento da próxima consulta em Hospital de Dia ser posterior à data de término do estágio.

Para o segundo objetivo específico foi definida uma outra atividade, a elaboração de uma *check-list* (Apêndice V), segundo recomendações da bibliografia selecionada previamente em portefólio. Surgindo, a possibilidade da *check-list* constituir a Norma de Procedimento Hospitalar a ser elaborada futuramente.

A *check-list* (Apêndice V) tem como objetivo promover uma maior eficácia na monitorização de ganhos em saúde para o jovem, avaliação da preparação para assumir a gestão da sua saúde e garantir um registo mais fiel e completo de todo o processo, importante na transmissão da informação ao enfermeiro responsável pelo jovem no serviço de adultos.

Assim, propõe-se a realização de seis consultas de enfermagem com cerca de um mês entre elas (de forma a ser possível monitorizar ganhos em saúde).

A primeira consulta tem duas partes. Na primeira parte, os intervenientes são o enfermeiro, o jovem e os seus pais, pretendendo-se promover o diálogo, através da construção de aliança terapêutica, partilha de responsabilidades, expectativas e treino de habilidades. Devendo falar-se sobre o que é o processo de transição, propor número de consultas mínimo (sugestão 6 consultas) e a periodicidade das mesmas (pelo menos com um mês de intervalo) e como irá se proceder ao longo das próximas consultas.

Avaliar como realizam o planeamento de consultas e exames de diagnóstico, a adesão ao regime medicamentoso, questionar acerca dos conhecimentos de cada fármaco, efeitos secundários possíveis e identificar quem desempenha o papel de adquirir, preparar e gerir os horários de administração do fármaco.

Confirmar se têm os contactos dos profissionais de saúde envolvidos no processo de transição, principalmente, os gestores do processo, médico e enfermeiro.

Na segunda parte da consulta, de forma a promover um ambiente de maior privacidade e segurança para o jovem solicita-se a saída dos pais (Monteiro, 2014). Para se conhecer as características individuais, particularidades, dúvidas, medos, preocupações, assim como, comportamentos de risco, é realizada uma entrevista estruturada segundo o acrónimo HEADSSS (OE, 2010) e aplicado o Questionário QAPT (Wood *et al.*, 2014), de forma a avaliar-se o auto-cuidado do jovem na gestão do seu regime terapêutico. Posteriormente, devem ser discutidos os resultados obtidos.

Será composta por duas partes e irá iniciar-se com a presença do jovem e dos pais.

Deverão ser revistos os tópicos abordados anteriormente, como também, questionados acerca de dúvidas, medos e preocupações da família acerca deste processo. Deve inferir-se os conhecimentos e competências adquiridos sobre a doença crónica do jovem.

Posteriormente, apenas com o jovem deve promover-se fortalecimento de relação terapêutica, através do reforço positivo dos seus conhecimentos e competências relativos à sua doença crónica, para promoção e manutenção de comportamentos saudáveis e auto-estima, tal como nos orienta Nola Pender (Pender, Murdaugh Parsons, 2015). O diálogo com o jovem deve ser orientado segundo o acrónimo HEADSSS (OE, 2010) de forma a promover uma maior monitorização de *majoração* de ganhos. No final deve-se comparar os resultados obtidos com os da última consulta.

Na terceira consulta, durante a primeira parte, além de se questionar a família acerca de dúvidas, medos, preocupações, esta deve ser informada das diferenças entre as políticas de saúde dos serviços pediátricos e dos de adultos. Explicar a possibilidade da presença dos pais (no serviço de adultos) e que esta possa deixar de existir gradualmente e consoante o desejo do jovem em assumir o papel de responsabilidade e autonomia.

Devem ser providenciados os contactos dos profissionais de saúde responsáveis pelo jovem no serviço de adultos.

Na segunda parte, com o jovem para uma melhor análise da evolução da sua autonomia e capacitação na gestão da sua saúde, deverá ser aplicado o Questionário QAPT, e realizado balanço, posteriormente, para avaliar ganhos face à primeira consulta realizada.

Na quarta consulta, junto da família, disponibilizado suporte emocional. Validar competências e conhecimentos acerca da doença crónica do jovem. Obter consentimento efetivo para a transferência do processo clínico para o serviço de adultos que irá fazer o, respetivo, acompanhamento da doença crónica do jovem.

Deverá se proceder à entrega de folhetos informativos do serviço de adultos.

Na última parte da consulta, deve ser aplicado, uma última vez, o Questionário QAPT (Wood *et al.*, 2014) e dirigir a entrevista segundo estrutura HEADSSS (OE, 2010). No final, refletir com o jovem acerca dos ganhos no seu autocuidado para gestão efetiva do seu regime terapêutico, assim como, dos níveis de confiança, auto-estima e segurança, essenciais na construção da sua auto-eficácia em saúde.

A quinta consulta terá como objetivo elaborar um resumo da história clínica junto da família, antecedentes pessoais e familiares. Deve ser promovido o agendamento da consulta conjunta com ambos os gestores de caso, jovem e os pais, se este assim o desejar. Já a sós

com o jovem, deve se refletir acerca dos medos e dúvidas ao assumir o papel principal na gestão da sua saúde e questionar sobre planos e projetos futuros.

Na sexta e última consulta (caso se considere concluindo o processo de transição) deverá ocorrer no serviço de adultos onde o jovem irá ser acompanhado. Nesta consulta, é esperado que haja uma discussão do plano de cuidados com todos os intervenientes, gestores de caso, profissionais de saúde do serviço de adultos, o jovem e os pais, se este assim desejar.

Sugere-se que a transmissão de informação do plano de cuidados de enfermagem seja realizada segundo a Técnica ISBAR (DGS, 2017), fazendo referência, respetivamente, aos dados de identificação do jovem, situação atual de saúde, antecedentes de saúde relevantes, avaliação atual do seu estado de saúde e doença crónica e recomendações individualizadas, resultado da relação terapêutica de confiança ao longo dos diversos contactos. Deverão ainda ser facultados os registos realizados durante as consultas anteriores utilizando a mnemónica de entrevista e resultados obtidos com a aplicação do Questionário QAPT.

Posteriormente, deve ser realizada uma consulta telefónica entre os gestores de caso para aferir como está a decorrer o processo de transição.

Acerca das competências desenvolvidas ao longo do estágio em contexto de Hospital de Dia, foi-me possível aprimorar as habilidades relativas à comunicação, adaptando-a à faixa etária e estadio de desenvolvimento, assim como, a monitorização do 5º sinal vital e utilização de estratégias de gestão da dor, farmacológicas e não farmacológicas. Em especial, evidenciou-se a operacionalização da intervenção de enfermagem, a brincadeira terapêutica, a música, o envolvimento dos pais e as medidas de redução da dor aquando da realização de um procedimento invasivo, como a colocação de gelo, inalação de Protóxido de Azoto, utilização da vibração com o dispositivo *Buzzy*® e a aplicação prévia de *Emla*®, dando relevo à máxima na prática de cuidados pediátricos, os cuidados atraumáticos.

Pude estar presente num procedimento inovador, para a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens com paralisia cerebral (inserido na especialidade médica de medicina física e reabilitação) com a aplicação de toxina botulínica nas regiões musculares afetadas, com o objetivo de reduzir a espasticidade e, conseqüentemente, aumentar a mobilidade, com resultados significativos na autonomia.

Foi muito enriquecedor para a minha aprendizagem contactar com crianças com especial complexidade, com diferentes doenças crónicas, de várias nacionalidades e ao longo do ciclo de vida.

Ao intervir com crianças e jovens com doenças crónicas e suas famílias, permiti-me observar os desafios que enfrentam diariamente, na gestão do regime terapêutico, na

escola, na alteração da imagem corporal, o medo pelos procedimentos invasivos e profissionais de saúde e exaustão dos pais devido à dependência que, muitas vezes, a doença crónica acarreta.

A criação de relação terapêutica torna-se, assim, essencial para os cuidados centrados na criança e jovem e a parceria de cuidados. Os pais são detentores (na sua grande maioria) de um elevado grau de conhecimentos acerca da doença do seu filho, regime terapêutico, sinais e sintomas de agravamento da doença, como informações privilegiadas de relevo para uma mais eficaz personalização dos cuidados de Enfermagem prestados.

A relação terapêutica permite aos pais confiar a saúde do seu filho ao enfermeiro, acreditando que este vai garantir, acima de tudo, o seu bem-estar, o que se torna essencial no processo de transição, pois a validação por parte equipa de Enfermagem que o jovem está pronto para terminar o processo de transição é essencial para os pais deixarem, gradualmente, de serem os principais gestores da saúde dos seus filhos.

Segundo a análise de competências do EEESIP, tendo em conta a temática abordada, considera-se que foi cumprido o objetivo geral proposto. É de relevar a aquisição da terceira competência do EEESIP, mais especificamente a unidade de competência “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, pág. 19194).

Em suma, as experiências vividas neste contexto tornaram o meu raciocínio clínico mais complexo para uma tomada de decisão mais consciente e fundamentada na evidência científica recente. Salienta-se o dever do EEESIP em tornar toda e qualquer intervenção de Enfermagem mais terapêutica, atraumática e confortável possível para a criança e jovem.

2.3. Contexto 3: Serviço de Neonatologia

O serviço de Neonatologia foi o terceiro contexto de estágio realizado, estando inserido na Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, ocorreu entre o período de 9 de outubro a 11 de novembro de 2023.

O serviço tem horário de funcionamento de 24h. É dividido em três valências a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Sala 1), a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (Sala 2) e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é composta por cinco vagas para recém-nascidos, pré-termo e termo, sob ventilação invasiva, com dois enfermeiros a prestar cuidados 24h por dia. A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais é composta por 10 vagas para recém-nascidos, pré-termo e termo, em incubadora ou berço, assegurado por dois/três enfermeiros durante as 24h. A

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é composta por quatro vagas para crianças acima dos 28 dias de vida e até aos 18 anos de idade, sob ventilação invasiva, estando dois enfermeiros durante as 24h.

Os motivos de internamento estão, maioritariamente, relacionados com os focos de enfermagem: limpeza das vias aéreas, ingestão nutricional, absorção, ventilação, aspiração, eritema, pele, membrana mucosa, amamentar, sucção, edema, perfusão dos tecidos, hipotermia, vinculação e papel parental.

O serviço dispõe ainda da valência de visitas domiciliárias realizadas pela equipa de enfermagem, assegurada pela EEESIP (enfermeira orientadora do estágio) durante os dias úteis das 9h às 16h, segundo planeamento semanal prévio. As referenciações são realizadas pelos enfermeiros de referência do serviço de Neonatologia e do Puerpério (do mesmo hospital), segundo os seguintes critérios: famílias imigrantes, recém-nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer (peso < 2,500 Kg), com necessidade de cuidados intensivos após o nascimento, em fase de consolidação da autonomia alimentar e/ou cujos pais necessitem de aprimorar as suas competências parentais.

A Neonatologia tem como filosofia de cuidados os cuidados centrados na família, neuroprotetores e atraumáticos ao recém-nascido prematuro, inclusive o contacto pele a pele com os pais, com utilização do “método de canguru”, leitura em voz alta para o bebé, redução de ruídos externos e utilização de “ruídos brancos”, realização de *swaddling*, promoção da sucção e do aleitamento materno e redução da manipulação do recém-nascido para promoção da maximização do seu período de descanso (World Health Organization, 2022).

No serviço é utilizado o método de trabalho individual e de enfermeiro de referência. Acerca do papel do enfermeiro de referência “(...) além da identificação das necessidades das crianças e dos pais desde o momento da admissão, com o envolvimento destes últimos no processo de cuidados, (...) a procura de informações sobre os recursos disponíveis existentes na comunidade para a continuidade dos cuidados” (OE, 2015, pág. 18), torna-se, assim, o principal responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento do processo de cuidados de enfermagem, referenciação para cuidados domiciliários, tendo uma função crucial durante todo o internamento até à preparação da alta (OE, 2015).

O diagnóstico situacional foi realizado com base na observação e elaboração de análise SWOT (Apêndice VII). Tendo sido identificada como oportunidade de intervenção, o planeamento de uma proposta interventiva para melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem ao recém-nascido e aos seus pais imigrantes.

Para tal, foi definido como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com os cuidados individualizados ao recém-nascido e aos pais imigrantes.

Para a concretização deste objetivo não foi apenas tido em conta o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015) como, também, a influência do referencial teórico de Madeleine Leininger com a Teoria Transcultural (Potter e Perry, 2009). Segundo Madeleine Leininger, a cultura é “(...) a maneira como grupos de pessoas dão sentido às suas experiências relevantes para as transições de vida, como o nascimento, doença e morte” (Potter e Perry, 2009, pág. 107), dando relevo ao conceito de cuidar transcultural. Este cuidado individualizado considera que os cuidados de enfermagem prestados deverão ser culturalmente congruentes, ou seja, segundo os valores, significados, crenças e práticas culturais da cada família que o enfermeiro cuida (Potter e Perry, 2009). Quando esta família é imigrante é necessária uma especial atenção às suas características culturais.

Para o enfermeiro cuidar, promover o auto-cuidado e a auto-eficácia em saúde em famílias imigrantes é necessário adquirir competência cultural (Potter e Perry, 2009). Aprender a cuidar de forma individualizada antes de cuidar, exige passar por um processo de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas culturalmente congruentes na prestação de cuidados. Porém, é difícil que o enfermeiro detenha conhecimentos aprofundados acerca de cada cultura, devendo adquirir conhecimentos gerais e habilidades para prestar cuidados culturalmente sensíveis (Potter e Perry, 2009).

No acolhimento aos pais imigrantes aquando da admissão do seu filho, assim como, ao longo de todo o internamento deve ser realizada a avaliação cultural, segundo a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger (Potter e Perry, 2009), de forma a analisar a influência de cada um dos fatores (tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, valores, crenças, estilos de vida, politico-legais, económicos e educacionais) nas necessidades e os cuidados de saúde em Enfermagem. Na avaliação cultural devem ser recolhidos dados acerca da estrutura familiar (composição familiar, hierarquia, papéis desempenhados pelos membros da família, inclusive se existe um responsável por tomar decisões em saúde), organização social (tipo de família nuclear, gerações e existência de consanguinidade), efeitos biculturais em saúde (doenças mais comuns no país de origem, infecciosas, genéticas, entre outros), herança étnica e etno-histórica (condições económicas, acessos e direitos em saúde no país de origem), crenças religiosas e espirituais (visão cultural da saúde, do papel do bebé, da amamentação, da dor, da doença e da morte), padrões comunicacionais, assim

como, informações acerca de dias festivos e alimentação (tipo de alimentação praticada e alimentos que evitam) (Potter Perry, 2009).

O desempenho da parentalidade faz crescer vulnerabilidade às famílias imigrantes que apresentam, comparativamente com Portugal, maiores taxas de gravidez na adolescência e de menor vigilância de saúde materno-infantil (Kathono *et al.*, 2024). Em África, mais concretamente, no Quênia “(...) *approximately one in five girls aged 15–19 years old are pregnant or already a mother (...) experience significant mental health vulnerabilities during the pregnancy and postpartum periods (...)*” (Kathono *et al.*, 2024, pág. 1). Esta vulnerabilidade intensifica-se quando o recém-nascido é prematuro e fica internado no serviço de Neonatologia.

Compreende-se recém-nascido, a criança com idade entre os 0 e os 28 dias de vida, e prematuro o bebé que nasce antes de completar 37 semanas completas de gestação (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020).

A parentalidade exige um processo de transição complexo de desenvolvimento de competências parentais ao longo do internamento no serviço de Neonatologia (World Health Organization, 2022). O enfermeiro de referência (principalmente), deve promover um gradual *empoderamento* para a adaptação a este novo papel, uma “(...) *adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagens de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (...)*” (OE, 2015, pág. 11), de forma confiante e baseada em evidência científica, que permita cuidarem do seu bebé com segurança no domicílio (World Health Organization, 2022). Inclusive, sejam capazes de tomar decisões acerca da gestão do regime terapêutico e medicamentoso, alimentação, higiene, posicionamento e eliminação (OE, 2015).

Mediante o exposto, é necessário intervir-se com cada família, durante o internamento, na negociação do planeamento de cuidados de forma sistemática e contínua para se sentirem parte integrante da equipa que presta cuidados ao seu filho, promovendo a tomada de decisão conjunta e partilhada.

São encontrados como fatores que aumentam a vulnerabilidade no desempenho da parentalidade nas famílias imigrantes: a nível dos recursos internos, a alteração da auto-estima, dúvidas, desconforto e stress relacionado com a situação vivenciada durante e após a gravidez e o assumir de um novo papel (OE, 2015); em relação aos recursos externos, a falta de apoio social, os fatores decisivos à imigração e processo de imigração em si (UNRIC, 2024).

É considerado migrante “(...) qualquer pessoa que se mude ou se desloque através de uma fronteira internacional ou dentro de um Estado longe do seu local habitual de residência, independentemente do estatuto legal da pessoa; do movimento ser voluntário ou involuntário; das causas do movimento; ou da duração da estadia” (UNRIC, 2024, pág.1). O imigrante é, portanto, alguém que saiu do seu país de origem para se deslocar para Portugal.

A barreira linguística, assim como, o desconhecimento dos direitos em saúde dos imigrantes, por parte dos mesmos e dos profissionais de saúde, tem impacto negativo na saúde das famílias imigrantes. Inclusive, o acesso reduzido aos serviços de saúde, a incorreta transmissão de diagnóstico, tratamento e adesão à terapêutica, um menor número de consultas obstétricas (que observado em mulheres do país de acolhimento), uma maior ocorrência de cesarianas não planeadas, uma maior incidência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, de maiores taxas de nados-mortos e de morte neonatal precoce, um risco aumentado de morte materna e uma maior incidência de depressão pós-parto e de malformações congénitas (Almeida *et al.*, 2013).

Além disto, a saúde mental e física do imigrante poderá estar afetada com o processo migratório que, muitas vezes, foi uma experiência traumática, assim como, com as condições oferecidas pelos países que os acolhem (UNRIC, 2024). Nomeadamente, habitações precárias, situações sócio-económica deficitárias, empregos mal remunerados, perigosos e exigentes física e mentalmente, falta de informação e acessos complexos e burocráticos aos serviços de saúde e serem alvo de estigmatização, preconceito e discriminação (ERS, 2015).

Acerca dos direitos em saúde, uma pessoa imigrante tem direito a cuidados de saúde a nível hospitalar e de saúde primários “(...) independentemente da nacionalidade, falta de meios económicos, falta de legalização ou outra” (ACM, 2022, pág. 156). Segundo a Lei de Bases da Saúde (2019), os migrantes são beneficiários dos SNS à semelhança dos cidadãos portugueses, tendo ou não a sua situação regularizada (Diário da República, 2019).

Na Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias foi feita referência, entre muitos outros, o direito à saúde como um direito fundamental, assim como, a celebração (desde 1990) do Dia Internacional dos Migrantes a 18 de dezembro (Ministério Público, 2017).

Na utilização dos serviços de saúde os imigrantes têm o direito a usufruir dos serviços de tradução linguística gratuitamente (ERS, 2015). Não é recomendada a utilização de familiares ou amigos para a tradução devido ao risco de *viés* da informação transmitida, causada por opiniões pessoais, juízos de valor ou interpretações (Potter Perry, 2009).

Contudo, na prática de cuidados são identificadas diversas situações que não conferem esta igualdade, principalmente quando o imigrante está em situação irregular, sem número de utente no SNS atribuído, o que causa o impedimento de inscrição e de prescrição nas diversas plataformas do SNS. Inclusive, a impossibilidade de atribuição de cheques dentistas para grávidas, crianças e portadores de HIV, a não isenção de atos de enfermagem no decorrer da vacinação segundo recomendações do PNV, o pagamento na totalidade de exames complementares de diagnóstico e de medicação, a impossibilidade de referenciação para a RNCCI e cuidados domiciliários, assim como, para consultas hospitalares através do sistema informático *Alert*® (ERS, 2015).

Segundo dados do INE referentes ao ano de 2022, perfazia um total de 117 843 imigrantes em Portugal, tendo mais de metade nacionalidade não pertencente à UE, evidenciando-se a barreira linguística (INE, 2022).

Em relação aos países de origem dos imigrantes, na Europa, a maior parte vem da Ucrânia e da Roménia, de África predomina o Cabo Verde, na América do Sul vindos do Brasil e da Ásia da China. A maior parte da população imigrante tem idade compreendida entre os 20 e os 39 anos (Oliveira, 2021).

A nível mundial estima-se que em 2020 cerca de 281 milhões de pessoas são migrantes, mais do dobro que em 1990, fazendo com que 1 em cada 30 pessoas viva num país diferente da sua nacionalidade de origem (Oliveira, 2023). Os elevados fluxos migratórios estão relacionados com diversos fatores como guerras, desastres naturais, perseguição política, pobreza, vítimas de discriminação ou perseguição, falta de acesso a serviços básicos e procura de melhor qualidade de vida, principalmente, em relação à educação, emprego e cuidados de saúde (ERS, 2015).

A ONU apresenta 17 objetivos a alcançar até 2030 - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (UNRIC, 2024). Entre eles destaca-se o objetivo 10 - reduzir as desigualdades, em que se pretende atuar na população vulnerável, de forma a reduzir a falta de oportunidades e discriminação, fazendo parte desta os migrantes. Uma das metas definida para alcançar este objetivo é a meta 10.7- “(...) *facilitar a migração ordenada, segura, regular e responsável e a mobilidade das pessoas, inclusive através da implementação de políticas de migração planeadas e bem geridas (...)*” (UNRIC, 2024, pág.1). Realça-se ainda o objetivo 3 - “(...) *garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades*” (UNRIC, 2024, pág.1). De destacar uma das metas para o seu cumprimento a meta 3.8 que faz referência à importância de se alcançar a cobertura

universal de saúde, com cuidados de saúde seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis a todos (UNRIC, 2024, pág. 1).

No PNS 2021-2030 os migrantes foram incluídos no grupo populacional de maior de risco de vulnerabilidade em relação às desigualdades e iniquidades em saúde. Uma das estratégias defendida pelo PNS foi a melhoria do acesso aos cuidados de saúde aos migrantes (DGS, 2021).

Para concretizar o objetivo geral foram definidos dois objetivos específicos: desenvolver conhecimentos relacionados com os cuidados individualizados ao recém-nascido e aos pais imigrantes e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido e aos pais imigrantes.

Para o primeiro objetivo, foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados de referência, atuais e que espelhassem a situação vivenciada em Portugal, o que promoveu a aquisição de conhecimentos essenciais para abordar a temática, assim como, a construção de portefólio que foi disponibilizado no serviço, em suporte de papel e informático. Foram ainda selecionados e providenciados vídeos produzidos pelo ACM acerca da importância da promoção de direitos em saúde nas famílias imigrantes.

Durante a primeira semana de estágio, foi realizado o levantamento de dados de forma a se conhecer melhor a população alvo de cuidados. Para isso, foram consultadas as avaliações iniciais de Enfermagem de todas as crianças internadas durante esse período e realizada uma média. Das dez crianças internadas, existiam seis pais com nacionalidade portuguesa e as restantes de: Angola (6 pais), Brasil (3 pais), Nepal (2 pais), São Tomé e Príncipe (2 pais) e Cabo Verde (1 pai). Conclui-se, assim, a heterogeneidade das famílias imigrantes sendo que apenas 30% dos pais eram de nacionalidade portuguesa.

Para o segundo objetivo, uma das atividades proposta, foi a realização de visitas domiciliárias a famílias imigrantes, o respetivo registo no sistema informático *Sclinik*®, assim como, a articulação com as equipas de Enfermagem dos cuidados de saúde primários.

Uma das visitas domiciliárias ocorreu a 20 de outubro de 2023 à recém-nascida G. de 23 dias, pertencente a uma família imigrante, com alta hospitalar há 4 dias. Tendo sintido referenciada pelo serviço de Puerpério devido a baixo peso ao nascer e por ser uma família imigrante, há poucos meses em Portugal naturais de Cabo Verde, dominando, portanto, a língua portuguesa.

A mãe aponta como razão para a imigração a procura de melhores condições de vida, inclusive, de trabalho e de saúde, principalmente, para a bebé. Neste momento apesar de

estar desempregada para tomar conta da filha, têm o rendimento dos seus pais e marido. Dizendo gostar muito de estar em Portugal (SIC).

A bebé nasceu de 38 semanas, com 2390 gr por parto distócico, com ventosas, sem necessidade de ser transferida para a Neonatologia, com boa vitalidade (Índice de APGAR 9/10/10). A família nuclear são os pais, os avós maternos e a bebé. Os pais são jovens (mãe com 23 anos e pai com 25 anos de idade), sendo este o seu primeiro filho. Vivem num apartamento com dois quartos, sala, cozinha e casa-de-banho com boas condições habitacionais.

Durante a visitação domiciliária estavam presentes a mãe, a avó e a bebé G.

À chegada, foi realizada a observação da mamada, inicialmente com a mãe a apresentar dificuldade em adaptar a recém-nascida à mama. Feito ensino acerca do posicionamento da bebé e da mãe durante a amamentação, que conseguiu pôr em prática. Quando bem-adaptada, a recém-nascida apresenta bons reflexos de sucção e deglutição. Após cerca de 10 minutos, termina a mamada, parecendo tranquila e satisfeita. A mãe a referir algumas dúvidas, com postura pouco confiante acerca da amamentação. Reforçados ensinamentos relativamente ao aleitamento materno, inclusive: frequência das mamadas, duração da mamada, sinais de fome e saciedade, posicionamento e estimulação da bebé durante a amamentação e sinais de boa pega. A mãe parece tranquilizar-se progressivamente.

Foram validados conhecimentos acerca dos cuidados de higiene, banho e pele da bebé. A mãe pareceu confiante relativamente aos mesmos, referindo ter treinado no internamento e já ter realizado o primeiro banho em casa, com a ajuda do pai, com sucesso segundo a mesma. Realizado reforço positivo.

A recém-nascida apresentava vestuário adequado à sua faixa etária e temperatura ambiente da casa. Validados ensinamentos acerca da monitorização da temperatura da bebé, valores de referência, assim como, a presença de febre.

Relativamente à eliminação urinária e intestinal, mãe refere que a recém-nascida urina várias vezes ao longo do dia e evacua cerca de três vezes. Observada mãe na troca da fralda e higienização da pele e genitais. Sem intercorrências. Presença de urina amarelada límpida e mecónio em reduzida quantidade, pele e mucosas hidratadas e rosadas.

Realizada a monitorização do peso, apresentando 2,510 Kg, com bom aumento ponderal.

Foi monitorizada a dor, segundo a Escala NIPS sem dor.

Avaliadas condições de segurança, principalmente, de risco de asfixia e de queda. A mãe refere que, apesar de saber que é perigoso, (enquanto aguarda a chegada do berço que

encomendou para o dia seguinte) a recém-nascida tem dormido na cama com os pais. Sugerida e agilizada utilização de alcofa (adaptada do “carrinho” de transporte) para a bebé que, apesar de dormir na cama dos pais mais uma noite, ficou com o seu espaço mais delimitado. Realizados ensinamentos à mãe e avó acerca das medidas preventivas da síndrome de morte súbita do lactente.

A mãe, aparentemente, conhece os seus direitos em saúde e da bebé, tendo conhecimento da importância das consultas de seguimento para monitorização do peso da recém-nascida, consultas segundo o PNSIJ e cumprimento do PNV. Validada marcação da próxima consulta nos cuidados de saúde primários, que irá decorrer durante a próxima semana.

Para ir de encontro ao segundo objetivo específico, de forma a promover a sensibilização da equipa de enfermagem para a prática de cuidados culturalmente congruentes, foram reunidos e providenciados recursos materiais para ser utilizados aquando do internamento no serviço de Neonatologia de um recém-nascido e sua família imigrante.

Com a finalidade de agilizar e personalizar a admissão de uma família imigrante, principalmente, quando esta não domina a língua portuguesa ou inglesa, foi elaborada “A Caixa de Acolhimento à Família Imigrante”, com imagens ilustrativas no Apêndice VIII. Constituída por: “*Welcome Kit*” (Kit de Boas-Vindas) (RP, 2016) nas línguas portuguesa, inglesa, francesa, tigrínia e árabe, onde se pode encontrar um breve enquadramento das características de Portugal, como a cultura e os direitos, não só na saúde, como também, no trabalho, educação, o direito a formar família, de liberdade de expressão e escolha de religião, entre outros; “Guia de Acolhimento para Migrantes” (ACM, 2022) onde aborda os termos legais que garante os direitos em saúde, como obter o número de utente do SNS, inscrição nos cuidados de saúde primários, ida a consultas e serviços de urgência e saúde da criança, em relação a PNSIJ e PNV; folhetos realizados pela DGS (2022), acerca dos acessos em saúde e contactos úteis, disponíveis em dez línguas (português, inglês, nepalês, mandarim, russo, ucraniano, romeno, árabe, urdu e hindi); Norma de Procedimento Geral- “Comunicação com o Doente de Língua Estrangeira” (Braga, 2020) que faz referência ao procedimento a adotar se for necessário tradução linguística, existindo a possibilidade de requer serviços da embaixada do país de origem, utilizar a tradução via telefónica e a solicitação de tradutores trabalhadores do hospital, que se encontram detalhados na “Lista da Bolsa de Intérpretes e respetivos contactos” (Braga, 2020). Existe ainda, de forma a facilitar a identificação da língua materna, o Quadro “Guia de Identificação de Idioma” (Braga, 2020) que dispõe de 68 línguas. Pode, também, encontrar-se a lista de contactos dos

cuidados de saúde primários pertencentes ao ACES e o Póster Comemorativo do Dia Internacional dos Migrantes (ACM, 2022). Todos os recursos e materiais descritos foram apresentados em duas sessões formativas à equipa de enfermagem, após o momento de passagem de turno de forma a ser mais oportuno (estando presentes cerca de 10 elementos em cada uma das sessões). Teve uma duração média de 12 minutos.

Foram, ainda, elaborados cartões de identificação do recém-nascido e sua família (Apêndice IX) segundo os princípios dos cuidados culturalmente congruentes, para colocar à cabeceira do berço, em completo aos já existentes previamente no serviço.

Os cartões de identificação apresentam uma cor lilás (cor representativa do Dia Mundial da Prematuridade), fazem referência ao nome do bebé, data de nascimento, nomes dos pais e modo de cumprimento na sua língua de origem. Existem nas seguintes línguas: português, alemão, árabe, chinês, francês, inglês, italiano, romeno, russo, ucraniano e urdu.

Durante o estágio em Neonatologia foram desenvolvidos conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido de termo e pré-termo, nos vários contextos, cuidados intermédios, intensivos e visitação domiciliária. Foram adquiridas competências ao nível da prestação de cuidados neuroprotetores, promoção da vinculação entre o recém-nascido e pais, preparação para o desempenho da parentalidade, com a prática de cuidados baseada na parceria de cuidados, envolvendo os pais nas decisões em saúde para uma progressiva capacitação e autonomia, essencial na transição para o regresso a casa.

Foram aprimoradas as habilidades relativas ao desempenho das funções de enfermeiro de referência, estabelecimento de relação terapêutica e articulação com os cuidados de saúde primários.

Relativamente à temática central abordada, os cuidados culturalmente congruentes, o objetivo geral proposto considera-se atingido, sendo inserido, principalmente, na terceira competência do EEESIP (OE, 2018), em especial na unidade de competência “E3.3. *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*” (OE, 2018, pág. 19194). O projeto realizado garantiu a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, permitindo uma maior consciencialização aos enfermeiros do serviço e aos pais pertencentes a famílias imigrantes ao nível dos direitos em saúde, igualdade e a utilização correta dos serviços de saúde. Garantindo-se, assim, uma maior prevenção de riscos e promoção da saúde, tendo impacto positivo na diminuição da vulnerabilidade em saúde.

2.4. Contexto 4: Serviço de Urgência Pediátrica

O quarto contexto de estágio, enquadrado na Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, decorreu num SUP, de 13 de novembro a 15 de dezembro de 2023. Com horário de funcionamento de 24h, destinado a crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias. Constituído por: duas salas de triagem, uma sala de tratamentos, uma sala de reanimação, uma sala de pequena cirurgia, cinco gabinetes de observação médica, duas UICDs, cada uma delas com seis e três vagas respetivamente.

O internamento em UICD deverá ter uma duração de cerca de 24h, caso seja superior, deverá transferir-se para o serviço de Internamento de Pediatria (dentro do mesmo hospital).

Os motivos de internamento nas UICDs estão relacionados com os focos de enfermagem: conforto, consciência, convulsão, desidratação, dispneia, dor, eliminação intestinal, eliminação urinária, febre, infeção, ingestão nutricional, limpeza das vias aéreas, mamar, metabolismo energético, perfusão dos tecidos, queda, úlcera por pressão, ventilação e vômito. Nas UICDs as crianças ou jovens ficam em berço ou cama, respetivamente, e podem permanecer junto a eles duas pessoas de referência, pernoitando apenas uma devido à limitação do espaço físico e dos recursos para assegurarem o conforto. A distribuição das crianças e jovens nas UICDs é feita tendo em conta que na UICD 1 ficam internados, preferencialmente, crianças e jovens com sinais e sintomas com carácter contagioso. É utilizado o método de trabalho individual e no restante serviço o método de trabalho à tarefa.

Nas UICDs é utilizado o sistema informático *Sclinc*® e na triagem o *Alert*®.

No SUP os serviços mínimos são assegurados por quatro enfermeiros, desempenhado funções segundo as várias valências do serviço, ficando um enfermeiro responsável pela triagem, um em cada uma das UICDs e o enfermeiro chefe de equipa assumindo o papel de chefia e cuidados de enfermagem na sala de tratamentos.

Relativamente à sala de reanimação, no início de cada turno, o enfermeiro chefe de equipa atribui, a outros dois enfermeiros (à exceção do enfermeiro que assume a sala de triagem) as funções que devem ser desempenhadas em momento de reanimação segundo a mnemónica: A (*Airway*) via aérea, B (*Brithing*) respiração e C (*Circulation*) circulação sanguínea, contando ainda com o chefe da equipa médica que assume o papel de *team leader*.

No serviço é utilizada a Triagem de *Manchester*, em que a necessidade de observação médica é classificada segundo esquema de cores: azul (não urgente), verde (pouco urgente), amarelo (urgente), laranja (muito urgente) e vermelho (emergência).

De referir que a enfermeira chefe do serviço pertence ao NHACJR.

Dados estatísticos relativos ao primeiro dia de estágio, no turno da manhã (das 8h às 16h) foram admitidas no SUP 119 crianças e jovens, das quais dez foram internadas, seis nas UICDs e quatro no internamento pediátrico. Relativamente à proveniência destas crianças com necessidade de internamento, seis vieram do domicílio (sem referência prévia), duas encaminhadas pelo INEM, uma referenciada por um hospital público da área de Lisboa e outra por um hospital privado.

O diagnóstico situacional foi realizado com base na observação e elaboração de análise SWOT em Apêndice X.

O SUP é um local privilegiado e de elevada importância para a identificação e sinalização de situações de maus-tratos em crianças e jovens, pelo que surge a oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao nível do diagnóstico e intervenção acerca desta temática. Assim, foi definido como objetivo geral: desenvolver competências de EEESIP relacionadas com os cuidados individualizados à criança e jovem vítima de maus-tratos.

Os maus-tratos às crianças e jovens “(...) dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (DGS, 2011, pág. 7), constituindo, assim, uma temática de elevada importância devido ao impacto que têm no seu crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, no adulto que irão vir a ser.

Relativamente aos direitos das crianças e jovens, de acordo com a Constituição da República Portuguesa, artigo 69º “as crianças têm direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições” (RP, 1976).

Assim como, segundo a Convenção dos Direitos da Criança, o Estado tem o dever de proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos por parte dos pais ou de outros, estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas (UNICEF, 2019). Segundo a legislação acima apresentada existe um modelo de intervenção hierárquico sob forma de Pirâmide da Intervenção Subsidiária no Perigo da CPCJ – Figura 2.



Figura 2: Pirâmide da Intervenção Subsidiária no Perigo da CPCJ (CNPCJR, 2011, pág. 77)

A intervenção está dividida em três níveis: no primeiro nível (base da pirâmide) situam-se as entidades com competência para intervirem na promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens em risco ou perigo, inclusive as entidades de saúde e os núcleos de apoio; no segundo nível, é realizada intervenção pelas CPCJ, caso no nível anterior não se tenha conseguido atuar completamente no perigo; no terceiro nível (topo da pirâmide) encontram-se os tribunais de família e menores e os ministérios (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os enfermeiros ao fazerem parte das entidades de saúde da primária linha de intervenção, assim como, constituindo os núcleos de apoio nos cuidados de saúde primários e hospitalares, respetivamente NACJR e NHACJR têm um papel essencial na promoção da segurança e dos direitos das crianças e jovens em risco (APAV, 2011). Além disso, segundo Código Deontológico é dever do enfermeiro “(...) *salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso*” (OE, 2015, pág. 7). É esperado ao EEESIP que diagnostique e intervenha em situações de maus-tratos à criança e jovem (OE, 2018). A sinalização deve ser realizada segundo o formato apresentado no Anexo II - Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica (DGS, 2011, pág.43).

Muitas vezes, o motivo de vinda ao SU não está diretamente relacionado aos maus-tratos sendo, por isso, o momento da triagem crucial para a deteção de situações de risco, pelo que o enfermeiro deve estar capacitado de destreza e habilidade para realizar a anamnese, assim como, a avaliação física e psicológica da criança ou jovem de forma rápida, eficaz e pormenorizada permitindo deter sinais subtis de maus-tratos (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020). As intervenções de Enfermagem passam pela proteção e promoção da

segurança e saúde da criança e do jovem, assegurando os seus direitos, atuando na identificação situações de risco, de forma a estas não se tornarem em situações de perigo, assim como, evitar a sua recorrência (Saraiva Sousa, 2022). Deve distinguir-se os conceitos risco e perigo. Depreende-se risco quando a criança vive uma situação com potencial de estarem comprometidos os seus direitos, e existe perigo quando é algo mais concreto, relacionado com a evolução negativa deste risco (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020).

Identificam-se como crianças especialmente vulneráveis a sofrerem maus-tratos, crianças com défices intelectuais, mentais ou físicos, frequentemente doentes, prematuras, com dificuldades na alimentação e sono, com separações prolongadas e frequentes das famílias, famílias com pais divórcios ou monoparentais (Monteiro, 2014), filhos não desejados, filhos de pais jovens (idade inferior a 20 anos), com falta de rede de suporte social, de baixos níveis sócio-económicos (CNPDCJR, 2011), assim como, pertencentes ao grupo LGBTQI+, migrantes ou indocumentadas (CNPDCJ, 2023).

Relativamente à incidência, segundo relatório da CPCJ face ao ano de 2022, foram acompanhadas 28 396 crianças e jovens com medidas de promoção e proteção. São, maioritariamente, de idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, tendo uma maior prevalência o sexo masculino. De referir que apenas 2 043 são crianças e jovens com nacionalidade não portuguesa sendo, na sua maioria, provenientes do Brasil, Cabo Verde e Angola (CNPDCJ, 2023). Todos os anos há um acréscimo do número de sinalizações de situações de risco e perigo (à exceção do ano de 2020, durante pandemia), sendo que em 2022 foram comunicadas 52 121 situações de perigo. Na sua maioria, situações de violência doméstica (cerca de 31,6%) e de negligência (cerca de 28%), sendo as restantes: comportamentos de perigo, em causa o direito à educação, maus-tratos físico, maus-tratos psicológico, abandono, abuso sexual e exploração infantil. Em termos de subcategoria mais frequente nos casos de violência doméstica aponta-se, na sua grande parte, à exposição à violência, e nos casos de negligência identifica-se, mais especificamente, a falta de supervisão e acompanhamento familiar (CNPDCJ, 2023).

Apesar das entidades de saúde fazerem parte da primeira linha de intervenção, em 2022 foram apenas a 5ª entidade que mais sinalizou situações de risco ou perigo para as crianças e jovens (CNPDCJ, 2023), reforçando-se, assim, a necessidade de uma maior sensibilização para a sinalização e conhecimento acerca da temática. O desconhecimento, medo ou estigma podem levar, por vezes, há subvalorização da sinalização, assim como, a crença que a sinalização vai incorrer numa medida da criança ou jovem ser retirado aos pais.

Apesar de existirem casos onde esta medida é aplicada, verificou-se em 2022 a medida de promoção e proteção mais utilizada em 61,3% dos casos foi o “apoio junto dos pais” (CNPDPJCJ, 2023). Considerando-se que “os profissionais são apenas os facilitadores dos processos relacionais que favorecem o processo de resiliência de pais e filhos, pois eles são os verdadeiros autores do seu destino” (Monteiro, 2014, pág. 430).

Assim, enquadrado na medida “apoio junto dos pais” foram realizadas intervenções para promover um desenvolvimento mais saudável, retirar o perigo em causa e garantir recuperação, envolvendo a criança, jovem, família e/ou cuidadores dentro do seu contexto familiar (CNPDPJCJ, 2023).

Relativamente aos pais mal-tratantes, são pais que geralmente também eles foram vítimas de maus-tratos e procuram nos filhos formas de gratificação (DGS, 2011). São encontradas algumas características como: baixa auto-estima, baixa tolerância à frustração, indiferenciação de papéis para com os seus pais e filhos, sintomas depressivos, expectativas irrealistas face à parentalidade e dificuldade no controlo da agressividade (Monteiro, 2014).

Os maus-tratos podem ser divididos segundo: negligência, maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos, abuso sexual e Síndrome de *Munchausen* por Procuração (CNPDPJCJ, 2023). Pode identificar-se numa criança ou jovem um ou mais tipos de maus-tratos associados (DGS, 2011).

A negligência existe quando não estão promovidas condições necessárias para um desenvolvimento adequado e harmonioso da criança ou jovem, sendo estas a nível físico, psico-afetivo, educativo e escolar (DGS, 2011). Estas condições são necessidades básicas, inclusive, cuidados de higiene, alimentação, afeto, saúde e educação. Pode apresentar-se sob forma ativa ou passiva, a primeira com intenção de causar dano e a segunda sem intencionalidade, devido há falta de competências ou incapacidade do cuidador para suprimir as necessidades da criança ou jovem. Pode ocorrer por um período limitado, mas, geralmente, acontece de forma continuada no tempo (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020).

Alguns dos sinais, sintomas e indicadores de negligência são: carência de higiene, vestuário desadequado à estação do ano e/ou idade, ausência de rotinas de sono ou alimentação, lesões e acidentes inexplicados e frequentes por falta de supervisão (DGS, 2011), perturbações do desenvolvimento e sociais relacionadas com a falta de estímulos adequados ao estadio da criança, incumprimento do PNV e PNSIJ, presença de doença crónica com baixa adesão à terapêutica, consultas e exames complementares de diagnóstico (Saraiva Sousa, 2022).

Os maus-tratos físicos acontecem quando é causado dano à criança ou jovem, fruto de um ato não acidental por parte dos pais ou cuidadores. Pode ser um ato repetido ou isolado (DGS, 2011). Alguns sinais, sintomas e indicadores deste tipo de maus-tratos são: equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes, mordeduras, fraturas, alopecia traumática, síndrome da criança abanada e alterações graves do crescimento e desenvolvimento. Importante durante a entrevista no SUP o enfermeiro estar atento à consistência da história relatada avaliando se esta é ou não adequada à lesão encontrada na criança ou jovem (DGS, 2011).

Existem maus-tratos psicológicos ou emocionais quando a criança ou jovem não vive num ambiente harmonioso, com cuidados e afetos, mas sim num ambiente de depreciação, rejeição afetiva e abandono temporário (DGS, 2011). Formas de maus-tratos psicológicos são: insultos verbais, ridicularização, desvalorização, indiferença, rejeição, discriminação, culpabilização, humilhação e castigos inadequados (Ramos Barbieri-Figueiredo, 2020).

Alguns sinais, sintomas e indicadores são: cefaleias, dores musculares e abdominais sem causas orgânicas conhecidas, comportamentos de auto e hetero-agressividade, ansiedade, perturbações do comportamento alimentar, enurese e/ou encoprese e tentativa ou ideação suicida (DGS, 2011).

O abuso sexual acontece quando há envolvimento de uma criança ou jovem em atividades com o objetivo da satisfação sexual de uma pessoa mais velha exercendo uma relação de poder e/ou autoridade, não sendo a criança ou jovem capaz de perceber de que é vítima e de dar consentimento para o mesmo. É considerado abuso sexual quando são presenciadas conversas e/ou interações obscenas, quando a criança ou jovem é obrigada a participar em sessões fotográficas, manipulação de órgãos genitais e prática de coito (Monteiro, 2014).

Alguns sinais, sintomas e indicadores de ocorrência de abuso sexual são: lesões externas nos órgãos genitais, laceração do hímen, presença de esperma, prurido ou dor na região anal e vaginal, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez (DGS, 2011).

O Síndrome de *Munchausen* por Procuração acontece quando os pais da criança ou jovem, procuram convencer os profissionais de saúde que esta está doente, de forma a ser frequentemente intervencionada nos serviços de saúde, a nível de exames complementares de diagnóstico, procedimentos invasivos e internamentos (DGS, 2011).

Os maus-tratos podem ser classificados segundo o seu grau de gravidade: ligeiro, quando não provoca alterações que seja necessário tratamento ou intervenção especializada; moderado, quando os maus-tratos provocam sinais e sintomas ou prevê-se que venham a vir

a tê-los, necessitando de tratamento e intervenção individualizado; grave, com elevado impacto físico e emocional influenciado negativamente o seu desenvolvimento, existindo alto risco de recorrência dos maus-tratos, sendo necessário urgência na medida de promoção e proteção da criança e jovem (Saraiva Sousa, 2022).

Para ir de encontro ao objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos: desenvolver conhecimentos relacionados com os cuidados individualizados à criança e jovem vítimas de maus-tratos e promover a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao nível do diagnóstico e intervenção em crianças e jovens vítimas de maus-tratos.

Para atingir o primeiro objetivo específico, foi realizada pesquisa bibliográfica e colheita de informação relevante de fontes credenciadas, realizado portefólio, em suporte de papel e informático, que posteriormente foi disponibilizado ao serviço. Foi promovida a oportunidade de participação numa das reuniões semanais do NHACJR. Após a reunião foi elaborada uma descrição e análise reflexiva, segundo forma de Diário de Aprendizagem (Apêndice XII), relatando a reunião multidisciplinar onde foram discutidos nove casos de crianças e jovens referenciados no decorrer da última semana, com idades compreendidas entre um mês de idade e 16 anos, em risco de sofrerem maus-tratos, entre eles suspeitas de maus-tratos físicos, negligência e abuso sexual.

Para ir de encontro ao segundo objetivo, foram realizadas duas ações formativas dirigidas à equipa de enfermagem, tendo estas a finalidade de divulgar a temática abordada a partir da evidência recente. De forma a promover uma maior adesão por parte da equipa, ambas as ações formativas foram realizadas logo após o momento de passagem de turno, pelo que, se pode contar com a presença de cerca de dez enfermeiros em cada uma das sessões.

As ações formativas foram realizadas sob forma de apresentação *PowerPoint*®, tendo sido abordados os conceitos centrais em torno da temática, caracterizados os diferentes tipos de maus-tratos, assim como, sinais, sintomas e indicadores de alerta a serem diagnosticados em momento de triagem. Foi realizado o enquadramento da relevância da temática, com recurso a dados estatísticos do ano de 2022 (CNPDP CJ, 2023), refletindo o dever do enfermeiro no diagnóstico e intervenção nas crianças e jovens em risco. Abordado o procedimento a adotar aquando da sinalização, inclusive, o preenchimento da Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco (Anexo II). No final da ação formativa, foi promovido momento de partilha relativamente a situações de maus-tratos mais marcantes na experiência profissional, algum do estigma relativo às medidas de promoção e proteção utilizadas e como efetuavam o registo e sinalização dos mesmos.

Existiu heterogeneidade nos registos realizados segundo a Triagem de *Manchester* (aquando da suspeita de situações de maus-tratos), alguns dos enfermeiros referiram colocar a queixa no grupo “dor” especificando a sua localização, outros no grupo “trauma” subdividindo em agressão ou auto-agressão, com posterior articulação com equipa médica acerca da suspeita.

Após a realização das ações formativas existiu um *feedback* positivo da equipa de Enfermagem presente, que verbalizaram a importância da temática na sua prática de cuidados diária e a necessidade de serem reforçados os conhecimentos da mesma para uma maior habilidade e destreza na deteção de casos de risco de maus-tratos e respetiva referenciação de crianças e jovens ao NHACJR. As ações formativas decorreram nos dias 12 e 14 de dezembro de 2023, cada uma delas com, aproximadamente, uma duração de 12 minutos. A apresentação está disponível no Apêndice XI.

Uma das atividades propostas para ir de encontro ao segundo objetivo passava pela participação na sinalização de uma criança ou jovem em risco de maus-tratos, caso assim existisse necessidade. Assim, no decorrer da quarta semana de estágio, em contexto de triagem com EEESIP, existiu o diagnóstico e intervenção a uma jovem de 17 anos que que recorreu ao SUP por uma “crise de ansiedade” (SIC), tendo vindo acompanhada pelo pai.

Antes de ser realizada a entrevista para avaliação inicial, a jovem solicita a saída do pai. O pai aceita sair, com fôceis sorridente, discurso irónico face ao solicitado, com a aparente ausência de afeto para com a mesma. Já na ausência do pai, jovem com labilidade emocional, fôceis triste, postura “cabisbaixa”, mas com atitude disponível, refere “(...) não me sinto bem em casa, ele trata-me mal, está sempre a chamar-me nomes, mandar-me abaixo, menosprezar-me, goza com a minha doença mental, sinto-me mais segura aqui do que em casa” (SIC).

Em conjunto com EEESIP é realizada entrevista segundo o acrónimo HEADSSS (OE, 2011). Jovem vive com o pai e madrasta. Refere passar a maior parte do seu dia na escola, porém é um contexto difícil pois tem dificuldade em estabelecer relações afetivas e de confiança, à exceção do seu namorado (da mesma idade) e em quem mais confia (SIC), “sinto-me isolada das pessoas da minha idade, não tenho amigos” (SIC). Tem recorrido diversas vezes a diferentes SUP por quadros semelhantes a que denomina de “crises de ansiedade” (SIC), sem melhorias aparentes mesmo após realização de terapêutica SOS ansiolítica. Apresenta diversas lesões visíveis resultantes de comportamentos auto-lesivos em cicatrização. Diz ter tido, por diversas vezes, ideação suicida, porém sem plano estruturado ou tentativa realizada. Tem ainda queixas de diminuição do apetite e insónia inicial.

Por suspeita de mau-trato psicológico por parte do pai é realizada sinalização em Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco (Anexo II) para o NHACJR, para vigilância e seguimento do caso. Face a isto, para uma mais detalhada colheita de dados e promoção da segurança da jovem, fica a pernoitar na UICD.

Relativamente às competências e conhecimentos adquiridos durante o estágio no SUP, enquadrado nas competências do EEESIP, tendo em conta a temática envolvente e objetivos propostos é salientada a aquisição da competência 1, mais especificamente da unidade de competência “1.2. *Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem*” (OE, 2018, pág. 19193).

Com o projeto desenvolvido atingiu-se o objetivo geral proposto, considerando-se que existiu promoção da melhoria da prática de cuidados prestados através da postura de agente ativo de aprendizagem para a equipa de enfermagem, com realização das ações formativas de sensibilização para a temática dos maus-tratos na criança e jovem, como através do envolvimento na dinâmica do NHACJR.

Os conhecimentos adquiridos acerca do diagnóstico e intervenção em doenças comuns da criança e do jovem, assim como, em volta na temática dos maus-tratos em pediatria, permitiu aprimorar as habilidades relativas à realização de entrevista sucinta, breve e centrada na queixa principal, exigindo um raciocínio clínico eficaz na avaliação física e psicológica da criança e jovem.

Foram realizados ensinamentos de promoção da saúde às famílias, principalmente, relativos aos focos de enfermagem febre e dor, a sua avaliação e gestão, tanto a utilização de estratégias não farmacológicas como a correta utilização de terapêutica analgésica e antipirética. A capacitação das famílias permiti-lhes gerir o seu regime de saúde, com maior consciência e segurança nas decisões tomadas, aumentando os seus níveis de auto-eficácia.

Foi experienciada uma situação de uma criança com dez anos com instabilidade de sinais vitais com necessidade de se recorrer à sala de reanimação. Neste contexto, tendo em conta o papel desempenhado no serviço e reconhecendo as funções de cada elemento da equipa de Enfermagem na respetiva dinâmica, foi tomada a decisão de ficar junto da mãe e avó da criança a explicar os procedimentos realizados e a evolução da situação, assim como, promoção de escuta ativa e verbalização de sentimentos e emoções. Esta experiência foi bastante enriquecedora para a construção do meu perfil como EEESIP e futuras situações de crianças e jovens em risco de vida.

CONCLUSÃO

A aquisição do grau de EEESIP impulsiona para uma prática de cuidados tendo em conta uma visão mais individualizada do conceito metaparadigmático “pessoa”, que se define como o binómio criança/jovem e sua família. É considerado enfermeiro especialista aquele que intervém de forma autónoma ou interdependente segundo as suas competências técnicas, humanas e científicas aplicadas à sua área de especialização.

É dever do EEESIP praticar cuidados de excelência, que defendam os direitos e o primado interesse da criança e do jovem, adaptando-o às suas necessidades, características, interesses, cultura e visão própria de bem-estar. Enaltece-se a importância de incentivar a literacia em saúde e realização de ensinamentos promotores de saúde que originem autoeficácia, auto-capacitação, responsabilização para gestão eficaz da sua saúde, tomada de decisão consciente e informada e a correta e igualitária utilização de serviços de saúde para redução da vulnerabilidade existente nas crianças/jovens e suas famílias.

O processo para a aquisição de grau de EEESIP foi um período de muita exigência, esforço e expectativa. O investimento no padrão do conhecimento empírico na área científica de Enfermagem, com a investigação e estudo acerca da temática - vulnerabilidade em saúde na criança e no jovem, com a publicação da *Scoping Review* foi a concretização de um objetivo, a acrescentar ao facto de ter sido detetada a necessidade de um maior investimento na área da investigação sobre o tema abordado. Visto na *Scoping Review* realizada, dos treze artigos selecionados para análise apenas sete eram de publicações com menos de cinco anos existindo, assim, necessidade de incluir neste trabalho fontes credíveis, porém não tão atuais.

A riqueza de diversidade de aprendizagem deste percurso permitiu-me desenvolver competências e habilidades requeridas pelo desejado futuro estatuto de mestre, um pensamento crítico mais complexo, aquisição de conhecimentos na produção da área de investigação, relacionar as várias filosofias de cuidados e teorias enquadradas com a temática abordada, como uma melhor capacidade de raciocínio, fundamentação e reflexão acerca das atuais práticas de cuidados prestados, fruto da experiência profissional e pessoal.

As experiências vivenciadas nos contextos de estágio, a população heterogénea alvo de cuidados e os desafios encontrados serem superados (como a participação na elaboração da norma de procedimento hospitalar), originou uma potencialização das minhas capacidades, enalteceu a minha confiança e motivação para prestar melhores cuidados de Enfermagem, assim como, um maior auto-conhecimento das competências, habilidades e fragilidades.

Relativamente às competências adquiridas e dando relevo às que me propus previamente a aprofundar, destaco as seguintes: melhoria na elaboração de plano de saúde que promova à parentalidade a partir do estabelecimento de uma parceria de cuidados, adoção de estratégias para incentivar a auto-determinação e auto-estima do adolescente com doença crónica, maior complexidade nos processos de decisão e a aquisição de recursos a estratégias de comunicação individualizadas ao estadio de desenvolvimento da criança/jovem e família culturalmente congruentes.

Este *empoderamento* pessoal e profissional, permiti-me adotar uma visão mais holística e responsabilização na intervenção com as crianças e jovens no meu local de trabalho, procurando identificar a vulnerabilidade predisposta ou interligada com impacto na saúde mental, principalmente, aquando do desempenho da função de enfermeira de referência.

Os referenciais teóricos utilizados durante este percurso tiveram um papel crucial na tomada de decisão clínica no meu local de trabalho. Devo destacar o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que relevou a importância de uma intervenção promotora de saúde no contexto de cuidados de Enfermagem dirigidos a esta população, que experiencia a vulnerabilidade.

Apesar de me encontrar no segundo ano a desempenhar funções em pediatria pretendo alcançar o grau de enfermeira perita, com o culminar de cinco anos no meu local de trabalho, segundo Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional de Patrícia Benner. Desejando manter o investimento no meu percurso formativo aliado à experiência da prática de cuidados para desenvolvimento da competência intuitiva na intervenção de Enfermagem, elemento estruturante de um enfermeiro perito.

A motivação e o desejo por uma procura de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, no meu local de trabalho, promoveu a integração de um novo desafio o desempenho do papel de Interlocutora do Padrão da Dor, com a realização de auditoria semestral aos registos de Enfermagem relativos à Dor enquanto 5º Sinal Vital, apresentação de Exposição relativa à adoção de Medidas Não Farmacológicas da Dor para a sensibilização da equipa de Enfermagem para a temática, indo de encontro aos padrões de qualidade estabelecidos para a profissão.

Além disto, pude experienciar em simultâneo, o papel de enfermeira orientadora de estágio de alunos de Enfermagem, no internamento de Pedopsiquiatria, e ser estudante de mestrado em contexto de estágio o que foi algo bastante enriquecedor e inspirador a processo de reflexão.

Em suma, ser EEESIP é cuidar da criança/ jovem e sua família em situações de especial complexidade. Mais do que assistir na melhoria dos níveis de saúde, é intervir de forma individualizada segundo as suas características e fatores que predisõem vulnerabilidade em saúde. O EEESIP deve ter em conta a construção de complexos processos de decisão, com base na evidência científica, que permitam ensinar e capacitar de forma holística a criança/jovem e sua família para a adoção e consolidação de comportamentos promotores de saúde, a fim de se tornarem um elemento ativo na constante procura do seu bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Azevedo, A. I. M. (2012). *O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?* *Adolescência Saúde*, 9(3), 21-28. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32284>
- Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., Dias, S. (2013). *Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. Maternal and Child Health Journal*, 17, 1346–1354. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>
- Amaral, G., Figueiredo, A. S. (2021). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos.* *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20036. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Andrade, Á., Augusto, B., Fernandes, C., Santos, C., Rodrigues, C., Vaz de Almeida, C., Vital Brito, D., Lopes, G., Andrade, M., Martins, P., Gonçalves, S., Abrunheiro, S., Ramos, S., Morgado, T., Almeida, Z. (2020). *Literacia em saúde: Um desafio emergente - Contributos para a mudança de comportamentos.* Gabinete de Comunicação Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ISBN 978-989-98742-5-1. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Vaz-De-Almeida-2/publication/349319742_LITERACIA_EM_SAUDE_-_UM_DESAFIO_EMERGENTE_CONTRIBUTOS_PARA_A_MUDANCA_DE_COMPORAMENTOS/links/602a8d1ba6fdcc37a82b14fa/LITERACIA-EM-SAUDE-UM-DESAFIO-EMERGENTE-CONTRIBUTOS-PARA-A-MUDANCA-DE-COMPORAMENTOS.pdf
- Armbruster-Genç, D.J.N.; Valton, V.; Neil, L.; Vuong, V.; Freeman, Z.C.L.; Packer, K.C.; Kiffin, M.J.; Roiser, J.P.; Viding, E.; McCrory, E. (2022). *Altered reward and effort processing in children with maltreatment experience: a potential indicator of mental health vulnerability.* Disponível em: https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85124561885_doi=10.1038%2fs41386-022-01284-7_origin=inward_txGid=4ca7f2f16cc805af0e285db0fb6b739c
- Bandura, A., Azzi, R. G., Polydoro, S. (2008). *Teoria social cognitiva: Conceitos básicos.* Artmed Editora.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*, 1ª ed. Almedina Brasil: Edições 70.

- Braga, B. (2020). Norma Procedimento Geral Comunicação com Doente de Língua Estrangeira. [REDACTED]
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Gasper A. Tucker (Eds.), *Advances in Child Health Nursing* (pág. 183-193). London: Scutari Press.
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas (UNRIC). (2023). Objetivo 10: Reduzir as desigualdades. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-10-reduzir-as-desigualdades/>
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas para a Europa Ocidental (UNRIC). (2023). Darfur: Cessação das hostilidades é uma prioridade muito urgente, lembra Secretário-Geral. Disponível em: <https://unric.org/pt/darfur-cessacao-das-hostilidades-e-uma-prioridade-muito-urgentelembra-secretario-geral-3/>
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, Instituto de Segurança Social, I.P., Generalitat Valenciana, Consejería de Bienestar Social. (2011). Promoção e proteção dos direitos das crianças: *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14801/Guia+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+Profissionais+de+A%C3%A7%C3%A3o+Social/5c6dc372-e12b-4b84-a462-38eccc5a6e85>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPDJ). (2023). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ 2022*. CNPDPCJ. ISSN 2184-559X. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+da+Atividade+das+CPCJ+2022/daf5653e-86fc-421c-84be-9fc4f516a25b>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem diagnóstico e intervenção*. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS_MausTratosCriançasJovensGuiaPráticoAbordagemDiagnósticoIntervenção.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma nº 001/2017). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Disponível em: <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

Duarte, D. S. B. (2015). *Recomendações para transição de cuidados pediátricos para medicina de adultos em adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde.

East Tennessee State University. (2024). *Using the TRAQ in clinic*. Disponível em: <https://www.etsu.edu/com/pediatrics/traq/using.the.traq.in.clinic.php>

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso a cuidados de saúde por imigrantes*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes_v2_.pdf

Franco, J. (2020). Internamento de Pediatria e Hospital de Dia. [REDACTED]

Goemans, Anouk; Viding, Essi; McCrory, Eamon. (2023). *Child Maltreatment, Peer Victimization, and Mental Health: Neurocognitive Perspectives on the Cycle of Victimization*. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1177/15248380211036393>

Got Transition/Center for Health Care Transition Improvement. (2024). *SIX CORE ELEMENTS™: Transitioning Youth to an Adult Health Care Clinician*. The National Alliance to Advance Adolescent Health. Disponível em: <https://www.gottransition.org/six-core-elements/>

Hardin, A. P., Hackell, J. M., Committee on Practice and Ambulatory Medicine. (2017). *Age limit of pediatrics*. *Pediatrics*, 140(3), e20172151. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2151>

Hino, P., Takahashi, R. F., Nichiata, L. Y. I., Apostólico, M. R., Taminato, M., Fernandes, H. (2019). *As interfaces das dimensões da vulnerabilidade face à violência contra a*

- criança*. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(Suppl 3), 358-362. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0463>
- Hudson, M.M.; Findlay, S. (2006). *Health-risk behaviors and health promotion in adolescent and young adult cancer survivors*. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.22103>
- Iacono, G. (2019). *An affirmative mindfulness approach for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth mental health*. Clinical Social Work Journal, 47, 156-166. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0656-7>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Estado de saúde, rendimento e condições de vida 2021*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE_xpgid=ine_pesquisa_frm_acciao=PE_SQUISAR_frm_show_page_num=1_frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLE_S_frm_texto=inqu%C3%A9rito+%C3%A0s+condi%C3%A7%C3%B5es+de+vida+e+rendimento_frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL_frm_data_ini=frm_data_fim=frm_tema=QUALQUER_TEMA_frm_area=o_ine_area_Destaques_xlang=pt
- Kathono, J.; Nyongesa, V.; Mwaniga, S.; Obonyo, G.; Yator, O.; Wambugu, M.; Banerjee, J.; Breuer, E.; Duffy, M.; Lai, J.; Levy, M.; Njuguna, S.; Kumar, M. (2024). *Adolescent perspectives on peripartum mental health prevention and promotion from Kenya: Findings from a design thinking approach*. Disponível em: https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85181546458_doi=10.1371%2fjournal.pone.0290868_origin=inward_txGid=a6e232357e8e639dac7fb09176e2ee33
- Martins, C. (2012). *Transição dos cuidados médicos pediátricos para a medicina de adultos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Meyers, M. J., Irwin Jr, C. E. (2023). *Health Care Transitions for Adolescents*. *Pediatrics*, 151(Supplement 1), e2022057267. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057267>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório - Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

- Ministério Público. (2017). *Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e de Suas Famílias*. Assembleia Geral das Nações Unidas.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Idolescência* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Meira, J., Nazaré, B., Silva, N. (2018). *Estudos psicométricos da versão portuguesa do Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ)*. *Psicologia, Saúde Doenças*, 19(1), 109-115. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/48017>
- Oliveira, C. R. (2021). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2021* (1ª ed.). Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações (ACM IP). ISBN 978-989-685-123-1. Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2021.pdf/e4dd5643-f282-4cc8-8be1-92aa499bb92f>
- Oliveira, C. R. de. (2023). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2023*. Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações. ISBN 978-989-685-138-5. Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatorio+Estatistico+Anual+-+Indicadores+de+Integracao+de+Imigrantes+2023.pdf/a9a05525-889e-4171-8066-6d7217416664>
- Ordens dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Volume I*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volumel.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Ordens dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018: *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República, 2.ª série, (133), 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Peixoto, M. V. da S., Duque, A. M., dos Santos, A. D., Lima, S. V. M. A., Gonçalves, T. P., Novais, A. P. de S., Carvalho, S. de, Voci, S. M., Machado de Araújo, K. C. G., Nunes, M. A. P. (2020). *Spatial analysis of cerebral palsy in children and adolescents and its association with health vulnerability*. Geospatial Health, 15, 817. Disponível em: <https://doi.org/10.4081/gh.2020.817>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.
- Perry, K.J.; Penner, F.; Contreras, H.T.; Santos, R.P.; Sarver, D.E. (2023). *A U.S. National Study of Family Resilience During the COVID-19 Pandemic*. Disponível em: https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85153705861_doi=10.1007%2fs10826-023-02581-5_origin=inward_txGid=a60c958ead067756adad1ccd5b9a5b7f
- Potter, P. A., Perry, A. G. (2009). *Fundamentos de enfermagem* (7ª ed.). Elsevier.
- Ramos, A. L., Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel.
- República Portuguesa. (1976). *Decreto de aprovação da Constituição da República Portuguesa*. Diário da República. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Resende, A. M. V. S. (2019). *Promoção de práticas de literacia familiar para o desenvolvimento da criança*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32136>
- Salgado, J. (2022). *A transição de serviços de saúde de crianças e jovens para serviços de saúde de adultos: Uma realidade com impacto no prognóstico*. Acta Médica Portuguesa, 35(3), 161-163. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.15912>
- Saraiva, H., Sousa, A. (2022). *Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Editora Lidel.

- Silva, C. S. (2022). *Regulamento Interno 2022 da* [REDACTED]
- Silva, D. I., Mello, D. F., Takahashi, R. F., Hollist, C. S., Mazza, V. A., Veríssimo, M. L. O. R. (2018). *Validação de marcadores de vulnerabilidade de lactentes para disfunções em seu desenvolvimento socioemocional*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3087. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2736.3087>
- Sousa, J. E. X. F. de. (2022). *A vulnerabilidade acrescida em saúde comunitária*. Texto de apoio da Unidade Curricular de Intervenção ao Cliente com Vulnerabilidade Acrescida, 2º ano do CLE, Lisboa, maio de 2022. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41205/1/UC%20ICVA%20%20A%20Vulnerabilidade%20Acrescida%20em%20Sa%20c3%bade%20Comunit%20c3%a1ria.pdf>
- White, P. H., Cooley, W. C.; Transitions Clinical Report Authoring Group, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians. (2018). *Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home*. *Pediatrics*, 142(5), e20182587. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30705144/>
- Wood, D., Reiss, J., Livingood, W., McBee, S. (2020). *Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ)*. Disponível em: <https://www.etsu.edu/com/pediatrics/traq/documents/20.item.traq.2021.pdf>
- Wood, D. L., Sawicki, G. S., Miller, M. D., Smotherman, C., Lukens-Bull, K., Livingood, W. C., Ferris, M., Kraemer, D. F. (2014). *The Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ): Its factor structure, reliability, and validity*. *Academic Pediatrics*, 14(4), 415-422. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24976354/>
- Zanatta, E. A., Silva, K. F., Silva, C. B., Brum, M. L. B., Motta, M. G. C. (2021). *Crianças e adolescentes com câncer: vulnerabilidades e implicações no direito à saúde*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200144. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fgKnZpMcXDV7JC583vM68vs/?lang=pt#>
- Ziou, Myriam; Gao, Caroline X.; Wheeler, Amanda J.; Zosky, Graeme R.; Stephens, Nicola; Knibbs, Luke D.; Melody, Shannon M.; Venn, Alison J.; Dalton, Marita F.; Dharmage, Shyamali C.; Johnston, Fay H. (2023). *Contrasting Health Outcomes following a Severe Smoke Episode and Ambient Air Pollution in Early Life: Findings*

from an Australian Data Linkage Cohort Study of Hospital Utilization. Disponible en: <https://doi.org/10.1289/EHP12238>

Anexo I: Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição (QAPT)

Nome do Paciente _____ RH _____ Data de nascimento: ___/___/___ Data: ___/___/___

Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição (QAPT)

Orientações para adolescentes e adultos jovens: Favor assinalar a alternativa que melhor descreva o seu nível de habilidade nas seguintes áreas importantes na transição para a assistência médica da vida adulta. Não existe "certo" ou "errado", e suas respostas permanecerão confidenciais e privadas.

Orientações para pais ou responsáveis: se o adolescente ou adulto jovem for incapaz de executar sozinho as tarefas descritas abaixo, favor assinalar a alternativa que melhor descreva o seu nível de habilidade.

Marque aqui se você é um pai ou responsável e está preenchendo este formulário:

	Não, não sei como fazer isso	Não, mas quero aprender	Não, mas estou aprendendo	Sim, eu comecei a fazer isso	Sim, eu sempre faço isso quando preciso
Tomando os Remédios					
1. Você leva uma receita médica à farmácia para adquirir seus remédios se precisar?					
2. Você sabe o que fazer se apresentar algum efeito colateral aos seus remédios?					
3. Você toma os seus medicamentos sozinho e corretamente?					
4. Você adquire mais medicamentos antes que eles acabem?					
Indo às Consultas					
5. Você telefona ao consultório médico ou ambulatório para marcar consultas?					
6. Você segue corretamente os encaminhamentos para realização de exames laboratoriais?					
7. Você providencia o seu transporte para as consultas?					
8. Você telefona para o seu médico para falar sobre problemas na sua saúde (por exemplo: reações alérgicas)?					
9. Você é capaz de conseguir um plano de saúde se perder sua cobertura atual?					
10. Você conhece a cobertura do seu plano de saúde? Particular ou público?					
11. Você administra seu dinheiro ou algum orçamento de gastos domésticos (por exemplo: usa cheque ou cartão de débito)?					
Rastreado Problemas de Saúde					
12. Você preenche formulários de histórico médico, incluindo uma relação com as suas alergias?					
13. Você possui uma agenda ou uma lista de consultas médicas e outros compromissos?					
14. Você elabora uma lista de perguntas ou dúvidas antes da visita ao médico?					
15. Você possui ajuda financeira para estudar ou trabalhar?					
Nas Atividades Diárias					
16. Você ajuda a planejar ou a preparar as refeições?					
17. Você mantém sua casa/quarto limpos ou ajuda na limpeza após as refeições?					
18. Você utiliza as lojas e os serviços do seu bairro (por exemplo: mercados ou farmácias)?					

Escore TRAQ:

Anexo II: Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica

Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica / Serviço de Urgência Básica / Consulta de Reforço ou outra

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Data: _____

Hora: _____

Nacionalidade: _____

(Identificação da criança através da Instituição)

Nome da Mãe _____ Idade ____ Profissão _____

Nome do Pai _____ Idade ____ Profissão _____

Responsável pela criança/jovem (registar grau de parentesco / outra situação): _____

_____ Contacto: _____

Criança/jovem institucionalizado?

Não Sim. Identificação da Instituição _____

Acompanhante da criança/jovem

Familiar (Grau de parentesco _____); Acompanhante de Instituição

Outro _____

Local que frequenta durante o dia:

Ama Creche/ Jardim de Infância / Escola _____

Domicílio, ficando com _____. Outro, ficando com _____

Outras informações de interesse: _____

Motivo porque recorre ao Serviço: _____

B - MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

Identificação de uma situação de risco (suspeita ou confirmada)

Mau trato físico Negligência grave

Mau trato psicológico / emocional Abandono

Abandono afectivo Disfuncionalidade parental/familiar

Abuso sexual (suspeita) Abuso sexual (confirmado)

Outros _____

Agente(s) agressor(es) suspeito(s) _____ Há quanto tempo? _____ Local _____

Tipo de Suspeição:	<input type="checkbox"/> Suspeita	<input type="checkbox"/> Observação isolada	<input type="checkbox"/> Evidência	<input type="checkbox"/> Observação isolada
		<input type="checkbox"/> Observação reiterada		<input type="checkbox"/> Observação reiterada

Tipo de Intervenção: Ligeira Moderada Intensiva Muito Intensiva

Solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco, observados para a presente sinalização, sejam identificados no documento em anexo.

C - ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS
<p>Foi realizado algum tipo de acção?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Que intervenção foi realizada? _____ <input type="checkbox"/> Não.</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografias _____</p> <p><input type="checkbox"/> TAC _____</p> <p><input type="checkbox"/> Análises laboratoriais (por exemplo DIG) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Perícia Médico-Legal <input type="checkbox"/> Colheita de amostra _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fotografias das lesões</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta de oftalmologia (fundoscopia)</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta de Ginecologia</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto com Psicólogo</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto com Serviço Social</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto com N(H)ACJR. Qual? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto com CPCJ</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP)</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto com outras Instituições / Parceiros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Internamento em Serviço Hospitalar _____</p> <p><input type="checkbox"/> Accionado Artigo 91º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo eminente</p> <p><input type="checkbox"/> Outro contacto com o Ministério Público</p> <p><input type="checkbox"/> Apoio junto de outro familiar</p> <p>Outros _____</p> <p>A família/responsável foi informada desta referenciação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se a família/responsável não foi informada, qual a razão? _____</p>
D – CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS
<p>Foi solicitada intervenção do NHACJR/NACJR?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, mantenho-me responsável pelo seguimento a nível hospitalar.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="checkbox"/> NACJR de _____ <input type="checkbox"/> NHACJR de _____</p> <p>(Em qualquer das situações, o N(H)ACJR deve ser sempre notificado para fins estatísticos.)</p> <p>Que tipo de intervenção solicita:</p> <p><input type="checkbox"/> Vigilância e/ou acompanhamento</p> <p><input type="checkbox"/> Colaboração para articulação com outros recursos da comunidade</p> <p><input type="checkbox"/> Informação</p> <p><input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p>NOTA: Se estiver em presença de uma situação de PERIGO, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro), torna-se automaticamente o Gestor de Caso.</p>
E - DADOS DA REFERENCIAÇÃO
<p>Técnico responsável pela referenciação: _____</p> <p>Contactos: _____</p>

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Por favor, assinale com uma cruz todos os campos que considere presentes na sua observação.

No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada. Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

NOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/indicadores permite, por si só, estabelecer diagnóstico de maus tratos.

FAMILIARES, CRIANÇA/JOVEM			
Desajustamento psicossocial (toxicodependência, alcoolismo, prostituição)	<input type="checkbox"/>	Parentalidade precoce, sem suporte sócio-familiar sustentável	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de negligência ou mau trato com outros filhos	<input type="checkbox"/>	Família monoparental sem suporte sócio-familiar sustentável	<input type="checkbox"/>
Gravidez não desejada/mal vigiada/não vigiada	<input type="checkbox"/>	Violência familiar ou doméstica	<input type="checkbox"/>
Família em situação económica precária sem apoio social	<input type="checkbox"/>	Ausência de manifestações de afecto com a criança/jovem	<input type="checkbox"/>
Episódios recorrentes em diferentes serviços de urgência	<input type="checkbox"/>	Outros	

ABUSO SEXUAL			
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção)	<input type="checkbox"/>	Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais	<input type="checkbox"/>
Presença de esperma no corpo da criança/jovem	<input type="checkbox"/>	Corrimento vaginal persistente ou recorrente	<input type="checkbox"/>
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios	<input type="checkbox"/>	Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal	<input type="checkbox"/>
Gravidez	<input type="checkbox"/>	Lesões no pénis ou região escrotal	<input type="checkbox"/>
Infecções de transmissão sexual	<input type="checkbox"/>	Laceração do hímen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Outros	

MAU TRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL			
Idas à Urgência repetidas por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente	<input type="checkbox"/>	Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações interpessoais	<input type="checkbox"/>
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese)	<input type="checkbox"/>	Comportamentos agressivos (auto-agressividade e/ou hetero-agressividade) e/ou auto-mutilação	<input type="checkbox"/>
Choro incontrolável no primeiro ano de vida	<input type="checkbox"/>	Perturbações do comportamento alimentar	<input type="checkbox"/>
Comportamento ou ideação suicida	<input type="checkbox"/>	Outros	

MAU TRATO FÍSICO			
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores	<input type="checkbox"/>	Demora ou ausência de procura de cuidados médicos	<input type="checkbox"/>
		Alterações graves do estado nutricional	<input type="checkbox"/>
Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada)	<input type="checkbox"/>	Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua...)	<input type="checkbox"/>
Alopécia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio	<input type="checkbox"/>	Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura)	<input type="checkbox"/>
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...)	<input type="checkbox"/>	Fracturas das costelas e corpos vertebrais, fracturas de metáfises	<input type="checkbox"/>
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo acidental (face, periorcular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas)	<input type="checkbox"/>	Outros	

NEGLIGÊNCIA			
Carência de higiene (tendo em conta normas culturais, o ambiente de vida, o meio familiar)	<input type="checkbox"/>	Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília)	<input type="checkbox"/>
Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas	<input type="checkbox"/>	Incumprimento do Programa-Tipo de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação	<input type="checkbox"/>
Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas	<input type="checkbox"/>	Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados)	<input type="checkbox"/>
Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas	<input type="checkbox"/>	Intoxicações acidentais repetidas	<input type="checkbox"/>
		Outros	

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ACTUAL		
Há quanto tempo? _____		
Local onde ocorreu: _____		
Alegado(a) agressor(a) (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante): _____ _____		
Outra Informação relevante: _____ _____		
Avaliação de segurança da criança/jovem:		
O(a) agressor(a) está aqui agora?	Sim	Não
A criança/jovem tem medo do(a) agressor(a)?	Sim	Não
A criança/jovem tem medo de ir para casa?	Sim	Não
As crianças testemunham a violência?	Sim	Não
O(a) agressor(a) maltrata as crianças	Sim	Não
Existem armas em casa?	Sim	Não
Existem ameaças de homicídio?	Sim	Não
Existem ameaças de suicídio?	Sim	Não
A violência tem aumentado em gravidade?	Sim	Não
Existe dependência de substâncias?	Sim	Não
Já foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não
Outros		

Ficha de Referência e de Continuidade de Cuidados em Situações de RISCO

FINALIDADE:

A Ficha de Referência e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco pretende agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção consertada e célere entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da assistência a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do SNS. Visa-se promover a continuidade de cuidados e uma intervenção mais precoce na prevenção e/ou abordagem de situações de risco biopsicossocial, desprotecção ou mau trato identificadas.

Assim, este instrumento deve ser utilizado para referenciar e solicitar a continuidade de cuidados para as situações citadas.

Qualquer profissional de saúde pode utilizá-la.

Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para os quais se solicita a colaboração do N(H)ACJR.

No campo “**Dados da mãe/pai ou pessoa responsável**”, caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á indicar o grau de parentesco, ou outro tipo de ligação à criança/jovem.

No campo “**Jardim-de-Infância/Escola**”, dever-se-á indicar o nome da escola.

No caso de se tratar de uma situação comum a vários irmãos, não é necessário o preenchimento de uma ficha para cada um. Poder-se-ão indicar os respectivos nomes e números de utente no espaço respeitante a “**Outras informações de interesse**”. Neste campo, poder-se-á ainda referir a nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos e outras considerações relevantes.

B – MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

Neste campo dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de referenciação que justificam a necessidade de intervenção junto da criança/jovem e família. No campo “**Outros motivos**” poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de referenciação.

Desta secção da Ficha, também faz parte a “**Lista de sinais, sintomas, indicadores de risco observados**” que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco (potencial ou verificado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao “**Grau de Suspeição**” e ao “**Tipo de Intervenção**”. Quanto a esta, considere: **LIGEIRA** - quando apenas requer acompanhamento e vigilância; **MODERADA** – quando necessita de uma intervenção mais específica; **INTENSIVA** – quando a situação implica medidas de promoção e protecção; **MUITO INTENSIVA** – quando a criança/jovem se encontra em perigo.

C – ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações já realizadas (ou iniciadas) com a criança/jovem e família no Serviço, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram.

De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo e contra indique tal procedimento.

D – CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Se a resposta for “Não”, a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.

Se a resposta for “Sim”, haverá que solicitar a intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto), justificando o pedido.

E – DADOS DA REFERENCIAÇÃO

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir os dados que permitam a identificação da instituição e do profissional que a estabelece.

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO

- 1) O original da Ficha será enviado ao N(H)ACJR da área de residência da criança/jovem através de Fax, Email ou Correio;
- 2) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem;
- 3) Uma segunda cópia deverá ser sempre enviada ao N(H)ACJR da Instituição que efectua esta sinalização (conforme Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro do Ministério da Saúde (Diário da República, 2.ª série) .

Apêndice I: Análise SWOT da Unidade de Saúde Familiar

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Serviço constituído por enfermeiros experientes, alguns deles EEESIP, a desempenharem funções como enfermeiro de família; -O papel de enfermeiro de família exige competências como autonomia e responsabilidade; -O funcionamento como micro-equipa otimiza a dinâmica de equipa, bons níveis de comunicação e entre-ajuda; -O enfermeiro EEESIP (enquadrado no seu papel de enfermeiro família) realiza consultas a pessoas ao longo de todo o ciclo vital (desde o recém-nascido ao idoso), promovendo uma ampla aquisição de conhecimentos e habilidades. Presta cuidados domiciliários inseridos na saúde do recém-nascido, principalmente. 	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Não existir um plano de intervenção para melhorar os níveis de literacia nas crianças, jovens e suas famílias.
Fatores Externos	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Necessidade de atuação nos níveis de literacia da população alvo de cuidados com objetivo de promoção de comportamento em saúde com impacto no bem-estar da criança e do jovem. 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Heterogeneidade da população alvo de cuidados, inclusive, reduzida literacia em saúde, baixos níveis sócio-económicos, baixa escolaridade e diversidade cultural.

Apêndice II: Fichas de Registo de Consulta *Follow-up* da Unidade de Saúde Familiar

Ficha 1

Data: 03/05 (1ª consulta a 27/04)

Dados de identificação criança/jovem:

Nome:	F. T.
Idade-chave:	12 meses
Sexo:	Feminino
Acompanhante (s):	Mãe
Habita:	Pais

Avaliação de parâmetros de crescimento:

	Mantém percentil	Alteração de percentil (observações)	Não se aplica
Comprimento/altura	X		
Peso	X		
Perímetro encefálico	X		
Tensão arterial			X
Frequência cardíaca			X

Avaliação de parâmetros de desenvolvimento:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)	Não se aplica
Motricidade global/postura	X		
Motricidade fina	X		
Visão	X		
Audição	X		
Linguagem	X		
Comportamento e adaptação social	X		
Relação com o acompanhante	X		
Relação com o estranho/ enfermeiro	X		

Avaliação de cuidados antecipatórios:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)
Cumprimento do esquema de vacinação		X
A frequentar ama, creche, escola	Em casa com a mãe	
Avaliação de dentição e hábitos de higiene oral	X	
Segurança em casa (quarto e berço/cama próprio)	X	
Segurança no transporte rodoviário	X	
Hábitos de reparação (noturno e sesta)	X	
Hábitos alimentares	X	
Controlo de esfíncteres	Utiliza fralda	
Dúvidas, questões, preocupações, intercorrências:	<p>Na 1ª consulta da idade-chave dos 12 meses para realização de avaliação do crescimento, desenvolvimento e administração de vacinação segundo o PNV, mãe solicita a administração de apenas 2 das 4 vacinas, referindo “são muitas vacinas, não quero fazer a minha filha passar por isso” (SIC). Realizado ensino acerca da evidência científica do PNV e da não maleficência do mesmo. Mãe mantém decisão de administração de apenas 2 das 4 vacinas, porém negociado com a mesma o agendamento de nova consulta no decorrer da próxima semana para realização das vacinas em falta.</p> <p>Na 2ª consulta, realiza-se a administração das restantes 2 vacinas sem intercorrências e reforça-se os ensinamentos relativos à importância da adesão ao PNV, sendo explicado o próximo momento de vacinação (aos 18 meses) e como é composto.</p>	

Ficha 2

Data: 19/05 (1ª consulta a 10/5)

Dados de identificação criança/jovem:

Nome:	J. M.
Idade-chave:	2 meses
Sexo:	Masculino
Acompanhante (s):	Mãe e avó
Habita:	Mãe e avó

Avaliação de parâmetros de crescimento:

	Mantém percentil	Alteração de percentil (observações)	Não se aplica
Comprimento/altura	X		
Peso	X		
Perímetro encefálico	X		
Tensão arterial			X
Frequência cardíaca			X

Avaliação de parâmetros de desenvolvimento:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)	Não se aplica
Motricidade global/postura	X		
Motricidade fina			X
Visão	X		
Audição	X		
Linguagem			X
Comportamento e adaptação social	X		
Relação com o acompanhante	X		
Relação com o estranho/ enfermeiro	X		

Avaliação de cuidados antecipatórios:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)
Cumprimento do esquema de vacinação	X	
A frequentar ama, creche, escola	Em casa com a mãe/ avó	
Avaliação de dentição e hábitos de higiene oral	X	
Segurança em casa (quarto e berço/cama próprio)	X	
Segurança no transporte rodoviário	X	
Hábitos de reparação (noturno e sesta)	X	
Hábitos alimentares	Aleitamento materno	
Controlo de esfíncteres	Utiliza fralda	
Dúvidas, questões, preocupações, intercorrências:	<p>Na 1ª consulta mãe, Sra. S. a demonstra preocupação relacionada com quadro de obstipação J. Referindo anteriormente evacuar diariamente cerca de 3 vezes em moderada quantidade e, referente ao dia da consulta, só tinha evacuado no dia anterior em reduzida quantidade. Assim como, tinha recusado a última mamada. O J. apresentava dor e choro vigoroso à palpação abdominal, com abdómen distendido. A Sra. S. apresentava défice de conhecimento relativamente a como atuar numa situação de obstipação, pelo que durante a consulta foi promovida a literacia em saúde, foram realizados ensinamentos relativamente ao posicionamento, massagem abdominal e estimulação anal. Após intervenções o J. evacuou em abundante quantidade fezes moles amareladas assim como saída de gases em abundante quantidade. Posteriormente, o abdómen do J. ficou depressível e sem dor ao toque. No final Sra. S. aparentemente mais calma, consegue amamentar com eficácia o J., que se alimentou com fáceis tranquilo e acabou por adormecer.</p> <p>Na 2ª consulta a Sra. S. refere que o J. tem tido trânsito intestinal regular e que tem posto em prática os ensinamentos realizados, referindo “já não tenho medo de lhe fazer a massagem, já consigo” (SIC).</p>	

Ficha 3

Data: 25/05 (1ª consulta a 18/5)

Dados de identificação criança/jovem:

Nome:	E. T.
Idade-chave:	5 anos
Sexo:	Masculino
Acompanhante (s):	Mãe
Habita:	Pais e 5 irmãos

Avaliação de parâmetros de crescimento:

	Mantém percentil	Alteração de percentil (observações)	Não se aplica
Comprimento/altura	X		
Peso	X		
Perímetro encefálico			X
Tensão arterial	X		
Frequência cardíaca	X		

Avaliação de parâmetros de desenvolvimento:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)	Não se aplica
Motricidade global/postura	X		
Motricidade fina	X		
Visão	X		
Audição	X		
Linguagem	X		
Comportamento e adaptação social	X		
Relação com o acompanhante	X		
Relação com o estranho/ enfermeiro	X		

Avaliação de cuidados antecipatórios:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)
Cumprimento do esquema de vacinação	X	
A frequentar ama, creche, escola	Pré-escola	
Avaliação de dentição e hábitos de higiene oral		X
Segurança em casa (quarto e berço/cama próprio)	X	
Segurança no transporte rodoviário	X	
Hábitos de reparação (noturno e sesta)	X	
Hábitos alimentares		X
Controlo de esfíncteres	X	
Dúvidas, questões, preocupações, intercorrências:	<p>Na 1ª consulta faltou, pelo que foi realizada uma breve consulta de enfermagem via telefónica onde foram realizados ensinamentos à mãe acerca da importância de comparecer às consultas do PNSIJ, assim como, o cumprimento de PNV. A mãe do E. compromete-se a comparecer à data agendada da próxima consulta.</p> <p>Na 2ª consulta, reforçados ensinamentos acerca do absentismo nas consultas (situação recorrente com o E. e com os outros filhos).</p> <p>Quando abordada a temática da alimentação, o E. referiu comer doces, bolachas e sumos regularmente, pelo que foram realizados ensinamentos relativamente à alimentação saudável e adequada à sua faixa etária.</p> <p>Na avaliação da dentição foram observados 4 dentes (incisivos superiores centrais e laterais) com visíveis sinais de cárie, apresentando uma cor escurecida. A mãe do E. apresentava, também, alteração da dentição (com falta de dentes e alguns deles com coloração escurecida), refere com postura descontrainda “esses dentes são de leite, vão cair de qualquer forma e depois nascem outros” (SIC), dizendo ainda que o E. não gosta de lavar os dentes. Realizados ensinamentos relativamente à hábitos de higiene oral e a importância da mãe auxiliar e supervisionar a realização dos mesmos.</p> <p>Realizada articulação com o médico assistente para referência para especialista de saúde oral, com atribuição de cheque-dentista.</p>	

Ficha 4

Data: 30/05 – 24 dias de idade (1ª consulta a 23/5 – 17 dias de idade)

Dados de identificação criança/jovem:

Nome:	E. A.
Sexo:	Feminino
Acompanhante (s):	Pais
Habita:	Pais

Avaliação de parâmetros de crescimento:

	Mantém percentil	Alteração de percentil (observações)	Não se aplica
Comprimento/altura	X		
Peso	X		
Perímetro encefálico	X		
Tensão arterial			X
Frequência cardíaca			X

Avaliação de parâmetros de desenvolvimento:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)	Não se aplica
Motricidade global/postura	X		
Motricidade fina			X
Visão	X		
Audição	X		
Linguagem			X
Comportamento e adaptação social	X		
Relação com o acompanhante	X		
Relação com o estranho/ enfermeiro	X		

Avaliação de cuidados antecipatórios:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)
Cumprimento do esquema de vacinação	X	
A frequentar ama, creche, escola	Em casa com a mãe	
Avaliação de dentição e hábitos de higiene oral	X	
Segurança em casa (quarto e berço/cama próprio)	X	
Segurança no transporte rodoviário	X	
Hábitos de reparação (noturno e sesta)	X	
Hábitos alimentares	Aleitamento materno	
Controlo de esfíncteres	Utiliza fralda	
Dúvidas, questões, preocupações, intercorrências:	<p>Na 1ª consulta pais da E. a verbalizarem preocupação relativamente à presença de cólicas, pelo que foram realizados ensinamentos referentes a sinais a observar na E., posicionamento e técnica de massagem abdominal.</p> <p>Na 2ª consulta pais da E. referem, visivelmente mais tranquilos, que E. tem mantido alguns episódios de cólica mas que já têm conseguido aplicar os ensinamentos realizados na última consulta.</p>	

Ficha 5

Data: 05/06 – 28 dias de idade (1ª consulta a 30/5 – 22 dias de idade)

Dados de identificação criança/jovem:

Nome:	J. C.
Sexo:	Masculino
Acompanhante (s):	Mãe
Habita:	Pais
Observação:	Nasceu de 35 semanas + 4 dias com 3,380 kg, com internamento na Neonatologia de 9 dias

Avaliação de parâmetros de desenvolvimento:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)	Não se aplica
Motricidade global/postura	X		
Motricidade fina			X
Visão	X		
Audição	X		
Linguagem			X
Comportamento e adaptação social	X		
Relação com o acompanhante	X		
Relação com o estranho/ enfermeiro	X		

Avaliação de cuidados antecipatórios:

	Adequado/sem alterações	Com alterações (observações)
Cumprimento do esquema de vacinação	X	
A frequentar ama, creche, escola	Em casa com a mãe	
Avaliação de dentição e hábitos de higiene oral	X	
Segurança em casa (quarto e berço/cama próprio)	X	
Segurança no transporte rodoviário	X	
Hábitos de reparação (noturno e sesta)	X	
Hábitos alimentares		X
Controlo de esfíncteres	Utiliza fralda	
Dúvidas, questões, preocupações, intercorrências:	<p>Na 1ª consulta a mãe do J. refere preocupação relacionada com a amamentação, referindo diminuição da quantidade de leite materno e da qualidade da pega na mamada, sentindo que o J. não fica saciado. Observado momento da amamentação, sem alterações. Reforçados ensinamentos acerca da amamentação e da preparação e utilização do leite adaptado, caso surja necessidade.</p> <p>Na 2ª consulta, a mãe do J. refere diminuição mais acentuada do leite materno (mesmo na extração do mesmo). Pelo que tem administrado, após a mamada, leite adaptado, com boa adaptação. O J. alimenta-se cerca de 3 em 3 horas de 70 a 90 ml, com tolerância. Monitorizado peso, mantendo-se no percentil 50. Reforçados ensinamentos relativamente à alimentação com leite adaptado.</p>	

Apêndice III: Análise SWOT do Hospital de Dia Pediátrico

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<p align="center">Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Serviço constituído por enfermeiros experientes, muitos deles EEESIP; -Existir formação profissional, auditoria, reunião multidisciplinar diária e discussão de casos clínicos para promoção da melhoria da qualidade de cuidados, filosofia de cuidados com base nos cuidados atraumáticos pediátricos e centrados na família; -Serviço composto por diversas valências: internamento, hospital de dia, visitas domiciliárias e cuidados paliativos; -Foram encontrados elevados níveis de satisfação na utilização das várias valências do serviço, através dos questionários de satisfação aplicados às crianças, jovens e suas famílias. 	<p align="center">Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Não existir preparação ou estruturação para intervenção durante o processo de transição do serviço pediátrico para o serviço de adultos.
Fatores Externos	<p align="center">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Necessidade de estruturação do processo de transição do jovem para o serviço de adultos e articulação com outros hospitais, devido ao aumento das crianças com doença crónica. 	<p align="center">Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Localização do hospital e a sua referência a nível dos serviços pediátricos, urgência e pediatria médico-cirúrgica, o que leva a elevados níveis de afluência e múltipla diversidade de utentes.

Apêndice IV: Guião de Entrevista ao Jovem em Processo de Transição do Hospital de Dia Pediátrico

- Como gostas de ser tratado/a?
- Com que género te identificas?
- Que idade tens?
- Com quem vives?
- Estás a estudar? Se sim, o quê?
- Quais as tuas disciplinas preferidas? Como é o aproveitamento escolar?
- Já trabalhaste? Se sim, a fazer o quê?
- O que te imaginas a fazer no futuro?
- Como é que descreves a tua alimentação? Tens alguns alimentos que não comes? Quantas refeições fazes ao longo do dia?
- Que *hobbies* ou atividades gostas de fazer no teu dia-a-dia?
- Tens melhor amigo/a?
- Tens um grupo de amigos com quem saís à noite? Se sim, o que fazem?
- Já experimentaste drogas? Se sim, o quê e com quem o fizeste?
- Já experimentaste álcool? Se sim, com que regularidade, com quem e em que contexto bebes?
- Tens namorado/a?
- Já iniciaste a tua vida sexual? Se sim, utilizas algum método contraceptivo?
- Já vivenciaste sentimentos de tristeza, desesperança ou ansiedade? Se sim, tiveste algum tipo de ajuda?
- Já tens carta de condução ou gostaria de a tirar?
- Quando andas na via pública utilizas medidas de segurança (exemplo, cinto de segurança, capacete, não andar de carro com amigos que beberem álcool, etc)?
- Como te sentes relativamente ao processo de transição para o serviço de adultos?
- Quem é que, normalmente, te acompanha nas consultas e exames de saúde?
- Achas que serias capaz de solicitar e questionar a equipa de saúde em relação a algo relacionado com a tua saúde?
- Sabes explicar a tua história de saúde, antecedentes pessoais e familiares?

- Sabes que medicamentos tomas, para que servem, os seus horários e os principais efeitos secundários?
- Sabes se tens alergia a algum medicamento ou alimento?
- Sabes marcar uma consulta ou exame? Se sim, já o fizeste sozinho/a?
- Tens os contactos da equipa de saúde que te acompanha?
- Tens algum seguro de saúde? Se sim, sabes utilizá-lo?
- Imaginaste a frequentar sozinho/a os cuidados de saúde?
- Como é que achas que seria importante as equipas de saúde fazerem durante o processo de transição?

**Apêndice V: *Check-list* do Processo de Transição do Hospital de Dia
Pediátrico**

Consulta nº 1, data: _____

Parte 1

Intervenientes: jovem e pais

Objetivo: promover diálogo, partilha de responsabilidades e treino de habilidades

A realizar:

- Introdução ao tema do processo de transição;
- Como agendar e desmarcar consultas/ exames;
- Avaliar a adesão ao regime medicamentoso (conhecer a medicação, horários, aquisição da mesma, utilização de receitas médicas);
- Confirmar se têm os contactos dos profissionais de saúde de referência do serviço de pediatria, principalmente, dos gestores do processo de transição (médico e enfermeiro);
- (Se aplicável) Conhecer o subsistema/seguro de saúde e como utilizar.

Parte 2

Intervenientes: jovem

Objetivo: conhecer a individualidade do jovem, comportamentos de risco, dúvidas, medos e preocupações

A realizar:

- Entrevista estruturada segundo acrónimo HEADSSS;
- Aplicação do QAPT- Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição;
- Falar sobre os resultados obtidos.

Consulta nº 2, data: _____

Parte 1

Intervenientes: jovem e pais

Objetivo: promover diálogo, avaliar conhecimentos e realizar ensinios

A realizar:

- Rever tópicos anteriormente abordados e a existência de dúvidas, medos e preocupações;
- Avaliar conhecimentos e competências relacionados com a doença crónica;

Parte 2

Intervenientes: jovem

Objetivo: monitorizar alterações desde a última consulta, fortalecimento de relação terapêutica e reforçar competências, comportamentos positivos e auto-estima.

A realizar:

- Providenciar momento para refletir sobre a última consulta;
- Entrevista estruturada segundo acrónimo HEADSSS;
- Falar sobre os resultados obtidos, comparando-os com os da anterior consulta.

Consulta nº 3, data: _____

Parte 1

Intervenientes: jovem e pais

Objetivo: promover diálogo, avaliar conhecimentos e realizar ensinios

A realizar:

- Rever tópicos anteriormente abordados e a existência de dúvidas, medos e preocupações;
- Informar acerca das diferenças nas políticas e filosofias de cuidados entre os serviços pediátricos e de adulto;
- Falar sobre a confidencialidade, explicar a possibilidade de manter a presença dos pais se este for o desejo do jovem, sendo esta autonomia e responsabilização gradual;
- Providenciar os nomes e contactos dos profissionais com quem irão contactar no serviço de adultos.

Parte 2

Intervenientes: jovem

Objetivo: analisar evolução da autonomia, conhecimentos e habilidades

A realizar:

- Aplicação de novo do QAPT- Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição;
- Falar sobre os resultados obtidos, comparando-os com os anteriormente obtidos.

Consulta nº 4, data: _____

Parte 1

Intervenientes: jovem e pais

Objetivo: promover diálogo, avaliar conhecimentos e realizar ensinós

A realizar:

- Rever tópicos anteriormente abordados e a existência de dúvidas, medos e preocupações;
- Rever conhecimentos e competências acerca da doença (medicação, complicações);
- Entrega de folhetos informativos acerca dos serviços de adultos;
- Obter consentimento para a transferência do processo clínico para o serviço de adultos.

Parte 2

Intervenientes: jovem

Objetivo: promover fortalecimento de relação terapêutica, reforçar competências, comportamentos positivos e auto-estima e analisar evolução da autonomia, conhecimentos e habilidades

A realizar:

- Entrevista estruturada segundo acrónimo HEADSSS;
- Aplicação de novo QAPT- Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição;
- Falar sobre os resultados obtidos, comparando-os com os anteriormente obtidos.

Consulta nº 5, data: _____

Parte 1

Intervenientes: jovem e pais

Objetivo: recolher informação, avaliar conhecimentos e promover autonomia

A realizar:

- Rever tópicos anteriormente adorados e a existência de dúvidas, medos e preocupações;
- Elaborar um resumo da história clínica, inclusive antecedentes pessoais e familiares;
- Agendar consulta conjunta com: gestor do caso, equipa de saúde do serviço de adultos, jovem e pais (se assim este o desejar).

Parte 2

Intervenientes: jovem

Objetivo: avaliar autonomia, responsabilização e vontade em desempenhar este novo papel

A realizar:

- Promover momento de reflexão acerca deste novo papel;
- Falar sobre medos, dúvidas e preocupações;
- Questionar acerca de planos/ projetos futuros.

Consulta nº 6, data: _____

Observação: a consulta 6 deverá ocorrer após consulta conjunta entre profissionais de ambos os serviços, jovem e pais, se este assim o desejar. Nesta consulta é esperado existir uma discussão do plano de cuidados com todos os intervenientes. Na transmissão de informação entre o enfermeiro gestor de caso e o enfermeiro do serviço de adultos sugere-se a utilização da técnica ISBAR (identificação, situação atual, antecedentes, avaliação, recomendações), assim como deverá ser facultada as entrevistas segundo o acrónimo HEADSSS e a evolução avaliada nos questionários QAPT- Questionário de Avaliação do Preparo para a Transição.

Intervenientes: jovem e pais (se este assim o desejar)

Objetivo: terminar o processo de transição de cuidados de forma segura e eficaz, tendo em conta a individualidade do jovem

A realizar:

- Falar acerca da consulta conjunta, pensamentos, sentimentos e emoções vivenciadas;
- Questionar acerca de pontos positivos e negativos da transição de cuidados;
- Promover momento para responder a questões e realizar sugestões;
- Entregar documentos de transferência: resumo de história clínica e carta de alta;
- Informar acerca da próxima consulta no serviço de adultos;
- Agendar contacto telefónico a realizar por gestor do processo de transição após a primeira consulta no serviço de adultos.

Apêndice VI: Diário de Aprendizagem do Hospital de Dia Pediátrico

A elaboração do projeto individual promoveu a reflexão acerca dos cuidados prestados em contexto pediátrico, na atualidade. “O cuidado de enfermagem auxilia o jovem a explorar a transição por meio das suas expectativas e experiências, a identificar os acontecimentos stressantes, a compreender como os suportes pessoais e externos podem fornecer vantagens ou desvantagens à transição e, fundamentalmente, a enfrentar a assimilação da transição” (Abreu Azevedo, 2012, pág. 27). Realça-se a importância de se criarem planos estruturados de atuação no processo de transição do jovem para o serviço de adultos, que promovam um papel ativo e participativo do mesmo na sua saúde, com gradual responsabilização e capacitação. O desempenho deste novo papel vai exigir ao jovem autonomia, responsabilidade, adesão terapêutica, auto-estima e autoconfiança.

A identificação do melhor momento para se iniciar o processo de transição pode ser exigente pois, apesar da literatura referir que o processo de transição deve ser iniciado na fase inicial da adolescência, sabe-se que segundo o conceito de adulto emergente, o jovem, na atualidade, só assume papéis de maior responsabilidade mais tardiamente.

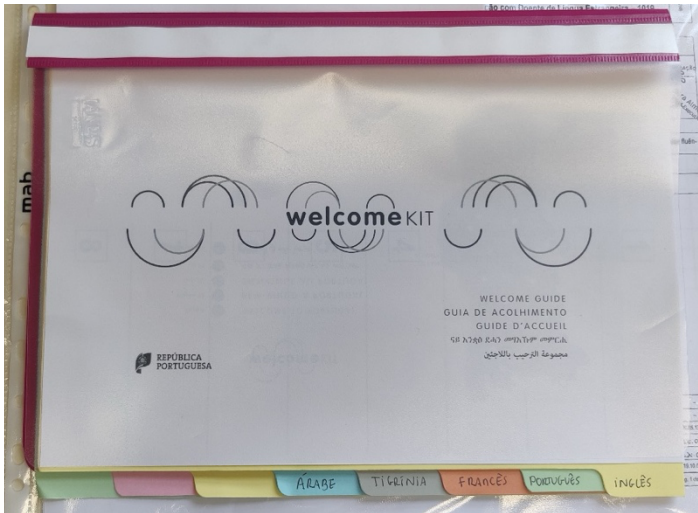
Enaltece-se ainda, a importância de serem realizadas formações à equipa multidisciplinar para alertar para a relevância da preparação e planeamento prévio do processo de transição de cuidados de saúde no jovem com doença crónica. Sugere-se a promoção de momentos para discussão de estudos de caso em que estejam presentes profissionais de ambos o serviço para melhoria contínua dos cuidados prestados. “Uma preparação prévia das transições constitui uma condição facilitadora, ao passo que a falta de *planeamento* de uma transição é, por sua vez, uma condição inibidora” (Abreu Azevedo, 2012, pág. 26).

Apêndice VII: Análise SWOT do Serviço de Neonatologia

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Serviço constituído por enfermeiros experientes, muitos deles EEESIP; -Existir formação profissional, auditoria, reunião multidisciplinar diária e discussão de casos clínicos para promoção da melhoria da qualidade de cuidados, filosofia de cuidados com base nos cuidados atraumáticos pediátricos e centrados na família; -Serviço composto por diversas valências: unidade de cuidados intermédios neonatais, unidade de cuidados intensivos neonatais, unidade de cuidados intensivos pediátricos e visitação domiciliária. 	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Não existir planeamento de intervenções de enfermagem especializadas para recém-nascidos e pais imigrantes.
Fatores Externos	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Necessidade de intervenções individualizadas à cultura, língua, característica dos recém-nascidos internados em Neonatologia e seus pais em contexto de imigração em Portugal. 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Localização do hospital e a sua referência a nível dos cuidados de Neonatologia, apresentando elevados níveis de afluência e múltipla diversidade cultural.

Apêndice VIII: “A Caixa de Acolhimento à Família Imigrante” do Serviço de Neonatologia

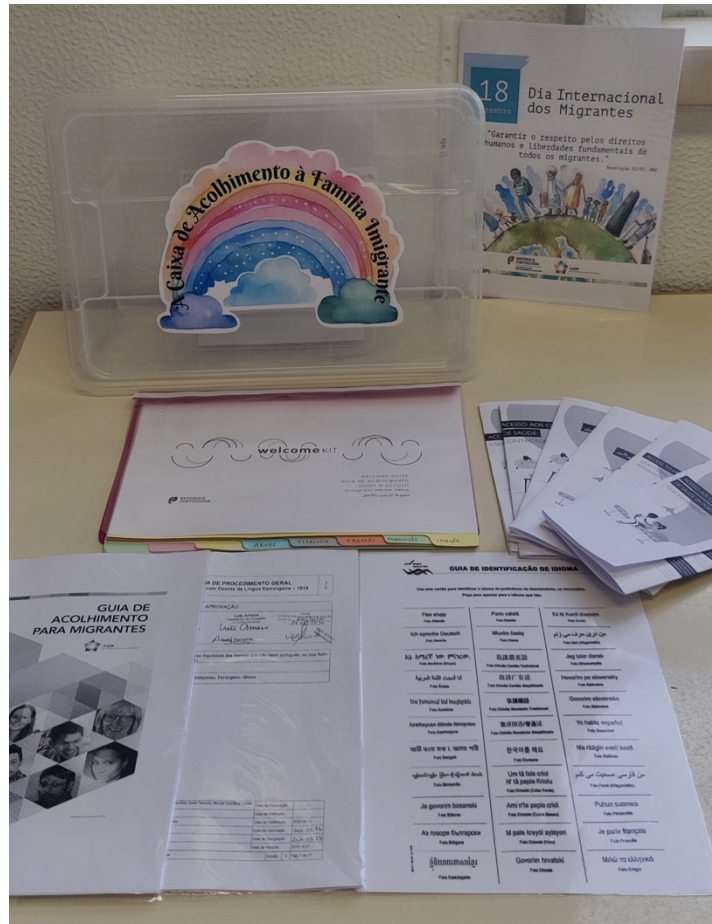




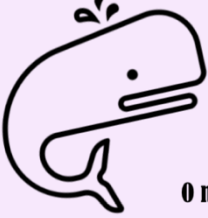
GUIA DE IDENTIFICAÇÃO DE IDIOMA

Use este cartão para identificar o idioma de preferência do doente/admitido, se necessário.
Para apontar para o idioma que fala.


Faa shqip Fala Albanês	Parlo català Fala Catalão	Es bi Kiurdî draxîm Fala Curdo
Ich spreche Deutsch Fala Alemão	Mluvím česky Fala Checo	من لوى حرفى مى زلم Fala Cur (Migração)
እኔ አማርኛ ቤ-ምናገራለሁ Fala Amárico (Etopia)	我講廣東話 Fala Chinês Cantão Tradicional	Jeg talar dansk Fala Dinamarquês
أنا لحدث اللغة العربية Fala Árabe	我讲广东话 Fala Chinês Cantão Simplificado	Hovorim po slovensky Fala Eslovaco
biy hünarim bi haşşîzîzi Fala Arménio	我講國語 Fala Chinês Mandarim Tradicional	Govorim slovensko Fala Eslovaco
Azərbaycan dilində danışam Fala Azerbaijano	我讲普通话 Fala Chinês Mandarim Simplificado	Yo hablo español Fala Espanhol
ଆମି ଭାଷା ବାଚା ଚାହେଁ ଏମି Fala Bengali	한국어를 해요 Fala Coreano	Ma räägin eesti keelt Fala Estónio
كەسە ئێمە ئێمە ئێمە ئێمە Fala Birmão	Um tá fala criou N tá papia criou Fala Crioulo (Cabo Verde)	من فارسی صحبت می کنم Fala Farsi (Migração)
Ja govorim bosanski Fala Bósnio	Ami nta papia criou Fala Crioulo (Guiné Bissau)	Puhun suomea Fala Finlandês
Az oroszra beszélek Fala Búlgaro	M pale kreýðil zýsýeyn Fala Creole (Haiti)	Je parle français Fala Francês
გვინათმარსა Fala Cabugiense	Govorim hrvatski Fala Croata	Μιλώ το ελληνικά Fala Grego



Apêndice IX: Cartões de Identificação do Recém-nascido do Serviço de Neonatologia



OLÁ!





O meu nome é _____


Nasci a ___/___/___

A minha mãe chama-se _____


O meu pai chama-se _____

Português



ہیلو!





_____ میرا نام ہے

_____ / ___ / ___ میں بابا پیدا ہوا تھا۔

_____ میری ماں کا نام ہے

_____ میرے والد کا نام ہے


ПРИВІТ!



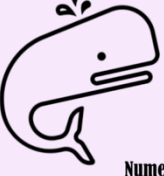
Мене звати _____

Я народився ___/___/___


Мою маму звати _____

Мого батька звати _____





Buna ziua !





Numele meu este _____

M-am nascut pe ___/___/___

Numele mamei mele este _____

Numele tatalui meu este _____


Здравствуйте!




Меня зовут _____

Я родилась ___/___/___

Мою маму зовут _____

Моего отца зовут _____



مرحباً بكم


اسمي هو _____

ولدت في ____/____/____

اسم أمي هو _____

اسم والدي هو _____








你好

我的名字是_____

我出生在____/____/____

我妈妈的名字是_____

我父亲的名字是_____




HELLO!

My name is _____

I was born to ____/____/____

The name of my mother is _____

The name of my dad is _____



Bonjour!

Je m'appelle _____

Je suis né le ____/____/____

Ma mère s'appelle _____

Le nom de mon père est _____


Ciao!


Il mio nome è _____

Sono nato il ____/____/____

Il nome de mia madre è _____

Il nome di mio padre è _____







Hallo!

Mein name ist _____

Ich wurde geboren am ____/____/____

Der name meiner mutter ist _____


Der name meines vaters ist _____

Apêndice X: Análise SWOT do Serviço de Urgência Pediátrica

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço constituído por enfermeiros experientes, alguns deles EEESIP; - Serviço composto por diversas valências, inclusive, triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de pequena cirurgia e UICDs; - Equipa de enfermagem dinâmica, com bons níveis de comunicação, entre ajuda, gestão de stress e de adaptação às várias valências do serviço; - A equipa multidisciplinar realiza diversas ações formativas e treino de dinâmicas, principalmente, relativo à prática de cuidados em situação de instabilidade de sinais vitais em sala de reanimação. 	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existir necessidade de uma maior sensibilização e familiaridade com a temática de crianças e jovens vítimas de maus-tratos, de forma a se uniformizar o diagnóstico e intervenção e, conseqüentemente, uma maior eficácia na sinalização dos mesmos.
Fatores Externos	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - O SUP ser um local privilegiado e de elevada importância para a identificação e sinalização de situações de maus-tratos em crianças e jovens. 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localização do hospital e a sua referência a nível dos cuidados de Urgência Pediátrica, apresentando elevados níveis de afluência, população heterogénea e múltipla diversidade de queixas para vindas ao SUP.

Apêndice XI: Ação Formativa de Sensibilização para a Temática Crianças e Jovens em Risco/Perigo de Maus-Tratos do Serviço de Urgência Pediátrica



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

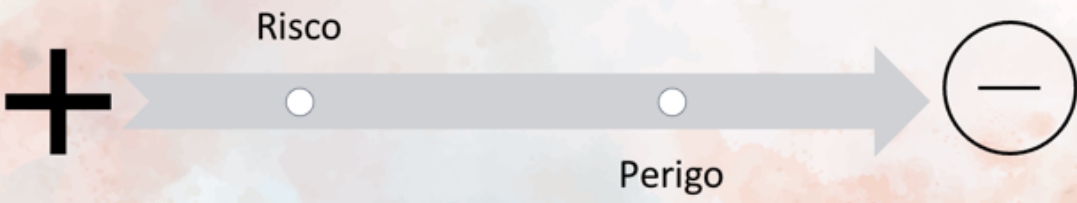
Ação Formativa de Sensibilização para a Temática: Crianças e Jovens em Risco/Perigo de Maus-Tratos

Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio final e Relatório
Enfermeiro Orientador: EEESIP [REDACTED]
Regente: Professora Doutora Pontífice Sousa
Docente: Professora Doutora Zaida Charepe
Ano letivo 2023/2024
1º Semestre
Discente: Filipa de Goulart Corte Real Ferreira, nº192022083

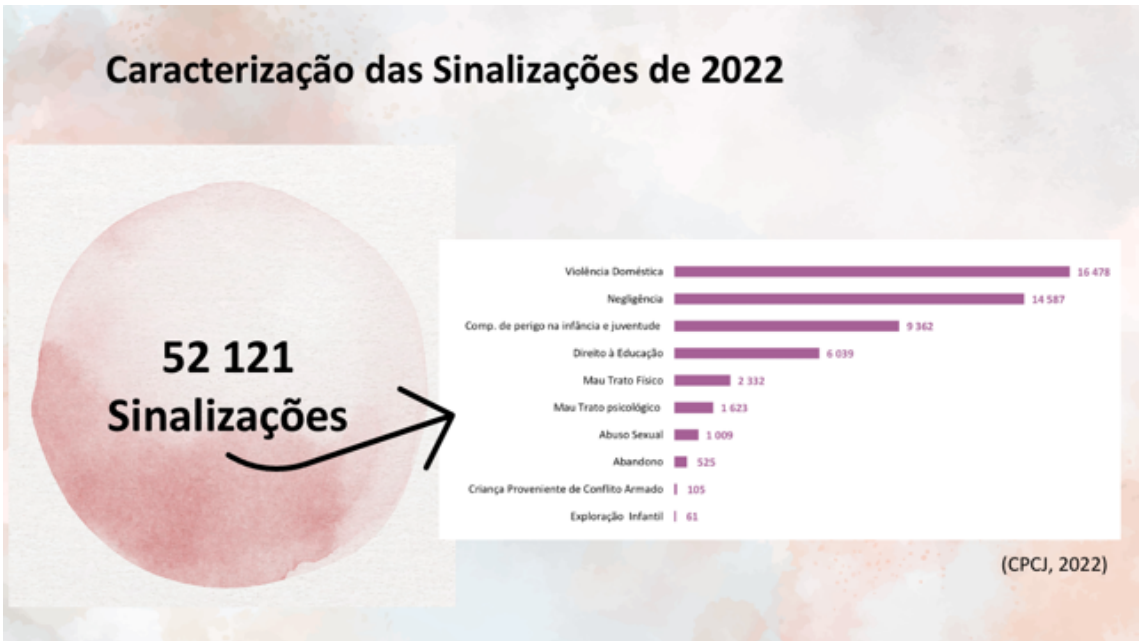
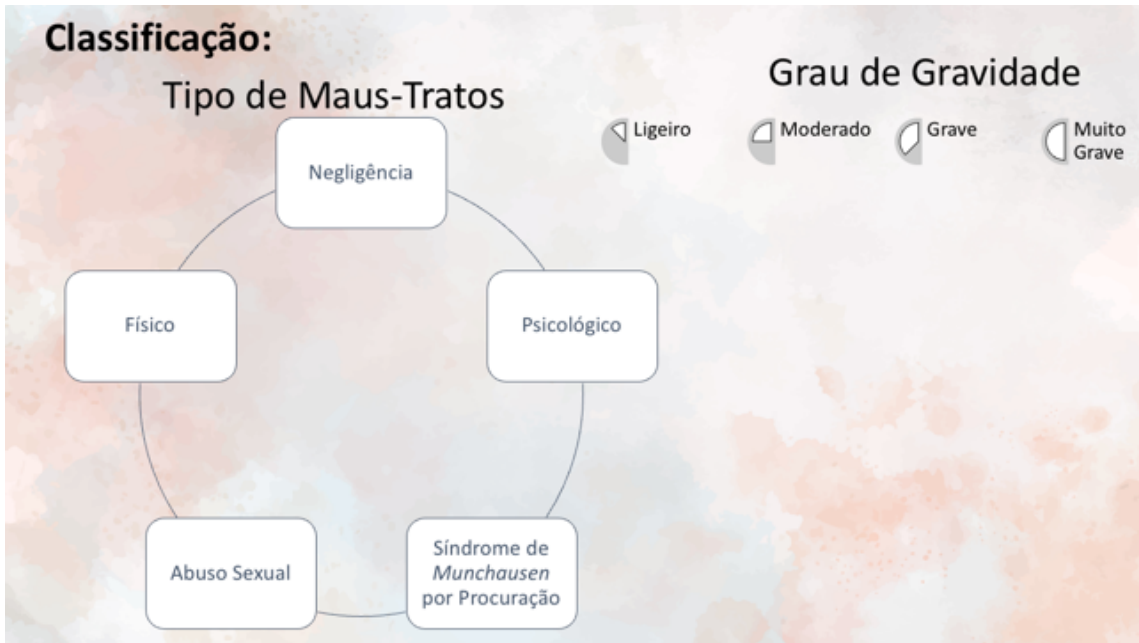
Conceito de Maus-Tratos em Crianças e Jovens

“Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima” (DGS, 2011)

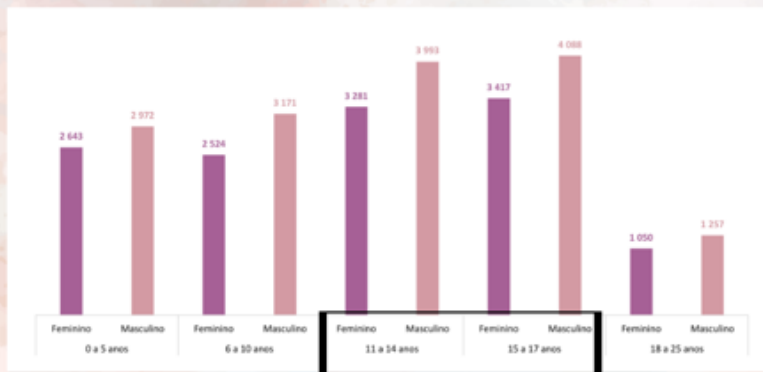


Risco

Perigo



Caracterização da População em Risco/Perigo



Total: 28 396
crianças e jovens

2 034
Nacionalidade
Estrangeira

Brasil, Cabo Verde
e Angola

(CPCJ, 2022)


Importância da temática para a Enfermagem

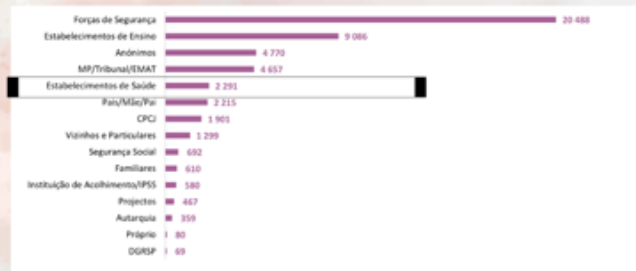


(CPCJ, 2022)



A importância da sinalização

49 564 Notificações  4% Realizado por Profissionais de Saúde



(CPCJ, 2022)

Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica / Serviço de Urgência Básica / Consulta de Referência ao outro

A. Dados de Identificação da Criança/Servidor

Data: _____ (Identificação da criança através de instituição)

Nome: _____

Nacionalidade: _____

Nome de Mãe: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Nome do Pai: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Responsável pela criança (quem registar grau de parentesco / outra situação): _____

Endereço (se não institucionalizado): _____ Contacto: _____

Não Sim Identificação da instituição

acompanhante da criança (se não institucionalizado): _____ Acompanhante de instituição Outro

Local que frequenta durante o dia: _____ Escola Creche/Jardim de Infância / Escola Domícilio, ficando com _____ Outros, ficando com _____

Outras informações de interesse: _____

Motivo porque recorre ao Serviço: _____

B. Motivos de encaminhamento

Identificação de uma situação de risco (sempre ou continuamente)

Não trata risco Sinalização grave

Não trata psicológico / emocional Abandono

Abandono físico Substituição de parental/familiar

Abuso sexual (suspeita) Abuso sexual (confirmado)

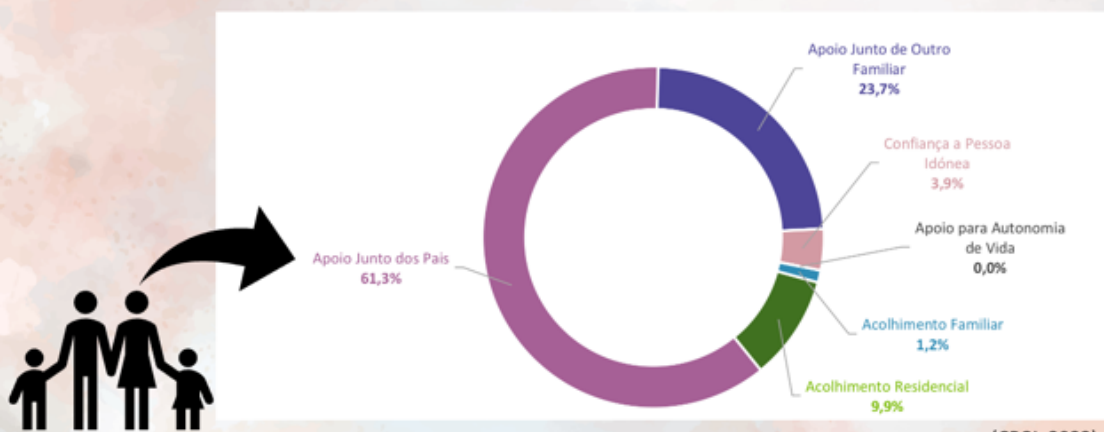
Outros: _____

Apercebido anteriormente (suspeita) _____ há quanto tempo? _____

Tipos de Sinalização: Suspeita Sinalização rotunda Sinalização rotunda Sinalização rotunda

Tipos de intervenção: Apoio Medicação Encaminhamento Apoio rotundo

Medidas aplicadas em 2022



(CPCJ, 2022)

Sinais, sintomas e indicadores:

NEGLIGÊNCIA

- Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e o meio familiar*);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- Incumprimento do Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas);
- Intoxicações e acidentes de repressão.

(DGS, 2011)

Sinais, sintomas e indicadores:

MAU TRATO FÍSICO

- Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, periorcular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);
- Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;
- Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fracturas das costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;
- Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;
- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;
- Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);
- Alterações graves do estado nutricional.

(DGS, 2011)

Sinais, sintomas e indicadores:

MAU TRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL

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

(DGS, 2011)

Sinais, sintomas e indicadores:

ABUSO SEXUAL

- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção);
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- Lesões no pénis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infecções de transmissão sexual;
- Gravidez.

(DGS, 2011)

Referências Bibliográficas

- APAV. (2011). Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência: Compreender, Intervir e Prevenir.
- Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa.
- CPCJ. (2018). Promoção e Proteção dos Direitos das Crianças.
- CPCJ. (2022). Avaliação da Atividade das CPCJ.
- DGS. (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lidel.
- OE. (2015). *Código Deontológico*.
- OE. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- OE. (2021). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados Diferenciados em Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- UNICEF. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança.

Apêndice XII: Diário de Aprendizagem do Serviço de Urgência Pediátrica

A temática das crianças e jovens em risco de maus-tratos sempre foi algo que desejei deter mais conhecimentos e experiência. Foi com muito agrado que aceitei a oportunidade de estar presente na reunião do NHACJR de dia 28 de novembro de 2023.

Esta reunião ocorre semanalmente, é constituída pelos quatro elementos que formam o núcleo, entre eles: a enfermeira chefe do SUP, a enfermeira coordenadora do internamento pediátrico, a médica responsável por ambos os serviços e a assistente social.

Foram discutidos nove casos de crianças e jovens em risco de maus-tratos. Relativamente há população em causa, crianças e jovens com idades compreendidas entre 1 mês de idade e 16 anos, de ambos os sexos e de várias nacionalidades.

Em cada um dos casos a profissional de saúde responsável, por trazer a sinalização, faz um enquadramento acerca dos dados conhecidos da criança ou jovem e sua família, o motivo de procura dos cuidados de saúde e leitura da Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco, previamente preenchidas pelos profissionais de saúde que detetaram a situação de risco ou perigo. Posteriormente, foi discutida a medida a tomar e os serviços necessários a se articular, inclusive: USF, ministério público, lar de acolhimento conjunto, equipa de saúde escola e diretor de turma e CPCJ da área de residência.

As crianças e jovens sinalizadas correspondiam a casos de maus-tratos a nível de: negligência (três dos casos), abuso sexual (um caso), maus-tratos físico (dois casos), risco de mutilação genital feminina (um caso) e risco de vivenciarem situação de sem abrigo (dois casos).

Durante a reunião senti a importância do papel ativo da equipa de enfermagem na garantia dos direitos das crianças e jovens sinalizadas. Compreendi como pode ser ténue o sinal, sintoma ou indicador de maus-tratos salientando a importância da deteção de conhecimentos acerca da temática que permitam uma avaliação física, psicologia e entrevista detalha, caso suspeita de maus-tratos. A necessidade de a criança ser cuidada pelo outro, faz com que seja considerada posse de quem a cuida (em alguns dos casos), cabendo aos EEESIP ter um olhar atento sobre elas. Percebi que o estigma envolto da sinalização não é fundamentado, e que sim deve-se sinalizar sempre que haja suspeita que a criança ou jovem não viva num ambiente de proteção, segurança e harmonia.

Sinto que é um trabalho “invisível” realizado por profissionais de saúde dedicados a promoverem a segurança e os direitos das crianças e jovens, que não esperam reconhecimento ou agradecimento do outro. Senti-me grata por o ter vivenciado, com certeza que não serei a mesma após esta experiência.

Apêndice XIII: Protocolo da *Scoping Review* “O conceito de vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem”

TÍTULO: O conceito de vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem: uma scoping review

(1) cristiana.moura.8@gmail.com, 963811036, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal, <https://orcid.org/0009-0003-0593-6705>;

(2) filipagcrferreira@gmail.com, 963053020, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal, <https://orcid.org/0009-0008-8363-5920>;

(3) zaidacharepe@ucp.pt, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal, <http://orcid.org/0000-0003-0080-4482>.

RESUMO

Introdução: A vulnerabilidade em saúde das crianças é multifatorial, surge de uma conjugação de vários fatores que alinhados entre si colocam a criança em risco.

Objetivos: Mapear o que existe na evidência científica acerca do que é vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem.

Materiais e Métodos: Realizou-se uma scoping review, seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete, Pubmed, Scopus, nos períodos de fevereiro a abril de 2024, sem friso temporal.

Palavras-Chave: Vulnerabilidade em saúde; Criança; Enfermagem pediátrica; Cuidados de enfermagem.

Introdução

A criança define-se como ser humano com idade inferior a 18 anos, exceto se apresentar doença crónica, incapacidade ou deficiência, nesse caso será até aos 25 anos de idade^{1,2}.

Durante o período de crescimento e desenvolvimento a criança necessita de ser cuidada, assistida e protegida por um adulto, esta dependência torna-a desde logo um ser vulnerável. Ao se reconhecer esta vulnerabilidade é possível alertar, reforçar, incentivar e ensinar os pais para a importância de promover um ambiente saudável e seguro com estímulos adequados às necessidades da criança assim como a utilização de sistemas e serviços de apoio disponíveis na comunidade, como o uso correto dos serviços de saúde, que possam contribuir para a promoção de um saudável desenvolvimento infantil.

Reconhece-se na sociedade em geral, a responsabilidade de garantir a sobrevivência e desenvolvimento adequado da criança, assim como, a proteger de qualquer forma de maus-tratos, dedicando especial atenção aos cuidados de saúde primários, para promoção de comportamentos saudáveis em saúde, com o objetivo de assegurar que a criança desfrute sempre do melhor estado de saúde possível^{3,4}.

Os enfermeiros devem intervir para proteger os direitos da criança, sobretudo quando estão implicados processos de saúde-doença^{5,6}.

Os cuidados de saúde equitativos e adaptados às crianças envolvem a prestação de serviços com a participação ativa e consciente da criança e pais; a promoção da saúde que incentive a autonomia e independência em saúde; a proteção da exposição a fatores de risco e prevenção, visando sempre o superior interesse da criança^{7,8}.

Os cuidados de enfermagem devem ser individualizados às necessidades de criança, e a fatores de vulnerabilidade, inclusive, em crianças com deficiência, institucionalizadas, sem-abrigo, migrantes/refugiadas, vítimas de maus-tratos e/ou deficitários contextos socioeconómicos^{7,8}.

A vulnerabilidade em saúde sob a perspectiva de análise da população pediátrica, tem um caráter multifatorial, e surge de uma conjugação de vários fatores que alinhados entre si colocam a criança em risco. Segundo vários estudos, alguns dos fatores precipitantes de vulnerabilidade nas crianças são: residirem em comunidades e/ou locais de risco; pobreza e/ou exclusão social; prematuridade; doença mental nas figuras de referência à criança e jovem; estilos de parentalidade desadequados⁹.

Existe uma maior probabilidade de existirem maus-tratos infantis quando há predominância destes fatores de risco e ausência ou insuficientes fatores protetores⁹.

Materiais e métodos

Esta revisão de literatura seguiu as recomendações de Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews^{10,11}.

Foi definida a seguinte questão de revisão: “Como é caracterizado o conceito de vulnerabilidade em saúde na população pediátrica no contexto dos cuidados de enfermagem?”. Esta revisão considerou todos os estudos que incluam crianças desde o nascimento à adolescência (0 aos 18 anos), salvo exceção, até aos 25 anos tendo em conta a presença de doença crónica, incapacidade ou deficiência¹; incluindo todos os estudos que se foquem no conceito de vulnerabilidade em saúde. O contexto considerado nos estudos incluídos, reportou-se aos cuidados de enfermagem.

Nesta revisão de literatura foram incluídos os artigos científicos que se apresentam nos idiomas português e inglês. Foram considerados estudos primários, com metodologias qualitativas, quantitativas ou mistas, bem como revisões da literatura (narrativas ou sistemáticas) e estudos de caso, não tendo sido estabelecido limite temporal. A pesquisa exploratória nas bases de dados CINAHL Complete, Pubmed, Scopus, e OpenAire para a pesquisa da literatura cinzenta, foi realizada entre fevereiro e abril de 2024. Esta pesquisa contribuiu para elaborar uma estratégia de pesquisa abrangente, sensível e específica,

nomeadamente através da identificação das palavras-chave em linguagem natural ou *descritores na DeCS/Mesh*, com recurso aos termos booleanos *AND* e *OR* e *NOT*. Neste sentido, foi desenvolvido um quadro de termos de pesquisa (Tabela I).

Tabela I - Termos de pesquisa indexados para as bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*

	Livres/Naturais	MeSH	CiNhal
Conceito 1	<i>paediatric*</i> OR <i>pediatric*</i> OR “ <i>pediatric nursing</i> ” OR <i>child*</i>	“ <i>Pediatric Nursing</i> ” OR <i>child</i> OR <i>Pediatrics</i>	“ <i>Pediatric Nursing</i> ” OR <i>child</i> OR <i>Pediatrics</i>
Conceito 2	“ <i>Health vulnerability</i> ”		

Conflito de interesses: As autoras declaram não existir conflito de interesse relacionado com o artigo.

Financiamento: As autoras não têm fontes de financiamento a declarar.

Referências bibliográficas:

1. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
2. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador De Boa Prática: Promover o desenvolvimento infantil na criança In Cadernos OE (Vol. 1). 2010. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
3. World Health Organization. Child and Adolescent Health and Development. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/adolescent-health-and-development>
4. UNICEF Portugal. Convenção sobre os Direitos da Criança. 1990. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
5. Ramos AL. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 2020.
6. Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico in Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
7. Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas. Cuidados de saúde Adaptados às Crianças. 2011.
8. Ordem dos Enfermeiros. Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada. 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

9. Pereira P. Maus-Tratos à Criança: Fatores de Vulnerabilidade e de Proteção. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa, Portugal. 2008.
10. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement. Austrália: The Joanna Briggs Institute; 2015.
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
13. Peixoto MV, Duque AM, Santos AD, Lima SVAM, Gonçalves TP, Novais APS, de Carvalho S, Voci SM, de Araujo KCGM, Nunes MAP. Spatial analysis of cerebral palsy in children and adolescents and its association with health vulnerability. *Geospatial Health.* 2020;15(1). <https://doi.org/10.4081/gh.2020.817>
14. Hudson MM, Findlay S. Health-risk behaviors and health promotion in adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer.* 2006 Oct 1;107(7 Suppl):1695-701. doi: 10.1002/cncr.22103. PMID: 16902946.
15. Iacono G. An Affirmative Mindfulness Approach for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth Mental Health. *Clin Soc Work J.* 2019;47:156–166. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0656-7>
16. Souza EM, Macedo AF, Costa BC, Tocantins FR, Pellon LHC, Almerinda M. Children, vulnerability and educative practices. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)* [Internet]. 27º de janeiro de 2014 [citado 7º de abril de 2024];6(1):305-11. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/2696>

17. Joshua P, Zwi K, Moran P, White L. Prioritizing vulnerable children: Why should we address inequity? *Child: Care, Health and Development*. 2015;41(6):818–826. <https://doi.org/10.1111/cch.12264>
18. Armbruster-Genç DJ, Nabi R, Kit J, Alturkistani A, Malek J, Bleyer A, et al. Estimation of underreporting in childhood cancer incidence. *JAMA Pediatr*. 2022;176(11):1063.
19. Goemans, A., Viding, E., McCrory, E. (2023). Child Maltreatment, Peer Victimization, and Mental Health: Neurocognitive Perspectives on the Cycle of Victimization. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 530-548. <https://doi.org/10.1177/15248380211036393>
20. Kathono J, Nyongesa V, Mwaniga S, Obonyo G, Yator O, Wambugu M, Banerjee J, Breuer E, Duffy M, Lai J, Levy M, Njuguna S, Kumar M. Adolescent perspectives on peripartum mental health prevention and promotion from Kenya: Findings from a design thinking approach. *PLoS One*. 2024 Jan 2;19(1): e0290868. doi: 10.1371/journal.pone.0290868.
21. Silva, D.I. da, Mello, D.F. de Takahashi, R.F., Hollist, C.S., Mazza, V. de A., Veríssimo, M. de L. Ó. R. (2018). Validation of vulnerability markers of dysfunctions in the socioemotional development of infants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2736.3087>
22. Perry KJ, Penner F, Contreras HT, Santos RP, Sarver DE. A U.S. National Study of Family Resilience During the COVID-19 Pandemic. *J Child Fam Stud*. 2023;32(6):1627-1642. doi: 10.1007/s10826-023-02581-5. Epub 2023 Apr 27. PMID: 37304391; PMCID: PMC10134703
23. Stephens N, Knibbs LD, Melody SM, Venn AJ, Dalton MF, Dharmage SC, Johnston FH. Contrasting Health Outcomes following a Severe Smoke Episode and Ambient Air

- Pollution in Early Life: Findings from an Australian Data Linkage Cohort Study of Hospital Utilization. *Environ Health Perspect.* 2023 Nov;131(11):117005. doi: 10.1289/EHP12238. Epub 2023 Nov 14. PMID: 37962441; PMCID: PMC10644899.
24. Hino, P., Takahashi, R.F., Nichiata, L.Y.I., Apostólico, M.R., Taminato, M., Fernandes, H. (2019). Interfaces of vulnerability dimensions in violence against children. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 72(suppl 3), 343-347. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0463>
25. Marques, E.; Macedo, F.; Campos, B.; Romijn, F.; Henrique, L.; Moreira, A. (2014). Criança, vulnerabilidades e práticas educativas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.* 6(1), 305-311. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n1p305>