



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Criança em Risco: As Intervenções do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos

Child at Risk: The interventions of nurses in prevention of child abuse

Por:

Gonçalo Miguel Cordeiro Duarte Guerreiro

Lisboa, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Criança em Risco: As Intervenções do enfermeiro na prevenção dos maus-tratos

Child at Risk: The interventions of nurses in prevention of child abuse

Por:

Gonçalo Miguel Cordeiro Duarte Guerreiro

Sob Orientação de:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, 2019

“Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz.”

Madre Teresa de Calcutá.

A todas as crianças, jovens e famílias que partilharam comigo histórias de vida, lágrimas e sorrisos. Foi com elas que cresci enquanto profissional e sobretudo enquanto pessoa.

Ajudaram-me a valorizar ainda mais a vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmã por toda a compreensão e suporte. Por acreditarem sempre em mim.

À minha namorada Carolina por apoiar esta minha aventura. Pela compreensão nos momentos de cansaço e desânimo. Pelo constante incentivo, apoio e por ter sempre esperança em mim.

À Manuela por ter partilhado comigo experiências sobre o tema, que se revelaram importantes ao longo de todo o processo.

Às Marias por terem partilhado comigo conhecimento, momentos de alegria e sobretudo os desesperos e desabafos inerentes a este desafio. E principalmente por todo o apoio.

A todos os profissionais de saúde envolvidos nesta minha jornada de aprendizagem, principalmente os enfermeiros orientadores que mostraram disponibilidade e apoio.

À enfermeira Lurdes por me ter despertado o interesse e vontade de explorar o tema deste relatório.

A todos os professores da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Mas principalmente à “minha” Professora Orientadora, Doutora Elisabete Nunes, por todos os conselhos, apoio manifestados e principalmente pela disponibilidade incessante ao longo desta minha caminhada.

A todas as crianças, jovens e famílias a que prestei cuidados de enfermagem e fui conhecendo ao longo deste percurso, porque sem eles todo este processo de aprendizagem não teria acontecido.

Todas estas pessoas simbolizam um marco nesta minha caminhada tornando-a mais gratificante a cada dia. A todos, um grande

Obrigado!

RESUMO

Este relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, apresenta a descrição, a análise e a reflexão de todo o percurso realizado ao longo dos estágios, que levou à aquisição de competências pessoais, competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem e competências comuns de enfermeiro especialista e de mestre. A temática transversal deste relatório relaciona-se com as intervenções do enfermeiro para a prevenção dos maus tratos na criança, fundamentando a minha prática ao longo dos estágios através do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que identifica e esquematiza conceitos determinantes para o envolvimento do enfermeiro na promoção da saúde. De maneira a sustentar a minha prática foi também realizada uma revisão *scoping* da literatura, na qual cheguei à conclusão que uma das intervenções do enfermeiro que mais importância tem na prevenção dos maus tratos infantis é a identificação dos seus sinais de risco, para que haja uma intervenção precoce e seja evitada a situação de perigo na criança.

No decorrer dos estágios foram desenvolvidas atividades de modo a atingir os objetivos por mim propostos em cada um deles, destacando-se: a realização de uma proposta de documento de sinalização da criança para o serviço social, numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido, que resultou na implementação do mesmo pela equipa de enfermagem; a realização de um fluxograma de intervenção após a identificação de sinais de risco de maus tratos na criança e sua implementação num serviço de oncologia pediátrica de modo a facilitar e dinamizando as intervenções a serem desenvolvidas pela equipa de enfermagem após a identificação de situações de risco de maus tratos ou situações de perigo à criança; e a realização e implementação de um documento de identificação dos sinais e sintomas de maus tratos infantis de modo a ajudar a equipa de enfermagem no serviço de urgência pediátrica onde estagiei.

Todas as atividades realizadas enquadraram-se na promoção de saúde, uma vez que através da identificação de sinais de alarme sugestivos de risco de maus tratos na criança, pode ser prevenida a situação de perigo. Assim sendo, as atividades desenvolvidas neste relatório enquadram-se no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Através dos resultados positivos nas atividades conclui-se que o tema deste relatório é de extrema relevância.

Com a partilha e reflexão das experiências vivenciadas em estágio, tal como a reflexão durante a prática, tornou-se possível a aquisição de competências de enfermagem especializada.

Palavras-chave: enfermagem, maus tratos infantis, prevenção, risco.

ABSTRACT

This report, carried out within the course of the Master's Degree in Nursing in the Area of Specialization of Nursing in Child and Pediatric Health, presents the description, analysis and reflection of the entire course carried out during the internships, which led to the acquisition of personal, competences of nurse specialist in child and youth health, common skills of specialist nurse and master. The main theme of this report is nurse's interventions for the prevention of child maltreatment, supporting the decision making through the theory about Health Promotion Model of Nola Pender, which identifies and diagrammatize concepts that are determinant for nurses' involvement of the nurse in health promotion.

In order to support my practice, a scoping review was also carried out, where I concluded that the most important nurse's intervention in prevention of child abuse is the identification of their risk signs, which makes early intervention possible avoiding the danger situation in the childhood.

In the course of the internships, activities were carried out in order to achieve the objectives proposed by me in each of them, namely: a proposal for a child signaling document for social work in a special care unit for the newborn, which resulted in its implementation by the nursing team; the implementation of an intervention flowchart after identifying signs of risk of child abuse or identification of signals and symptoms of child maltreatment and its implementation in a pediatric oncology service in order to facilitate and stimulate the nursing team intervention in these cases; and the realization and implementation of a document to facilitate the identification of risk signs of child abuse and identification of signals and symptoms of child abuse in order to assist the nursing team in a pediatric emergency department. All the activities carried out fit in health promotion, since by identifying alarm signs suggestive of child abuse risk, we are preventing the danger situation for the child. Therefore, the activities developed in this report are based on the model of the Nola Pender Health Promotion Model.

Through the positive results in the activities it is concluded that the theme of this report is extremely relevant.

With the sharing and reflection of the lived experiences in internship, as the reflection during the practice, it became possible the acquisition of specialized nursing competences.

Key words: nursing, child mistreatment , risk, prevention, child abuse.

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ASCJR - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

JBI - *The Joanna Briggs Institute*

CESIJ - Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CPCJ – Comissão para a Proteção de Crianças e Jovens DGS – Direção Geral da Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

HD - Hospital de Dia

MPS - Modelo de Promoção de Saúde

MS - Ministério da Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NHACJR - Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

pMDI + CE - Inalador pressurizado doseável + Câmara Expansora

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

QT – Quimioterapia

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEESCJ - Regulamento de Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde da Criança e do Jovem

REPE - Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem

RN - Recém-Nascidos

RNNACJR - Rede Nacional de Núcleos de Apoio à Crianças e Jovens em Risco

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SOPed - serviço de observação pediátrica

SUPed - serviço de urgência pediátrica

UCERN - Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF - Unidades de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	19
1. - CRIANÇA EM RISCO: AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS	21
1.1. – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	21
1.2. - MAUS TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS: CONCEITOS E TIPOLOGIA	23
1.3. – OS VÁRIOS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO	27
1.4. – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER	29
1.5. - AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS: SCOPING REVIEW.....	33
1.5.1. – Metodologia	34
1.5.2. – Resultados	35
1.5.3. – Discussão	40
1.5.4. – Conclusão	42
2. - ANÁLISE REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS	43
2.1. - A SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA - VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA	43
2.2. – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO	53
2.2.1. - Serviço de Neonatologia	53
2.2.2. – Serviço de Internamento Hospitalar	58
2.2.3. - Serviço de Urgência Pediátrica	63
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	77
APÊNDICE I – Reflexão “Importância do Envolvimento da Família no Cuidar”	79
APÊNDICE II - Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (0 aos 6 Anos)	87

APÊNDICE III - Folheto intitulado como “Promoção do Desenvolvimento Infantil (Dos 0 aos 12 meses)”	107
APÊNDICE IV – Folheto “Aerossol Terapia?! E agora?”.....	111
APÊNDICE V - Relatório da sessão “Aerossolterapia: Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE)”.....	115
APÊNDICE VI - Locais anatómicos de Administração de Vacinas.....	127
APÊNDICE VII - Análise de dados do questionário realizado à equipa da UCERN. ...	131
APÊNDICE VIII - Documento de sinalização da criança ao serviço social	137
APÊNDICE IX - Relatório da sessão “Criança em Risco: O papel do enfermeiro na prevenção dos maus tratos infantis”	141
APÊNDICE X - Fluxograma de Intervenção após deteção de sinais de risco de maus tratos na criança/Adolescente e Família..	157
APÊNDICE XI - Relatório da sessão “O papel do enfermeiro na Identificação e Intervenção na criança em situação de maus-tratos”	163
APÊNDICE XII - Folheto de encaminhamento da criança com o diagnóstico oncológico.....	179
APÊNDICE XIII – Documento facilitador da identificação dos sinais e sintomas de maus tratos infantis.	183

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Análise dos estudos incluídos na Revisão *Scoping* da Literatura 35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde, (PENDER, 1996)31

Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na Revisão
Scoping da Literatura 35

INTRODUÇÃO

O presente relatório, cujo título é “Criança em Risco: As intervenções do enfermeiro na prevenção dos maus tratos” surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que decorreu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), nos anos letivos 2018/2019, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Elisabete Nunes.

Este percurso é resultado do meu gosto pela área em questão, pela minha procura incessante de conhecimento, pela necessidade e importância da formação contínua, e pela procura da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (EE), mais propriamente de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), de forma a prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e adequados à criança, jovem e sua família. De acordo com O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (2010, p.2) o EE detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, (...) demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Uma vez que neste momento estou a prestar cuidados de enfermagem num serviço de pediatria, despertou em mim especial atenção a temática da criança em risco, mais especificamente as intervenções do enfermeiro na prevenção dos maus tratos infantis.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em risco emerge numa das funções do EEESCJ uma vez que a este compete “identificar situações de risco para a criança/jovem e assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos” (alínea E 1.2.4 do Anexo I, art.º 4º do Regulamento nº123/2011).

A violência em crianças e jovens afeta a sociedade desde os tempos ancestrais, sendo um problema global e atual na nossa sociedade sendo que são o grupo de crianças e jovens o mais vulnerável a que surjam eventos desta categoria (Galindo *et al.*, 2017). A prevenção de maus tratos infantis é uma prioridade de saúde mundial uma vez que tem influência na

vida, presente e futura, das crianças e jovens. Afetando-os psicologicamente e socialmente (Mikton & Butchart, 2009).

Assim sendo, cabe ao enfermeiro, que presta cuidados de saúde, saber lidar com distúrbios que afetam a criança e jovem, desenvolvendo conhecimentos adequados para identificação de maus tratos e respetiva intervenção (Caneira & Myrick, 2015).

De modo a ter momentos de aprendizagem e reflexão tive a oportunidade de desenvolver competências em quatro momentos de estágio: numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (5 de fevereiro de 2018 até 23 de março de 2018), serviço de neonatologia num hospital público-privado (3 de setembro de 2018 até 5 de outubro de 2018), serviço de internamento de oncologia pediátrica (8 de outubro de 2018 até 16 de novembro de 2018), e serviço de urgência pediátrica (19 de novembro de 2018 até 19 de dezembro de 2018). O primeiro momento de estágio corresponde à Unidade Curricular “A saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica” e os restantes três momentos estão incorporados na Unidade Curricular “Estágio final e relatório”. Assim sendo delineei um objetivo geral e transversal a estes estágios, sendo este “Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e sua família, com enfoque na prevenção dos maus tratos infantis”.

Este relatório tem como objetivo analisar e refletir todo o percurso que desenvolvi ao longo destes três momentos de estágio que levou a que desenvolvesse competências pessoais e profissionais de EE, de EEESCJ e de mestre. Como suporte teórico e apoio à tomada de decisão neste processo de aprendizagem escolhi o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. A metodologia utilizada neste documento consistiu numa metodologia descritiva, de análise e reflexiva, tendo por base as reflexões críticas contínuas, onde analisei a minha prestação de cuidados e competências desenvolvidas; a observação; as diversas conversas com as crianças, jovens e família; e a pesquisa continua de modo a fundamentar todas as minhas intervenções.

Este trabalho está dividido em 4 partes. A primeira onde se encontra a introdução. Seguidamente encontra-se o enquadramento teórico, onde abordo, a identificação da problemática, conceitos e tipologia dos maus tratos, os vários níveis de intervenção e prevenção desta temática, o MPS de nola pender finalizando com uma Revisão *scoping* da Literatura por mim realizada. A terceira parte onde abordo e analiso os contextos e objetivos de cada estágio e as atividades e competências desenvolvidas. Seguidamente encontra-se a conclusão. Por fim as referências bibliográficas e apêndices desenvolvidos ao

longo deste percurso. Toda a referenciação bibliográfica presente neste documento rege-se pela Norma Portuguesa 405.

1. - CRIANÇA EM RISCO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE MAUS-TRATOS

Este capítulo contém a identificação da problemática que neste caso será a criança em risco onde serão abordados alguns conceitos e tipologias dos maus tratos à criança, o referencial teórico em que se baseia este relatório e uma breve abordagem à promoção da saúde envolvendo o modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Será apresentada, igualmente, uma revisão *scoping* da literatura de acordo com a temática abordada que sustentará a prática desenvolvida nos estágios.

1.1.- IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Ao longo da história da humanidade a violência tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos, sendo encarado de forma diferente nas diversas civilizações. Na sociedade atual o conceito de atos violentos engloba um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis devido ao impacto negativo, seja a curto, médio ou longo prazo, que podem ter na qualidade de vida e saúde das pessoas podendo levar, em casos extremos, à morte (DGS, 2016).

Os maus tratos infantis são uma realidade atual, responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade em crianças e adolescentes.

Este problema é alvo de intervenções por todo o mundo. Em Portugal, a questão do abuso de crianças começou a ser debatida em 1911. Começou assim a ser alvo de intervenção e diligência científica na década de 80 através das exigências das comunidades pediátricas a par da Convenção Internacional dos Direitos das Crianças. Em 1998 surge a definição de crianças em risco sendo definida como aquelas sujeitas a maus tratos, a quem os pais ou outros cuidadores não prestam cuidados necessários ao desenvolvimento e aquelas que, com o seu comportamento, colocam em causa o próprio crescimento (Magalhães, 2010).

Em 1999 surge então a lei n.º 147/99, de 1 de Setembro (que sofreu a última atualização em 2018 pela Lei n.º 26/2018, de 5 de Julho) que se baseia na intervenção multidisciplinar assente na promoção dos direitos e proteção da criança e jovem. Tendo assim como objetivo, afastar o perigo em que estes se encontram. Proporcionando as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e

desenvolvimento integral. Permite ainda a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso. As constantes atualizações desta lei, tal como a criação das Comissões para a Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ's), a criação dos Núcleos Hospitalares de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) e da criação dos Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) em 2007, a construção da Rede Nacional de Núcleos de Apoio à Crianças e Jovens em Risco (RNNACJR) em 2008, a criação da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) segundo o Despacho 31292/2008, de 5 de dezembro e o enfoque nas questões levantadas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013) relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos, revelaram uma maior preocupação do estado português com a proteção das crianças e jovens em risco. Tornando-se revelada a emergência de novas formas de proteção das crianças e jovens em risco (Magalhães, 2010).

Em Portugal, o relatório da atividade desenvolvida no contexto da ação de saúde para crianças e jovens em risco (DGS, 2015) verificou que, em 2015, como em anos anteriores, o número de sinalizações efetuadas na rede de Núcleos da ASCJR aumentou. Tendo sido registadas 8684 ocorrências, com um total acumulado de 47172 sinalizações entre janeiro de 2008 e dezembro de 2015. Neste relatório, foram também caracterizadas as situações de crianças e jovens em risco e verificou-se que, só ao nível da negligência, 42,1% (193) dos casos dizem respeito à falta de supervisão e acompanhamento/familiar, 19,2% (88) a negligência ao nível da saúde, 17,0% (78) a negligência ao nível educativo, 12,4% (57) a negligência ao nível psicoafectivo e, por último, 9,2% (42) a negligência face a comportamentos da criança/jovem.

Relativamente aos comportamentos que comprometem o bem-estar e o desenvolvimento da criança, verificou-se que 97,9% correspondem a situações de violência doméstica, 1,1% a consumo de estupefacientes e 1% ao consumo de álcool.

É de referir também os dados apresentados no Relatório de 2017 da CPCJ referentes às sinalizações de possíveis situações de crianças e jovens em perigo. Aqui é apresentada uma incidência nacional de 71021 dos quais 31 868 (44,9% do Volume Processual Global) correspondem a processos que transitaram de anos anteriores e 39 153 (55,1% o Volume Processual Global) são processos abertos no decurso do ano de 2017. Estes números não correspondem ao número de crianças que foram acompanhadas, isto porque há crianças, que por terem mudado de área de residência, foram apoiadas no mesmo ano por duas

CPCJ. Portanto, ao descontar os processos transferidos por mudança da área residencial, concluiu-se que a CPCJ foi chamada a intervir em possíveis situações de perigo junto de 69967 crianças e jovens, sendo que a saúde apresentou 4,9% destas identificações.

De acordo com o PNSIJ (2013), para responder às necessidades populacionais, com o objetivo de identificar, apoiar e orientar as crianças, jovens e famílias vítimas de maus tratos e de violência, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção promovendo a articulação entre o PNSIJ, a ASCJR, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Com os dados mencionados anteriormente, podemos verificar que a problemática, é uma realidade presente na nossa sociedade. Como tal é uma área de intervenção fulcral na prestação de cuidados de enfermagem à criança e jovem. Desenvolver conhecimentos e criar ferramentas é essencial, isto porque todos os Enfermeiros podem ser confrontados com situações de maus-tratos às crianças e jovens, aos quais tem de ser dada uma resposta necessária, suficiente e adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

1.2.– MAUS TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS: CONCEITOS E TIPOLOGIA

De acordo com DGS (2011) os maus tratos em crianças e jovens são qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que comprometam a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. Considerando também que, este tema, é um atual problema de saúde pública mundial, que deve ser identificado e abordado pelos enfermeiros.

Antes de mais, na temática dos maus tratos infantis e da criança em risco, é de extrema importância esclarecer e diferenciar os conceitos: “Risco” e “Perigo”.

De acordo com o Despacho nº 31292/2008, as situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, em relação à sua saúde, segurança, formação, educação e desenvolvimento. Contudo, uma vez que as situações de criança e jovem em risco podem assumir várias formas de expressão e o resultado das intervenções dependerem diretamente da capacidade dos profissionais de saúde, a DGS (2008) teve a necessidade de definir fatores de risco. Estes consistem em qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos.

É fulcral referir que a presença isolada destes fatores não é provada apenas pelos fatores de risco, embora estes indiquem a probabilidade do seu aparecimento (DGS, 2011), portanto é necessário uma avaliação global, onde deverá prevalecer o bom senso dos profissionais de saúde.

Segundo a DGS (2011) os fatores de risco de maus tratos a crianças e jovens são: nascimento prematuro/de baixo peso; temperamento difícil; filho não desejado; déficit físico ou psíquico; doença crónica ou perturbações do desenvolvimento; problemas de comportamento como a agressividade, a oposição, mentiras, absentismo escolar, etc; insatisfação das expectativas dos pais; dependência excessiva; viver em lar ou instituição; cuidadores vítimas de maus tratos em criança; déficit de competências parentais; perturbações emocionais, mentais ou físicas que impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança; disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsciente; história de comportamento violento e/ou antissocial; desajustamento psicossocial/comportamentos aditivos como a prostituição, o abuso de substâncias e criminalidade; relações familiares conflituosas; inexistência de condições de habitabilidade; incapacidade de procura/utilizar recursos da sociedade; ausência de suporte social e familiar; ausência de suporte social e familiar; ausência prolongada de um dos cuidadores; família disfuncional e insegurança económica/pobreza.

Contudo de acordo com Azevedo & Maia (2006) embora seja identificado como fatores de risco as crianças pertencentes a famílias desfavorecidas social e/ou economicamente ou que vivem em zonas degradadas possam ser potencializadores, não se pode atribuir toda a causalidade a este fator.

Os enfermeiros devem estar especialmente despidos para a identificação dos fatores de risco supracitados, uma vez que o objetivo destes profissionais nesta fase seria a identificação dos respetivos fatores de risco e a capacitação dos cuidadores de forma a desenvolver as suas competências parentais (DGS, 2011). Assim, o enfermeiro deve acompanhar a situação, estando atento à sua evolução, intervindo de forma a evitar situações de perigo.

Além dos fatores de risco, os maus tratos a crianças e jovens resultam da sua conjugação com os fatores de proteção e os fatores de agravamento (DGS, 2011).

Os fatores de proteção, como o nome indica, incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento e podem remover ou diminuir o impacto dos fatores de risco (DGS, 2011). O documento anterior, evidencia os fatores de agravamento como eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção, podendo precipitar a ocorrência de situações de maus tratos.

O que determina os vários níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção é a diferença entre situações de risco e situações de perigo, sendo o perigo a efetivação do risco, e esse risco a vulnerabilidade da criança. Desta forma, o perigo evidencia um sentido concreto, correspondendo à objetivação do risco (DGS, 2008).

A evidência científica aponta que em relação aos problemas que afetam a qualidade de vida da criança e jovem, os maus tratos são dos mais importantes, afetando domínios como o bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital (DGS, 2011).

Uma vez que os maus tratos levam a apresentações de formas clínicas variadas por terem várias variantes, o seu reconhecimento pode ser muito difícil e requer uma avaliação cuidadosa por parte dos profissionais de saúde (DGS, 2008).

De modo a facilitar a sua identificação, a DGS (2011) divide os maus tratos em:

- **Negligência**, relatada como a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Pode ser considerada: ativa, quando existe a intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar as necessidades.

São sinais e sintomas de negligência: a carência de higiene; o vestuário desadequado em relação à estação do ano e conseqüentemente lesões de exposições climáticas adversas; a inexistência de rotinas nomeadamente de alimentação e ciclo de sono/vigília; hematomas ou outras lesões inexplicadas; acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas; perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade e socialização) que não sejam devidamente acompanhadas; incumprimento do programa-tipo de atuação em saúde infantil e juvenil e/ou do PNV; doença crónica sem cuidados adequados, intoxicações e acidentes de repetição (DGS, 2011).

- **Mau trato físico** diz respeito ao resultado de qualquer ato não acidental, isolado ou repetido, infligido por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, o qual provoque, ou possa vir a provocar, dano físico (DGS, 2011). Este inclui queimaduras, fraturas, a síndrome da criança abanada, lesões abdominais, afogamento, sufocação, traumatismos crânio-encefálicos e intoxicações provocadas (CANHA, 2003).

A DGS (2011) apresenta como sinais e sintomas deste tipo de mau trato: equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos

traumatismos de tipo acidental, o já anteriormente referido síndrome da criança abandonada, alopecia traumática e/ou postura prolongada com deformação do crânio, lesões provocadas que deixam marca (por exemplo: marca da fivela ou marca da mão), sequelas de traumatismo antigo, fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura da metáfise, demora ou ausência na procura de cuidados médicos quando necessário, história inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos seus cuidadores, perturbações do desenvolvimento e alterações graves do estado nutricional.

- **Mau trato psicológico** resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo, fulcral para o equilíbrio psicológico da criança e jovem (DGS, 2011).

Em relação a este tipo de mau trato, Afonso (2013) refere como formas comuns a discriminação, a rejeição, o desrespeito, a depreciação e as punições exageradas, salientando que além de não deixarem sinais visíveis, deixam marcas para toda a vida.

A DGS (2011), de forma a facilitar a identificação deste tipo de maus tratos identifica sinais e sintomas como comportamentos agressivos e/ou mutilação, episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e/ou abdominais sem causa orgânica aparente, ansiedade excessiva, dificuldade nas relações afetivas interpessoais, perturbações do comportamento alimentar, alterações do controlo dos esfíncteres, choro incontável (no primeiro ano de vida), comportamento ou ideação suicida.

Azevedo e Maia (2006) acrescentam ainda que este tipo de maus tratos é frequente, mas difícil de detetar, referindo também que a superproteção das crianças e jovens por parte dos seus cuidadores pode ser uma forma camuflada de maus tratos.

- **Abuso sexual** é o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Esta tem como base uma relação de poder ou de autoridade, fundindo-se em atividades em que as crianças/adolescentes, em função do seu estágio de desenvolvimento, não têm capacidade para compreender que delas é vítima, ou que, mesmo percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual, sendo que estas não se encontram estruturalmente preparadas e/ou não se encontram capazes de dar o consentimento livre e esclarecido (DGS, 2011)

É de extrema relevância referir que este tipo de mau trato pode revestir-se de variadas formas, podendo implicar ou não o contato físico, estando previstas e punidas no atual art.º171.º do Código Penal, que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças e adolescentes (DGS, 2011).

A DGS (2011) identifica como sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual, lesões externas nos órgãos genitais, presença de esperma no corpo da criança/jovem, lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, 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 dos freios dos lábios, laceração do hímen, infeções de transmissão sexual e gravidez.

- **Síndrome de munchausen por procuração** trata-se de uma forma rara de mau trato, que implica a atribuição, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas referente à criança, com o objetivo de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, podendo gerar procedimentos de diagnóstico exaustivos (DGS, 2011).

Devido aos sintomas, sinais e forma de abuso não serem perceptíveis neste tipo de mau trato, a DGS (2011) sugere alguns indicadores de forma a facilitar a sua identificação. São estes a ministração de drogas e/ou medicamentos para provocar determinada sintomatologia na criança/jovem, a adição de sangue ou contaminantes bacterianos nas amostras de urina da vítima, e a realização de semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.

Através da identificação dos sinais, sintomas e indicadores anteriormente referidos, e nunca esquecendo o bom senso profissional, podemos aferir se estamos perante uma situação de perigo. Após o levantamento desta situação, deve-se identificar qual o tipo de maus tratos e intervir da forma mais adequada.

A identificação precoce de fatores de risco é essencial para a prevenção dos maus tratos à criança e jovem. Por sua vez, a identificação dos sinais, sintomas e indicadores é essencial para a intervenção.

1.3. - OS VÁRIOS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO

Os maus tratos à criança e jovem são um problema de saúde pública que tem vindo a tornar-se cada vez mais atual e conseqüentemente mais relevante (Azevedo & Maia, 2006), assim é de extrema importância a intervenção dos profissionais de saúde nesta área, baseando-se no conhecimento científico para a identificação de sinais, como já foi referido anteriormente.

Conforme consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, que sofreu a última atualização em 2018 pela Lei n.º 26/2018, de 5 de Julho) em vigor em Portugal, a atuação da saúde no domínio dos maus tratos a crianças/jovens enquadra-se num contexto de responsabilidade partilhada, prevendo uma

atuação multidisciplinar, onde o enfermeiro se enquadra e tem o dever de proteger a criança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A intervenção é prevista segundo três níveis (DGS 2011). No **primeiro nível de intervenção**, a responsabilidade é das entidades com competências em matéria da infância e juventude. Sendo estas associadas a áreas como a saúde, a educação, entre outros, de modo a evitar o aparecimento de situações de risco ou perigo. No **segundo nível de intervenção** toma lugar a ação da CPCJ, referindo-se a situações em que não seja possível às entidades de primeiro nível atuar de forma adequada e suficiente para prevenir o perigo. Por último, o **terceiro nível de intervenção**, diz respeito à intervenção judicial, com o objetivo de assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo.

Ainda de acordo com a lei supracitada referida pela DGS (2011), os serviços de saúde, como Agrupamentos de Centros de Saúde/Centros de Saúde (ACES/CS) e hospitais, têm prioridade na intervenção junto da criança/jovem, face à CPCJ e aos tribunais, tendo então os serviços de saúde o direito e a obrigação em intervir no que diz respeito à proteção da criança e jovem, desde que haja consentimento e não oposição por parte de quem exerce poder legal sobre a criança/adolescente.

Os profissionais de saúde, perante a suspeita de maus tratos, têm como objetivo proteger a criança/jovem e identificar/ prevenir situações de perigo de modo evitar sequelas e a prevenção da recorrência (DGS, 2008; 2011).

É importante considerar que, embora a complexidade e a natureza multifacetada dos maus tratos, o fenómeno pode ser prevenido e evitado, uma vez que os fatores que contribuem para as situações de perigo advêm de comportamentos ou condições sociais, económicas políticas e culturais, que podem ser modificados e anulados, seja no âmbito individual ou coletivo (Valera *et al.*, 2015)

De acordo com Magalhães (2005) e Azevedo & Maia (2006) a prevenção pode ser repartida em três níveis (primário, secundário e terciário). Segundo estes autores a **prevenção primária** tem como finalidade evitar a manifestação de maus tratos através da prestação de serviços à população em geral, posteriormente a **prevenção secundária** consiste no despiste de grupos sociais, famílias ou indivíduos que possuem um conjunto de características que permitem a sua classificação como sendo de alto risco para o aparecimento de situações de perigo. Por último, a **prevenção terciária** implica a prestação de serviços a vítimas de maus tratos de forma a diminuir a gravidade das sequelas, tendo o objetivo da reabilitação das vítimas.

É importante salientar que a intervenção nestas situações deve ser obrigatoriamente multidisciplinar, tendo cada profissional interveniente a capacidade de articular a sua intervenção com os restantes profissionais, de forma a não repetir intervenções, sendo fundamental a consciencialização das competências de cada par neste processo (Magalhães, 2010).

1.4. – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

Em Portugal, a DGS (2004) dá indicações concretas enfatizando a importância da valorização de uma política de cuidados de saúde direcionada para a promoção de saúde, dando especial ênfase às estratégias de educação para a saúde. Promoção da saúde que está descrita na Carta de Ottawa (1986) como um processo que tem o objetivo de capacitar os indivíduos e as comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Saúde descrita na conferência de Alma-Ata (1978) como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial”. No entanto, este conceito foi expandido e assim considerado a extensão em que um indivíduo é capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, como também de modificar ou lidar com o meio que o envolve. Acrescentando ainda que saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, sendo uma dimensão da qualidade de vida e não o objetivo de vida (OMS, 2002).

A promoção da saúde pretende então obter equidade na saúde, tendo como objetivo a redução das diferenças no estado atual da saúde, assegurando assim a igualdade de oportunidades e de meios para possibilitar, à população em geral, atingir o potencial máximo de saúde (Santos, 2011). Esta, segundo o mesmo autor, desdobra-se em áreas de ação, como a construção de políticas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o fortalecimento da ação das comunidades, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorganização dos serviços de saúde.

De acordo com Santos (2011) a melhoria da acessibilidade a estilos de vida saudáveis, através da obtenção de ganhos de saúde e bem-estar, reduzindo a recorrência de doenças e lesões evitáveis, está diretamente relacionado com a promoção da saúde.

É importante referir que a promoção de saúde, para otimizar os potenciais de saúde biopsicossociais, passa por encorajar a pessoa e/ou comunidade para a adoção de comportamentos mais ajustados através de informações de saúde, programas de prevenção e acesso a cuidados médicos (Santos, 2011). Podemos então dizer que, é necessário seguir

estratégias de intervenção que analisem os fatores biológicos, os estilos de vida, os comportamentos, como também o ambiente físico, cultural e socioeconómico e a oferta/organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, para que se possa promover saúde de uma forma global (DGS, 2006)

Em relação à enfermagem, a promoção da saúde é descrita pelo Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) (1998) como um processo de orientação, de supervisionamento e de transmissão de informação ao utente, com o objetivo de mudar comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhando o processo e introduzindo as correções necessárias.

Segundo a OE (2010) o enfermeiro, com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde a criança e jovem, estabelece uma relação de parceria, não só com a criança/jovem mas também com a família/pessoa significativa, seja qual for o seu contexto, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte já existentes. Assim, ao identificar as necessidades de saúde específicas na criança e jovem é possível determinar linhas orientadoras para a promoção da saúde e do bem-estar da criança e jovem.

Ao longo dos anos a problemática da promoção de saúde tem vindo a ser discutida, tendo-se constatado que, além de tudo, muitos dos problemas de saúde estão diretamente relacionados com comportamentos que podem vir a ser corrigidos. Através da identificação de situações de risco ou que levam a comportamentos de risco, os enfermeiros têm um papel fulcral nesta temática. Existem vários estudos, com base em modelos, com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem prestados, essenciais para a promoção da saúde eficaz. O Modelo de Promoção de Saúde (MPS) proposto por Nola J. Pender em 1982, revisto em 1987 e em 2002, é um desses modelos.

Este modelo surgiu como proposta de integração da enfermagem na ciência do comportamento, sendo um guia para explorar o processo biopsicossocial que motiva o ajustamento dos indivíduos a comportamentos de saúde (Pender, 2002).

De acordo com Sakrinda (2013) o MPS de Nola Pender defende que os indivíduos são motivados a ter comportamentos que visam a melhoria da saúde através de processos biopsicossociais complexos. Em 1987, o MPS foi revisto por Nola Pender, que usou como base a perspetiva de uma enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem, nomeadamente a teoria de Albert Bandura de 1977 que evidencia a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental. Em 1996 o MPS é

alargado para incluir comportamentos que visam a melhorar da saúde ao identificar conceitos relevantes para os comportamentos referentes à promoção de saúde, podendo ser aplicados ao longo do ciclo vital.

Este modelo foi então desenvolvido com o objetivo de ajudar os enfermeiros a compreender os comportamentos de saúde mais relevantes, como ponto de partida para um aconselhamento eficaz na promoção de estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Neste modelo são revistos alguns conceitos como o termo saúde, que sob o olhar deste modelo é visto sob o aspeto individual, familiar e comunitário, com enfoque na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento do ser humano, tendo em conta a idade, a raça e a cultura, numa perspetiva holística do individuo (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Em relação à enfermagem, Nola Pender relaciona intimamente às intervenções e estratégias que os enfermeiros devem dispor para o comportamento de promoção da saúde, referindo que um dos principais papéis dos enfermeiros é o estímulo do autocuidado (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

A sua definição de saúde promove o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que não sejam apenas limitadas à diminuição dos riscos de doença, mas que sejam direcionadas para a consolidação de recursos, potenciais e capacidades (Mccullagh, 2009).

A figura seguinte esquematiza o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

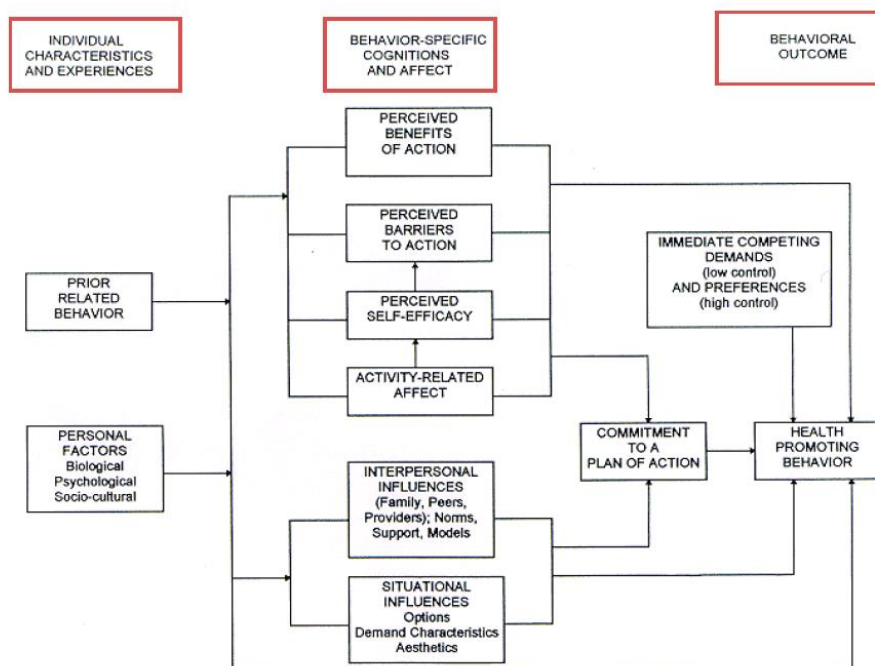


Figura 1: Modelo de Promoção de Saúde (PENDER, 1996)

Como podemos observar na figura, o MPS defende a existência de fatores influenciadores das características individuais e das experiências de cada um, que se dividem em três categorias: **fatores biológicos** (incluem variáveis como a idade ou o sexo), **fatores psicológicos** (incluem variáveis como a auto motivação, autoestima e a auto percepção do estado de saúde) e **fatores socioculturais** (incluem variáveis como a raça, o nível educacional e o *status* socioeconómico) (PENDER, MURDAUGH & PARSONS, 2011). Além disto, o MPS defende que essas características pessoais e experiências únicas afetam as ações, sendo de extrema importância o conjunto de variáveis que afetam determinado comportamento. Variáveis que, através de ações de enfermagem, podem ser alteradas.

Podemos então dizer, de acordo com Pender, Murdaught e Parsons (2011), que o MPS de Nola Pender apresenta três grandes dimensões:

- Características e experiências individuais – integra os comportamentos anteriores e os fatores biopsicossociais referidos anteriormente.
- Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento – integra os benefícios e as barreiras percebidas para a ação, a auto eficácia percebida, os sentimentos relacionados ao comportamento e as influências interpessoais (mais concretamente da família, pares e prestadores de cuidados, assim como normas, apoios e modelos) e ainda influências situacionais.
- Resultado do comportamento – onde se conjugam as exigências e as preferências e ocorre o compromisso com o plano de ação, para que seja adotado um comportamento de promoção de saúde.

Salienta-se assim que o objetivo deste MPS é a promoção da saúde que por sua vez é o resultado do comportamento de saúde desejado. Assim sendo, a melhoria da saúde, a melhoria da capacidade funcional e uma melhor qualidade de vida em todos os estádios de desenvolvimento deve ser o resultado dos comportamentos de saúde.

As pessoas procuram então criar condições de vida que lhes permitam exprimir o seu potencial de saúde, tendo a capacidade de reflexão sobre as próprias consequências, procurando regular ativamente o seu próprio comportamento (Pender, 1996 Cit. por Sakraida, 2004). O mesmo autor refere também que a pessoa, em toda a sua complexidade biopsicossocial, interage com o ambiente, moldando-o e transformando-o progressivamente e sendo este transformado ao longo do tempo. Os profissionais de saúde,

como os enfermeiros, são parte desse ambiente que exerce influência sobre a pessoa ao longo do seu ciclo vital.

Ao longo dos estágios, as atividades realizadas foram sobretudo no âmbito da promoção da saúde e prevenção dos maus tratos na criança e adolescente, portanto foi evidente a importância deste modelo.

De acordo com a OE (2010) as especificidades das necessidades e dos problemas de saúde da criança/adolescente, resultam não tanto da patologia médica, mas, principalmente das consequências possíveis de alguns padrões de comportamento, da ocorrência de incidentes e do mal-estar psicoafectivo, relacional e ambiental que possam de qualquer forma dificultar o processo de crescimento e desenvolvimento.

A OE (2011) prevê que o EEESCJ, na procura permanente da excelência no exercício profissional, deve ajudar a criança/adolescente a alcançar o máximo potencial de saúde, tornando a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/adolescente com vista na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, o que vai de encontro com os princípios do MPS.

Dentro da temática dos maus tratos a crianças e adolescentes, este modelo é facilmente aplicado, uma vez que antes sequer da identificação de fatores de risco de maus tratos o enfermeiro promove cuidados de promotores de saúde desde o nascimento, prevenindo, por exemplo, casos de negligência passiva. De acordo com Butchart A. & Mikton C. (2009) ao educar os pais para o cuidar adequado da criança, aumentando as suas capacidades e conhecimentos como cuidadores, pode-se prevenir os maus tratos infantis. Assim sendo, o enfermeiro através da promoção da saúde, após identificar hábitos não saudáveis, tal como situações de risco de maus tratos à criança/adolescente, pode prevenir a evolução para situações de perigo, capacitando e sensibilizando, através de ensinamentos, a família a cuidar da criança/adolescente.

1.5.– AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS: SCOPING REVIEW

De acordo com a OE (2006) enfermagem tem vindo a consolidar-se enquanto ciência tendo necessidade de produzir e atualizar continuamente o seu corpo de conhecimento, através de investigação, de modo desenvolver e sustentar uma prática baseada na evidência. Desta forma, consegue melhorar a qualidade dos cuidados prestados e otimizar os resultados em saúde. Assim sendo, o enfermeiro especialista deve basear a sua intervenção nas evidências

científicas mais atualizadas, o que torna de grande relevância a realização de revisões da literatura como esta revisão *scoping* da literatura.

1.5.1. Metodologia/Estratégia de Pesquisa

Foi utilizada a metodologia de pesquisa para revisões *scoping* da literatura do *The Joanna Briggs Institute* (JBI). Tendo-se formulado a questão de investigação através da estratégia PCC:

P – População – Estudos cuja população sejam enfermeiros que prestem cuidados a população com idade compreendida entre 0 e os 18 anos.

C - Conceito – Estudos que abordem intervenções do enfermeiro na prevenção dos maus tratos infantis.

C – Contexto – Estudos que decorram em qualquer contexto de atuação do enfermeiro.

Assim foi realizada uma revisão *scoping* da literatura para responder à seguinte pergunta de pesquisa “Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção dos maus tratos infantis?”, sendo o seu objetivo mapear as intervenções de enfermagem para a prevenção dos maus tratos infantis existentes na literatura.

A pesquisa foi realizada nos meses novembro e dezembro de 2018, sendo que primeiramente recorri a motores de busca como o Google *Scholar* e ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal para identificar a literatura cinzenta.

através das bases de dados presentes na EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) e PubMed. Para a realização da pesquisa foram utilizados os descritores MeSH, tendo sido utilizada a seguinte equação de pesquisa: [(Child Mistreatment OR Child Maltreatment OR Child abuse) AND Prevention AND Nurs*].

Foram decididos os seguintes critérios de inclusão:

- Idioma em Português ou em Inglês;
- Publicados numa janela temporal entre 2013 e 2018;
- Artigos disponíveis em texto completo;
- Artigos referentes a crianças com idades compreendidas entre 0 e 18 anos.

Decidido como critérios de exclusão:

- Artigos que não especifiquem as intervenções realizadas no âmbito da prevenção dos maus tratos infantis.

Após realizada a pesquisa inicial foram encontrados na EBSCO 1779 artigos, na PubMed 89 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a análise dos artigos, foram incluídos 4 artigos da base de dados EBSCO (2 na CINAHL Plus with Full Text, 1 na MEDLINE with Full Text e 1 na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) e 1 da base de dados PubMed, num total de 5 artigos que respondiam à questão de investigação. Em seguida realizei uma pesquisa das referências bibliográficas dos artigos da amostra final, tendo-se revelado bastante útil revelando evidência científica atualizada sobre o tema, não podendo ser incluídos na pesquisa por não cumprirem os critérios de inclusão.

A pesquisa decorreu segundo o fluxograma apresentado de seguida.

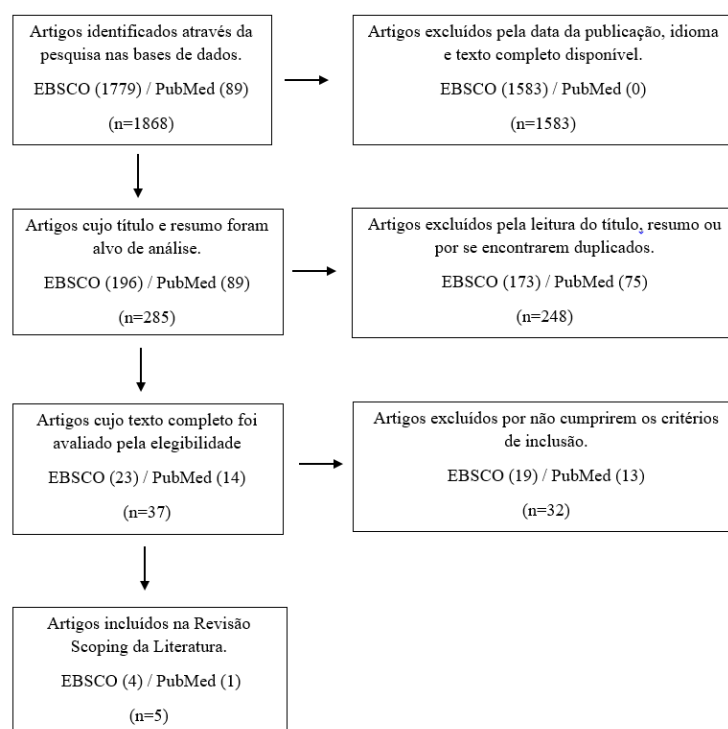


Figura 2: Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na Revisão *Scoping* da Literatura adaptado do manual da JBI.

1.5.2. Resultados

Após a seleção e análises dos estudos, foram incluídos 5 artigos nesta Revisão Scoping da Literatura. Serão apresentados os resultados no quadro seguinte.

Título - Child and youth violence under the perspective of nursing	
Autor e Ano	Galindo, N. <i>et al.</i> (2017)
Tipo de Artigo/População	Natureza qualitativa, descritivo e

	<p>exploratória, com o objetivo de analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos tipos de violência infantojuvenil, Identificando a conduta, as dificuldades e as possíveis ações de prevenção e promoção à saúde que são desenvolvidas nas Estratégias Saúde da Família.</p> <p>Desenvolvido com 18 enfermeiros que trabalham em equipas de “Family Health Strategies” no Brasil. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas individuais, sendo recolhido através de áudio gravador.</p>
<p>Resultados/Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros, como membros da equipa multidisciplinar, devem estar atentos a todos os tipos de violência de forma a promover a identificação precoce de maus tratos, a prestação de cuidados personalizada e também ações para prevenir e desencorajar os maus tratos. - Os enfermeiros devem mergulhar neste problema, sabendo as suas peculiaridades e atuando com conhecimentos para intervir no cenário de maus tratos infantis. - Os profissionais devem também estar alerta a sinais que não são tão associados à violência, como por exemplo alterações de peso e atrasos no desenvolvimento. - Os enfermeiros devem ser capazes de identificar sinais sugestivos de maus tratos, mantendo a vigilância em casos de

	<p>suspeita.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais de saúde devem fazer a notificação desde a suspeita de maus tratos. -A educação para a saúde é a função primária dos enfermeiros, devendo implementar ações de prevenção contra os maus tratos.
Título – Child Maltreatment: A public health overview and prevention considerations	
Autor e Ano	Merrick, M. & Latzman, N. (2014)
Tipo de Artigo/População	Revisão narrativa da literatura, com o objetivo de definir e descrever vários tipos de maus tratos infantis, a sua epidemiologia de uma perspectiva de saúde pública considerando a sua incidência, prevalência e consequências. Este artigo discute também abordagens na prevenção, incluindo algumas considerações chave para a abordagem do enfermeiro.
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros nas diferentes áreas de atuação estão numa posição privilegiada para a prevenção dos maus tratos a crianças e identificação de vítimas. - A vigilância por enfermeiros é especialmente importante dado que os sinais e sintomas de maus tratos podem ser confundidos com outros problemas de saúde. Os enfermeiros têm conhecimento para os diferenciar, tendo o dever de reportar sempre que suspeite de possíveis situações de maus tratos.

	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro deve trabalhar com a equipa multidisciplinar, identificando situações de risco ou de maus tratos, providenciando tratamento e/ou referenciando vítimas.
Título - Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner	
Autor e Ano	Caneira, L. & Myrick, K. (2015)
Tipo de Artigo/População	Revisão integrativa da literatura, com o objetivo de especificar as intervenções do enfermeiro perante os maus tratos infantis.
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - O conhecimento da apresentação dos maus tratos é essencial para a prática de enfermagem. - A identificação do risco de maus tratos deve ocorrer nas primeiras consultas. - A prevenção primária em relação ao abuso infantil incorpora a identificação de famílias em risco e a prestação de cuidados centrados na família, oferecendo recursos e intervenções destinadas a tratar a família antes de um incidente ocorrer. - Um papel importante dos enfermeiros é o aprimoramento das habilidades parentais de forma a evitar os maus tratos, prestando cuidados centrados na família. - A implementação desta identificação precoce permite ao profissional de saúde providenciar o encaminhamento de famílias de alto risco proporcionando o

	melhor seguimento.
Título - Os desafios da prática da Enfermagem no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência.	
Autor e Ano	Coutinho, M. <i>et al.</i> (2017)
Tipo de Artigo/População	Revisão bibliográfica, com o objetivo de discutir os desafios da atuação do enfermeiro em crianças e adolescentes em situação de maus tratos.
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro, por ser a linha de frente do atendimento, geralmente são os primeiros profissionais a detectar os sinais e a identificar casos de risco de maus tratos, tornando-se assim um dos principais responsáveis pela sua notificação. - É necessário que o profissional de enfermagem mantenha os cuidados baseados na sensibilidade, escuta e compreensão. - O foco de atenção do enfermeiro deve ser a prevenção através de orientações aos pais sobre os cuidados e necessidades da criança.
Título - Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses	
Autor e Ano	Leite, J. <i>et al.</i> (2016)
Tipo de Artigo/População	<p>Pesquisa qualitativa, com o objetivo de Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.</p> <p>A colheita de dados foi realizada através</p>

	de entrevistas semiestruturadas a cinco enfermeiras.
Resultados/Conclusões	- O enfermeiro deve ser visto como o agente transformador das práticas por meio da educação permanente, da discussão de casos em equipes interdisciplinares e intersectoriais, da orientação de famílias e das ações longitudinais ao longo do processo de cuidar de crianças e adolescentes.

Quadro 1 – Análise dos estudos incluídos na Revisão *Scoping* da Literatura

1.5.3. – Discussão

Após a análise dos artigos selecionados, dois artigos focam-se nas vivências dos enfermeiros no âmbito da prevenção dos maus tratos em crianças/adolescente, sendo que os outros dois artigos selecionados são revisões integrativas da literatura que abordam os maus tratos na criança/adolescente, focando as intervenções dos enfermeiros nestas situações.

Foi evidente, ao longo da análise dos artigos, a pertinência e sensibilidade inerente a este tema. Os enfermeiros têm o dever, de acordo com o Art.º 102.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso (Lei n.º 156/2015).

Em todos os artigos foi evidente que os enfermeiros, nas diferentes áreas da sua intervenção, estão num lugar privilegiado no que toca à prevenção dos maus tratos, devendo ter conhecimentos específicos sobre a apresentação deste problema, de forma a conseguir identificar precocemente estas situações (Coutinho *et al.*, 2017; Caneira & Myrick, 2015; Merrick & Latzman, 2014; Galindo *et al.*, 2017). Esta afirmação é reforçada pela OE (2011) que refere que todos os Enfermeiros no âmbito do desempenho das suas competências podem ser confrontados com situações de maus-tratos às crianças e jovens, aos quais tem de ser dada uma resposta necessária, suficiente e adequada.

Embora os artigos não se refiram diretamente ao conceito de promoção da saúde, Coutinho, M. *et al.* (2017) e Caneira, L. & Myrick, K. (2015) abordam temas como a educação para a saúde e a realização de ensinamentos. Enquanto Galindo, N. *et al.* (2017),

Coutinho, M. *et al.* (2017), Caneira, L. & Myrick, K. (2015), Leite *et al.* (2016) e Merrick, M. & Latzman, N (2014) abordam a capacitação dos familiares para o cuidado à criança/adolescente como forma de prevenção do aparecimento de futuros fatores de risco de maus tratos, ou como forma de extinguir alguns fatores de risco e prevenir a evolução para situações de perigo.

Os enfermeiros devem abordar este tema, tendo especial enfoque na sua prevenção, devendo ser capazes de identificar sinais sugestivos de maus tratos, mantendo a sua vigilância em casos de suspeita (Galindo *et al.*,2017; Caneira & Myrick, 2015).

De acordo com Coutinho, M. *et al.* (2017), Galindo, N. *et al.* (2017) e Caneira, L. & Myrick, K. (2015) o enfermeiro deve focar-se na prevenção dos maus tratos à criança/adolescente, através da prestação de cuidados centrados na família, incorporando orientações aos pais sobre os cuidados e necessidades da criança. O enfoque deve então recair nas famílias e comunidades, tanto na satisfação das necessidades da criança mas também na formação de opinião pública tendo em vista a identificação precoce de situações de risco ou perigo.

Ao trabalhar numa equipa multidisciplinar, o enfermeiro deve encaminhar devidamente, a criança e sua família, após a identificação de uma situação de risco de maus tratos, para que, em equipa, esta seja precocemente acompanhada e tratada evitando a sua evolução para uma situação de perigo (Galindo *et al.*,2017; Caneira & Myrick, 2015; Coutinho *et al.*, 2017; Caneira & Myrick, 2015).

De acordo com Caneira, L. & Myrick, K. (2015) o enfermeiro após a identificação de uma situação suspeita, deve primeiramente assegurar que a criança se encontra em segurança.

O enfermeiro deve então ser visto como o agente transformador das práticas por meio da educação permanente, da discussão de casos em equipas interdisciplinares e intersectoriais, da orientação de famílias e das ações longitudinais ao longo do processo de cuidar de crianças e adolescentes (Leite *et al.*, 2016).

Galindo, N. *et al.* (2017), Coutinho, M. *et al.* (2017), Caneira, L. & Myrick, K. (2015), Leite *et al.* (2016) e Merrick, M. & Latzman, N (2014) referem-se à prevenção como a principal prioridade no processo de proteção da criança/adolescente, sendo considerada um dever profissional, de quem contacta diretamente com elas, para que seja assegurada uma infância feliz. Considerando como intervenções: a capacitação dos pais e/ou família para o cuidado da criança como prevenção de futuro aparecimento de fatores de risco; identificação precoce de sinais de risco; devida vigilância trabalhando em conjunto com a

família para diminuir ou extinguir estes fatores e devido; identificação de situações de maus tratos através do conhecimento dos sinais e sintomas característicos; anamnese e exame físico; tratamento de lesões se necessário; e devido encaminhamento quando detetado (Galindo *et al.*, 2017; Coutinho *et al.*, 2017; Caneira & Myrick, 2015; Leite *et al.*, 2016; Merrick & Latzman, 2014).

1.5.4. - Conclusão

Ao analisar os artigos conclui-se que o enfermeiro, nas várias áreas da sua intervenção, desempenha um papel ativo e crucial na prevenção dos maus tratos a crianças e adolescentes, intervindo junto da criança e da sua família de forma a salvaguardar a segurança da criança. Para isto o enfermeiro deve conhecer os sinais e sintomas de maus tratos para respetiva identificação. Devem saber quais os fatores de risco para que famílias potencialmente maltratantes possam ser identificadas e intervencionadas de forma a extinguir o risco. Conclui-se também que a prevenção de maus tratos na infância começa antes mesmo da identificação de fatores de risco, através da capacitação e orientação dos pais sobre os cuidados e necessidades da criança.

A realização deste estudo teve algumas limitações, como a pesquisa ter sido realizada apenas por um investigador, a interpretação dos resultados poder ter sido influenciada pelo investigador, a pouca experiência na realização da avaliação metodológica dos estudos e a pesquisa apenas ter sido nas bases de dados EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) e PubMed.

Denota-se uma necessidade de realização de mais estudos que definam especificamente as intervenções de enfermagem para a prevenção dos maus tratos infantis, uma vez que foram encontradas poucas evidências sobre esta temática.

2. ANÁLISE REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS

As Unidades curriculares referentes aos estágios permitiram além da consolidação de conhecimentos, a integração e a aquisição de novos conhecimentos quer de caris prático como teórico. A reflexão sobre a prática, através das experiências vividas em cada local de estágio, associada à aquisição de competências de EE e principalmente de EEESCJ, permitiu um grande desenvolvimento pessoal e profissional.

Os Estágios foram divididos em duas Unidades Curriculares: a unidade Curricular “A saúde da criança e família - Vigilância e Decisão Clínica” que decorreu numa UCSP e a unidade curricular “Estágio Final e Relatório”. Esta última subdividiu-se em três momentos de estágio, sendo um num serviço de neonatologia, o segundo num serviço de internamento hospitalar e o terceiro num serviço de urgência pediátrica.

Ao longo deste capítulo é pretendido abordar reflexivamente o percurso realizado durante os estágios, apresentando-os cronologicamente. O capítulo encontra-se então dividido em subcapítulos referentes a cada Unidade Curricular, os quais se subdividem em cada momento de estágio.

Em cada momento de estágio será apresentado o contexto, o diagnóstico de situação realizado, os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas e para finalizar será analisado e refletido o percurso de aprendizagem e a aquisição de competências do EE e do EEESJC adquiridas.

O objetivo geral nestas duas unidades curriculares traçado foi: Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e sua família nos diferentes contextos de estágio, contribuindo para a prevenção dos maus tratos infantis.

2.1. – A SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA - VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Esta Unidade Curricular foi desenvolvida em contexto comunitário e decorreu entre as datas de 5 de fevereiro de 2018 a 23 de março de 2018, com um total de 180 horas numa UCSP.

A promoção e prevenção de saúde é uma das bases dos cuidados de saúde primários, que, por sua vez, segundo o nº 1 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/90, de 24 de Agosto, são os cuidados de saúde onde o sistema de saúde assenta e devem situar-se junto das comunidades. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2008, pág.1), afirma que os

cuidados de saúde primários “são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham”.

Os Centros de Saúde sempre estiveram, diretamente, associados ao apoio contínuo às famílias. Estando presente no Despacho Normativo nº9/2006, de 16 de Fevereiro, que são atribuídos aos centros de saúde a promoção e garantia dos cuidados de saúde direcionados tanto aos indivíduos/famílias como aos grupos e à comunidade.

Os centros de Saúde estão organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que de acordo com o Decreto de Lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro, Artigo 3º, tem a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população. No Artigo 8º deste decreto de lei, é referido que, cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais. No Artigo 10º, é descrito que as UCSP têm uma estrutura idêntica às Unidades de Saúde Familiar (USF) prestando cuidados de saúde personalizados. Esta unidade de saúde garante a acessibilidade, a continuidade e globalidade dos cuidados de saúde.

Esta abrange uma grande área habitacional com contraste populacional onde estão identificadas algumas zonas problemáticas. Com grande número de famílias de risco por falta de suporte e apoio adequado, levando a própria Camara Municipal de Lisboa a considerar o território como zona de intervenção prioritária. De acordo com os dados disponibilizados pela mesma, em Dezembro 2015, a população jovem (dos 0 aos 14 anos) é de 19,60%. De forma a responder às necessidades populacionais a UCSP dispõe de consultas programadas médicas (Saúde de Adultos, Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, Vigilância em Planeamento Familiar e Saúde da Mulher) e de enfermagem (Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, Vigilância em Planeamento Familiar e Saúde da Mulher, Vigilância em Saúde Materna, Vigilância de grupos de risco, Tratamentos de Enfermagem, Vacinação, Ensinos e educação para a saúde), tendo também não programadas. Para tal, a equipa multidisciplinar é constituída por 15 médicos, 2 internos, 20 enfermeiros e 12 secretários clínicos. Nesta UCSP está integrado o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), cuja enfermeira responsável foi a orientadora de estágio.

Além de ter experienciado as várias valências da UCSP relativas à pediatria como a saúde escolar e a vacinação, este estágio incidu maioritariamente nas consultas de saúde infantil e juvenil. Segundo a OE (2011) a intervenção do EEESJC foca-se na promoção do

crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, orientando de forma antecipatória as famílias, para facilitar e maximizar o potencial de desenvolvimento infantil; na detecção precoce de situações que possam afetar de forma negativa a vida e/ou a qualidade de vida da criança e jovem, tendo como foco a gestão do bem-estar da criança e jovem; promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativa à saúde.

Sendo o meu local de trabalho um serviço hospitalar, este estágio permitiu a reflexão da importância dos cuidados de enfermagem prestados na comunidade apostando na prevenção e promoção da saúde.

Para dinamizar o ensino clínico, de modo a evoluir positivamente como futuro EEESCJ e tirar todo o proveito possível deste campo de estágio, nos primeiros turnos nesta UCSP tentei compreender a dinâmica e organização desta instituição de forma a identificar as necessidades da população infantojuvenil realizando assim um diagnóstico de situação, com base não só na observação participada durante as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ) e com o contacto informal com a equipa de enfermagem, nomeadamente com a orientadora que é a responsável por esta área na UCSP, mas também a partir da leitura da documentação da UCSP, nomeadamente o regulamento interno e o seu plano de ação. Cheguei então à conclusão que havia lacunas a nível do suporte formativo para novos enfermeiros que tenham de integrar as CESIJ e que estejam em integração.

Após este diagnóstico de situação estabeleci objetivos específicos que respondessem tanto ao meu projeto de estágio como com as metas organizacionais, com as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e com as necessidades da população infantojuvenil nesta UCSP, de modo a desenvolver competências de EEESCJ.

➤ **Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e sua família, com enfoque no desenvolvimento infantil, em contexto comunitário.**

As CESIJ são realizadas por duas enfermeiras e respeitam as três diretrizes fundamentais preconizadas pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ, 2013). Estas consistem na calendarização das consultas para idades chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança e do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade; harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações à UCSP; e detecção precoce e encaminhamento de

situações passíveis de correção e que possam afetar negativamente o desenvolvimento da criança.

Ainda de acordo com o PNSIJ (2013), são linhas de atuação relevantes, a promoção do desenvolvimento infantil e valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença junto da criança, jovem e família.

De modo a alcançar o objetivo traçado, delineei algumas atividades:

- Participação e execução das CESIJ de acordo com o PNSIJ, com ênfase na prevenção dos maus tratos, adequando as minhas intervenções à família em questão

De acordo com Coutinho, M. *et al.* (2017) o enfermeiro tem um lugar privilegiado para a identificação dos maus tratos infantis, sendo o seu principal objetivo preveni-los. Através da minha observação e de conversas informais com a enfermeira orientadora, que por sua vez é a enfermeira responsável pelo NACJR desta UCSP, cheguei à conclusão que este tema estava bastante desenvolvido. Foi então difícil estabelecer atividades neste âmbito, optando então por desenvolver atividades associadas à CESIJ que por sua vez promovem a prevenção dos maus tratos infantis.

De acordo com a DGS (2013), referimo-nos a intervenção de primeiro nível quando abordamos a temática dos maus tratos nesta instituição, sendo que, no que toca à prevenção esta será primária, realizando ensinamentos para evitar a manifestação de maus tratos e secundária, identificando e despistando crianças e respetivas famílias com fatores de risco de maus tratos (Magalhães, 2005; Azevedo & Maia, 2006).

Como já referi, as consultas de saúde infantil são realizadas segundo o PNSIJ, baseando-se na avaliação do desenvolvimento da criança na Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada como a DGS e a OE preconizam. No Regulamento de Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde da Criança e do Jovem (RCEESCJ, 2010), está descrita como área de intervenção do enfermeiro especialista a fase compreendida entre o nascimento e os 18 anos de idade, com a exceção de poder ir além dos 18 e até mesmo dos 21 anos de idade, ou mais, em casos excecionais.

Nas consultas de saúde infantil existem vários focos principais, os quais se interligam na intervenção. Um deles é o desenvolvimento infantil, que a CIPE (2011) define como um processo natural e evolutivo, que integra a coordenação, a comunicação, a socialização e aspetos de mobilidade, desenvolvendo a capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente.

Nestas consultas tive a oportunidade de avaliar o desenvolvimento infantil. Além de seguir as linhas orientadoras preconizadas pelo PNSIJ como a escala de Mary Sheridan, esta avaliação foi executada naturalmente, de forma que a criança, quando com idade suficiente, não perceba que está a ser avaliada, o que torna a avaliação um momento pouco stressante para a criança e sua família. Nos primeiros meses de vida a aplicação da escala acima referida também não precisa de ser rígida, podendo maior parte da avaliação ser realizada durante outros procedimentos realizados na consulta. Como por exemplo ao colocar a criança na balança podemos verificar que este tem o reflexo de moro. Nas consultas nos primeiros meses de vida, a avaliação do desenvolvimento deve ser realizada com a criança tranquila (DGS, 2013).

Constatei durante o estágio que a criança saudável, tem mais consultas de desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Segundo Brazelton (2002) esta é a altura em que a criança estabelece as bases para o desenvolvimento, apresentando nesta fase maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e consequentemente maior capacidade de se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

A avaliação do desenvolvimento permite então identificar precocemente as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias (DGS, 2013).

Além da avaliação do desenvolvimento, ao longo das CESIJ realizei procedimentos como a realização de ensinamentos, a deteção de sinais de alerta e de situações de comportamentos de saúde desviantes e respetivo acompanhamento.

Ao participar nestas consultas, através da prática e da observação, tendo sempre em conta o tema abordado neste relatório, senti a necessidade de realizar uma reflexão (Apêndice I) sobre a importância do envolvimento da família no cuidar e os benefícios de um cuidado centrado na família como prevenção do risco infantil. Assim, foi também evidente a importância da promoção da saúde e envolvimento da família da criança no cuidar, de forma a evitar situações de possível risco. Durante a minha participação nas CESIJ, através da observação, cheguei à conclusão que a maioria dos pais não tinha a consciência de alguns riscos, que podem levar aos acidentes. Os acidentes, intencionais e não intencionais, são a quarta causa de morte mais comum na Europa, constituindo um grave problema de saúde pública, com grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social mas, também, com implicações relevantes na vida, pessoal e familiar das vítimas (DGS, 2010).

A UCSP já tinha material para fornecer aos pais sobre esta temática, portanto, em consulta tentava sempre abordar este tema, tal como o PNSIJ indica, mas fornecendo o material

disposto pela UCSP, de forma a enfatizar a importância da prevenção da segurança na criança. Como já referido anteriormente, durante os contatos procurei envolver os pais nos cuidados prestados e nas avaliações realizadas à criança, aproveitando esses momentos para, através da observação, identificar possíveis lacunas no conhecimento dos pais em relação à segurança da criança, alertando-os quando pertinente, realizando ensinamentos de forma a assegurar o bem-estar da criança. Os pais aparentaram-se agradados com as minhas intervenções, mostrando interesse em saber mais sobre os assuntos abordados. Durante o estágio tive a oportunidade de avaliar as minhas intervenções em algumas famílias, sendo que na consulta seguinte algumas famílias validaram comigo conhecimentos adquiridos na consulta anterior e referiram a importância desta intervenção.

- Realização de um Guia Orientador das CESIJ (0 aos 6 Anos)

Durante a minha prática no decorrer das CESIJ senti a necessidade de realizar um documento de apoio à consulta que permitisse o fácil acesso aos parâmetros a avaliar, aos cuidados antecipatórios e aos sinais de alerta em cada etapa do desenvolvimento infantil até aos 6 anos, funcionando como dinamizador e uniformizador dos cuidados. Contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados ao longo desta consulta. Este documento apresentado no apêndice II, contribuiu também para a aquisição e consolidação de conhecimentos, facilitando o meu desenvolvimento enquanto futuro EEESCJ e aumentando a minha confiança e autonomia nas CESIJ. Este foi realizado segundo o PNSIJ e inclui as faixas etárias até aos 6 anos uma vez que as restantes foram desenvolvidas por colegas de outras escolas que realizaram estágio na UCSP no mesmo ano.

A equipa mostrou agrado em relação a este documento identificando-o como pertinente e adequado.

- Promoção da vinculação das crianças aos seus cuidadores informais

Durante a prestação de cuidados de enfermagem foi evidente a importância da promoção do vínculo parental através da incentivação da participação dos pais na CESIJ e dos cuidados antecipatórios. De acordo com o RCEESCJ (2010) o Enfermeiro Especialista nesta área utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família.

De acordo com PENDER *et al.* (2002) o modelo de cuidados de saúde dominante na sociedade atual é o do autocuidado incentivando o indivíduo, e a sua família, a desempenhar um papel ativo em relação à saúde, portanto uma das áreas de maior

importância na consulta de saúde infantil é a capacitação e envolvimento dos pais nos cuidados à criança.

Ao longo do tempo tem sido abandonado o conceito da criança isolada tendo-se passado a ter em conta a família cuidadora e o ambiente sociocultural onde a criança está envolvida. O papel principal dos pais é o de desenvolvimento e suporte afetivo da criança, sendo eles os agentes conciliadores entre a criança e o mundo externo (Mano, 2002).

É defendido por Casey e Mobbs (1988) que deve ser assumido por criança, pais e enfermeiros em parceria, parte ativa nos cuidados de enfermagem. Associando-se assim a parceria nos cuidados de enfermagem a um processo dinâmico que requer, não só a participação ativa dos pais/família, mas também o acordo entre todos na procura de objetivos comuns.

O EEESCJ, tem de estar especialmente desperto para esta temática, sendo que a sua ação, segundo Kelly *et al.* (*apud* OE, 2010), consiste numa prestação de cuidados com segurança e competência sendo eles de nível avançado, baseando-se na avaliação da família e nas respostas às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

No âmbito destas consultas todas as intervenções do enfermeiro especialista têm como objetivo a participação da família, promovendo a sua segurança nos cuidados para que possam cuidar da criança em casa. Para promover a parceria nos cuidados, uma outra estratégia que utilizei para a envolvimento dos pais nas consultas à criança nos primeiros anos de vida, foi incentivar os mesmos a participar ativamente na consulta. Estes são outros exemplos de estratégias: incentivar os pais a despir a criança e a coloca-la na balança, incentivar os pais a ajudar o enfermeiro a medir o comprimento e o perímetro cefálico da criança, entre outros. Deste modo, além de conseguir com que a criança fique mais tranquila, facilita a avaliação da dinâmica familiar em torno da criança e a avaliação dos cuidados prestados pelos pais à mesma. Assim permiti a identificação de fatores de risco e de necessidades de ensino para a saúde.

- Potencialização do desenvolvimento infantil através dos cuidados antecipatórios prestados à família e respetiva criança;

Para tornar a consulta personalizada e bem contextualizada, tentei sempre saber previamente a idade da criança. Para além deste aspeto fiz sempre questão de me apresentar adequadamente e perguntar aos pais se tinham alguma dúvida ou preocupação específica. Ao iniciar assim as consultas, observei que, principalmente nas consultas à

criança nos primeiros anos de vida, estabeleci mais facilmente uma relação de confiança. Esta por sua vez é resultado de uma relação de parceria que evidencia a importância de focar a consulta na criança/família e não apenas num guião de consulta pré concebido. Podemos afirmar que, estabelecer uma relação de confiança é um elemento facilitador da introdução de novos comportamentos e da melhoria contínua dos mesmos (BELL e Duffy, 2009).

No decorrer das CESIJ foi evidente que os pais/família da criança nos primeiros meses de vida apresentavam lacunas nos conhecimentos relacionados com os cuidados à criança. Colmatei estas lacunas com ensinamentos e fornecendo folhetos informativos já existentes na UCSP, sempre direcionados às questões e ansiedades referidas pelos pais.

Durante as consultas, os pais mostraram-se agradados com a minha prestação de cuidados e esclarecimento de dúvidas. Já a enfermeira orientadora mostrou agrado na minha prestação de cuidados antecipatórios promotores do desenvolvimento.

Foram recorrentes as questões sobre as intervenções que os pais/família podiam ter em casa de modo a facilitar o desenvolvimento da criança. Não havendo folheto informativo sobre este tema, surgiu a necessidade de realização de um folheto intitulado como “Promoção do Desenvolvimento Infantil (Dos 0 aos 12 meses)” (Apêndice III) para facilitar o envolvimento dos pais no processo de desenvolvimento da criança. Este folheto foi apresentado informalmente à equipa de enfermagem que assumiu a sua relevância. Foi implementado nas últimas semanas de estágio, tendo sido fornecido a alguns pais, que revelaram a utilidade do documento.

- Elaboração de um folheto informativos aos pais sobre a aerossolterapia

Foi recorrente durante o estágio a necessidade de explicar aos pais das crianças, quando estes recorriam a CESIJ programadas, como quando recorriam à UCSP por motivo de doença, em que consistia a aerossol terapia, tal como a correta utilização de dispositivos simples como o Inalador pressurizado doseável + Câmara Expansora (pMDI+CE) para que não fosse necessário realizar a administração de broncodilatadores e/ou anti-inflamatórios esteroides (corticosteroides) por aerossol por nebulização às crianças. Segundo a DGS (2013b) a sua administração deve ser feita por dispositivos simples como referido anteriormente. Perante esta necessidade levantada realizei um folheto informativo sobre este tema (Apêndice IV). Este foi apresentado na sessão de formação “Aerossolterapia: Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE)”.

- Realização de uma sessão de formação à equipa “Aerossolterapia: Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE)”

Através de conversas informais com a enfermeira orientadora e com a equipa de enfermagem da UCSP, identifiquei que uma das lacunas nos conhecimentos da equipa de enfermagem incidia na aerossolterapia, mais especificamente na utilização de pMDI + CE. Assim sendo, foi planeada uma sessão de formação. Para a sua realização foi elaborado o plano da sessão, a sessão de formação e a sua avaliação. Todos os documentos encontram-se no Apêndice V.

- Participação na prestação de cuidados de enfermagem na sala de vacinação

A vacinação é regida na UCSP o Plano Nacional de Vacinação (PNV, 2017). Segundo a DGS (2017) o princípio do PNV é a equidade, a igualdade de oportunidades, a proteção da saúde e a prevenção de doenças, independentemente do género, etnia, cor da pele, religião, do estatuto social, dos rendimentos familiares ou das ideologias. A vacinação deve ser iniciada desde o nascimento.

Ao longo da minha presença na sala de vacinação, foi evidente que um aspeto importante nesta área é o benefício da promoção dos cuidados a-traumáticos ao bebé. Segundo Doca (2010) a utilização de substâncias adocicadas por via oral, a sucção não nutritiva, o contacto pele-a-pele e o método canguru são um bom exemplo de medidas não farmacológicas contra a dor, promovendo assim os cuidados a-traumáticos. Estas medidas, além de apresentarem um grande benefício para o conforto do bebé, não substituem as farmacológicas, devendo ser utilizadas em casos de dor ligeira a moderada, não apresentando efeitos secundários para a criança (BATALHA, 2010).

Na minha prática, tentei sempre ter em conta estas medidas não farmacológicas contra a dor, tentando sempre promover os cuidados a-traumáticos na vacinação do bebé. Tentei sempre adequar a minha intervenção conforme a criança e família que se apresentava na vacinação, perguntando aos pais quais as estratégias que utilizavam mais frequentemente para acalmar o bebé no seu quotidiano. Utilizando a resposta a esta pergunta a favor da promoção dos cuidados a-traumáticos ao bebé.

Esta atividade foi avaliada ao longo do estágio pela enfermeira orientadora, através da observação da minha participação nas CESIJ e de conversas informais sobre a minha prestação de cuidados, tal como pelos pais através da verbalização do seu agrado pelo meu desempenho e pelas reações positivas por parte das crianças às quais prestei cuidados.

Ao longo da vida e principalmente nos primeiros anos são várias as vacinas do PNV, sendo a sua administração em vários sítios diferentes do corpo. Uma das minhas dificuldades foi identificar o local de administração de todas as vacinas, tendo sido também uma dificuldade sentida por alguns enfermeiros em integração na UCSP em questão. Assim sendo, de forma a preencher algumas lacunas no conhecimento, facilitar a integração de novos enfermeiros e também a minha participação no momento da vacinação formulei um documento onde distingo as várias vacinas e os locais anatómicos de administração das mesmas (Apêndice VI). Devido à rotatividade de profissionais de enfermagem na vacinação à criança, foi mostrado bastante agrado pela utilidade do documento.

➤ **Colaborar no planeamento e execução dos projetos implementados ou em processo de implementação na UCSP.**

Ao iniciar o estágio nesta UCSP foi referido pela equipa, tal como pela enfermeira orientadora que a unidade tinha alguns projetos no âmbito da saúde da criança e do jovem a decorrer, tal como havia alguns que ainda não tinham sido iniciados. Assim, em conjunto com a enfermeira orientadora cheguei à conclusão que seria uma mais-valia para mim, futuro EEESCJ, participar nestes projetos. Delineei então algumas atividades:

- Participação no projeto sobre a alimentação saudável no âmbito da saúde escolar

A saúde escolar nesta UCSP rege-se pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2015). Segundo o PNSE (2015), a equipa de saúde escolar tem a responsabilidade de colaborar na localização, sinalização e encaminhamento das crianças que não cumprem a vigilância de saúde e vacinação, bem como as que têm necessidades de saúde especiais, promovendo a referenciação entre profissionais articulando com família e escola.

Tive então oportunidade, no âmbito deste programa de participar em sessões para a saúde no âmbito da alimentação saudável e estilos de vida saudáveis numa escola. Este tema é de elevada relevância uma vez que, de acordo com a DGS (2005) os números de obesidade têm aumentado drasticamente no Mundo, incluindo na idade pediátrica, sendo a prevalência tão relevante que a OMS considerou-a como a epidemia global do século XXI. Assim, as intervenções foram realizadas a uma turma de 1º ano, através da realização de jogos didáticos devido ao estágio de desenvolvimento das crianças nesta idade, sendo avaliado pelo empenho das crianças neste jogo. E a uma turma de 4º ano onde foi realizada uma apresentação sobre o tema, sendo esta avaliada através de um jogo de perguntas e respostas realizado no final da apresentação, onde foi evidente a aquisição de conhecimentos por parte das crianças e assim a sua pertinência. No final de cada sessão foi

revisto o boletim de vacinas, sinalizando as crianças com vacinas em atraso enviando um apontamento para os pais, de forma a promover a adesão à vacinação. Esta atividade foi importante para mim enquanto futuro EEESCJ, vivenciando uma realidade nova.

Síntese do estágio e Competências desenvolvidas:

Ao terminar o estágio, considero que os objetivos foram atingidos. Permitiu o meu desenvolvimento não só a nível profissional, mas também pessoal, ajudando-me a olhar para o cuidado de enfermagem de uma maneira mais abrangente, reconhecendo a necessidade da articulação entre várias instituições, de forma a obter o máximo de ganhos de saúde da criança e adolescente.

No desenrolar do estágio pude também depreender a função do EEESCJ numa UCSP, permitindo-me, ao longo da realização das atividades, adquirir competências de EEESCJ, sendo elas: providenciar cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a terapias de enfermagem comuns e complementares, suportadas na evidência (E2.4.); ou por exemplo, a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E 3.1.), demonstrando conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil (E 3.1.1.), avaliando o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E 3.1.2.) e transmitindo as orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (E 3.1.3.); sinto também que promovi a vinculação de forma sistemática (E 3.2.), avaliando o desenvolvimento da parentalidade (E 3.2.1.); desenvolvi igualmente competências como a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E 3.3), demonstrando, ao longo da consulta, conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família (E 3.3.1.); Demonstrei também habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança (E 3.3.3.) (RCEESCJ, 2010).

2.2. – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

2.2.1. – Serviço de Neonatologia

Este estágio decorreu entre dia 3 de setembro de 2018 e dia 5 de outubro de 2018 numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN) de um hospital público-privado, integrado no Sistema Nacional de Saúde.

Esta UCERN destina-se aos cuidados diferenciados a Recém-Nascidos (RN) até aos 28 dias de idade, tendo capacidade para dar resposta a patologias dos RN e a complicações da

prematuridade. Os motivos mais frequentes para o internamento nesta UCERN são a prematuridade, a dificuldade respiratória e padrões infecciosos que afetam os RN nos primeiros dias de vida. Esta unidade assegura a continuidade de cuidados contactando, quando necessário, com outros serviços intra-hospitalares, outros hospitais e referenciando também o RN e sua família para o centro de saúde indicado quando estes têm alta.

A unidade é constituída pela sala de cuidados especiais, que tem por cinco incubadoras destinadas a cuidados intensivos, sete incubadoras destinadas a cuidados intermédios; pela sala de isolamento, com capacidade para um recém-nascido em cuidados intermédios ou em cuidados intensivos; pela sala de amamentação e pela sala de espera.

A equipa multidisciplinar desta UCERN é composta por médicos neonatologistas, enfermeiros, sendo 2 EEESJ's, auxiliares de ação médica, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, dietista e secretária de unidade.

Relativamente ao tema abordado neste relatório, de forma a obter mais informações sobre a realidade desta temática na UCERN e no hospital no qual realizei estágio, tive uma reunião informal com assistente social do hospital, que considero ter sido uma mais-valia por ter esclarecido algumas dúvidas. Cheguei então à conclusão com a ajuda desta reunião, da enfermeira responsável, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem que, devido à idade das crianças internadas na neonatologia os casos de risco e maus-tratos identificados são na maioria das vezes os de negligência.

O que ajudou a traçar os seguintes objetivos e as atividades para os alcançar, tendo em conta o curto período do estágio.

- **Participar na prestação de cuidados ao RN e à sua família, com enfoque na prevenção dos maus tratos.**
 - Participação nos cuidados ao RN e sua família, promovendo a vinculação das crianças aos seus pais

Devido às necessidades tão específicas do RN prematuro e ao curto período de tempo deste estágio, propus-me à participação na prestação de cuidados ao RN e sua família. Primeiramente, para que pudesse ultrapassar o receio na prestação de cuidados, além do estudo contínuo, observei a prática da enfermeira orientadora, que com a sua dedicação no esclarecimento de dúvidas, me fez sentir mais confiante na prestação de cuidados ao RN prematuro.

Um dos aspetos que se tornaram evidentes durante a colaboração na prestação de cuidados foi a importância da promoção dos cuidados atraumáticos e promoção do conforto no RN.

Como já referi anteriormente, a prevenção do desconforto e dor no RN a utilização de substâncias adocicadas por via oral, a sucção não nutritiva, o contacto pele-a-pele e o método canguru são um bom exemplo (DOCA, 2010), tal como a realização de contenção e a redução de estímulos como a iluminação e o ruído (CORDEIRO e COSTA, 2014).

Durante a minha prática neste contexto de estágio, tentei sempre promover o conforto do bebé utilizando métodos não farmacológicos contra a dor em procedimentos em que se justificasse, como nas colheitas de sangue para análises por veia periférica, cateterização de veia periférica, avaliação da glicémia capilar e/ou gasometria capilar e em qualquer outro procedimento que justificasse a utilização destas estratégias. Nesta unidade as estratégias não farmacológicas contra a dor e promotoras de conforto mais utilizadas são a utilização de substâncias adocicadas por via oral, a sucção não nutritiva, a contenção e a diminuição de estímulos como a iluminação e o ruído, uma vez que bastantes vezes, os pais não estavam presentes durante os procedimentos. Quando presentes, é ainda utilizado o método pele com pele para promover o conforto do bebé.

É fulcral a perceção do enfermeiro de que a preparação do nascimento de um filho, tal como a própria gravidez, é um momento muito especial, muito aguardado e que envolve muitas expectativas, alegria e emoção para o casal e para toda a família (FERNANDES *et al.*, 2014), portanto podemos concluir que o internamento de um RN prematuro é motivo de grande ansiedade para os seus pais. De acordo com Santos *et al.* (2012) estes pais vivenciam emoções como a tristeza de ver o bebé naquela situação e a alegria de ver o seu filho, o que pode tornar o primeiro impacto numa unidade assim um motivo de ansiedade. Assim, ao longo do estágio, tentei reduzir a ansiedade sentida pelos pais e familiares, explicando o ambiente da unidade, os dispositivos ligados ao RN e esclareci qualquer dúvida de modo a desmistificar o ambiente envolvente de uma UCERN, para que estes se sentissem mais à vontade para cuidar do seu filho.

Couto & Praça (2009) defendem que, para um melhor desempenho e compreensão dos cuidados ao RN, a preparação, os ensinamentos e a informação dada aos pais deve iniciar-se logo após a admissão na unidade neonatal, mantendo-se ao longo de todo o internamento num processo contínuo de avaliação e reformulação. Tentei então, quando possível, envolver os pais enquanto parceiros no cuidar, promovendo a relação entre pais e RN, reduzindo também a ansiedade dos pais e promovendo a aceitação dos pais relativamente ao RN (FERNANDES & SILVA, 2015), que por sua vez reduz o risco de maus tratos, uma vez que um dos fatores de risco é a rejeição do RN por parte dos seus pais/família (DGS,

2011). Exemplos destas estratégias são: o incentivo dos pais para alimentar os seus bebés quando possível, o incentivo dos pais a mudarem a fralda ao RN quando necessário ou a combinação da hora do banho com os pais para que estes estejam presentes e possam prestar os cuidados de higiene ao seu filho.

O enfermeiro deve ter consciência que além da importância dos pais conseguirem prestar sozinhos os cuidados ao seu filho, devem primeiramente supervisionar os cuidados por eles prestados de forma a orientar e educar para a saúde, o que é fundamental para potencializar as capacidades dos pais no cuidado ao seu filho (RODRIGUES, 2010).

Desta forma considero que, não só estou a promover a vinculação do RN com os seus pais, mas também estou a promover a autonomia dos pais no cuidado à criança para que a alta seja o mais rápido possível, promovendo não só a independência mas também o bem-estar familiar, criando desde cedo rotinas para que seja criada uma dinâmica familiar eficaz (PENDER, MURDAUGH & PARSONS, 2011), reduzindo a probabilidade de ocorrer casos de negligência passiva (DGS, 2011).

- Promoção do bem cuidar do RN pelos pais, de forma a prevenir futuros casos de negligência, através de conversas informais durante a prestação de cuidados

Como foi referido anteriormente os casos de risco e maus-tratos identificados nesta UCERN são na maioria das vezes os de negligência.

A negligência, como referido no primeiro capítulo do relatório, é entendida como a incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das necessidades básicas, como a higiene, a alimentação, o afeto, a educação e a saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais, sendo que existe a passiva e a ativa (DGS, 2011). Assim, a promoção do bem cuidar do bebé pelos pais e/ou outros cuidadores podem evitar futuros casos de maus-tratos na criança (GALINDO, N. *et al.* 2017). Deste modo, revela-se de extrema importância a promoção da autonomia parental através da realização de ensinamentos para o aprimoramento das suas capacidades, para prevenir futuros casos de negligência passiva (CANEIRA, L. & MYRICK, K.,2015).

A neonatologia, além de ser uma área muito específica e técnica, é uma área em que os ensinamentos e promoção da saúde são muito importantes. O enfermeiro tem então de desenvolver competências que se enquadrem na dimensão ética, deontológica e relacional, aproveitando os momentos de contacto com os cuidadores do RN. Tentei desta forma, durante o estágio e durante a colaboração nos cuidados prestados ao RN e sua família, capacitar os pais e a sua autonomia no cuidar do RN, de forma a evitar futuros casos

negligência. Esta atividade é complementada pela atividades do objetivo específico anterior, sendo mandatário abordar os cuidados ao RN centrados na capacitação da família para o seu cuidado.

- Realização de um questionário aos enfermeiros, de forma a aprofundar o diagnóstico de situação sobre o tema da criança em risco de maus tratos

Realizei um questionário sobre a temática à equipa de enfermagem desta unidade, de forma a completar o diagnóstico de situação e reforçar a necessidade da abordagem deste tema na UCERN. O questionário e tratamento de dados do mesmo estão presentes no apêndice VII. A análise de dados deste questionário mostrou que, embora todos os enfermeiros que o preencheram considerassem ter conhecimentos nesta temática, consideravam também que era uma temática em que não tinham conhecimentos suficientes. Assim, cheguei à conclusão que seria de extrema importância a abordagem dos maus tratos infantis neste serviço hospitalar, uma vez que a maior parte dos enfermeiros referiram, embora cientes da problemática dos maus tratos infantis, não ter conhecimentos suficientes sobre este tema.

➤ **Contribuir para a dinamização da sinalização da criança em risco de maus tratos na UCERN**

- Realização de um documento de sinalização da criança ao serviço social

Realizei então um documento de sinalização da criança ao serviço social (Apêndice VIII) de modo a facilitar e dinamizar a sinalização realizada pelos enfermeiros de crianças com fatores de risco ao serviço social do hospital.

De modo a responder às necessidades do serviço e do hospital, após realizar o documento, apresentei-o informalmente à enfermeira responsável pela unidade, à enfermeira orientadora e à assistente social do hospital, para que me orientassem da melhor forma dando algumas indicações para o melhoramento do documento.

Este documento foi posteriormente proposto à equipa de enfermagem, que salientou a pertinência da sua realização e sua aplicabilidade. Esse documento foi aceite pelo serviço e pelo serviço social. No término do estágio estava em processo de aceitação para integrar a página da *intranet* do hospital de modo a ficar acessível para todos os serviços de pediatria.

- Realização de uma sessão de formação aos enfermeiros sobre o tema

Após o questionário realizado e a deteção desta necessidade planeei uma sessão de formação onde abordei a temática dos maus tratos à criança, incidindo mais na negligência e na proposta do documento de sinalização da criança ao serviço social.

Para a sua realização foi elaborado o plano da sessão, a sessão de formação e a sua avaliação. Todos os documentos encontram-se no Apêndice IX. A sessão foi divulgada no serviço oralmente durante os momentos de passagem de turno.

Esta sessão foi considerada pelos enfermeiros uma mais-valia, tendo gerado períodos de reflexão crítica pela equipa sobre algumas vivências na sua prática.

Síntese do estágio e Competências desenvolvidas:

A minha evolução ao longo do estágio foi positiva, tendo sido um desafio para mim, uma vez que o cuidado ao RN prematuro, é uma área tão específica do cuidar da criança. Apesar do limitado número de horas de estágio, considero que fui bem-sucedido e atingi os objetivos propostos com sucesso, tudo isto com a ajuda da realização de um portefólio, do estudo contínuo e recurso à evidência científica.

Considero assim que este estágio foi uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem como futuro EEESCJ desenvolvendo competências específicas, como implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor de parentalidade (E1.1.), procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.), como providenciar cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas pela evidência (E2.4.) e também promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (E3.2.) (RCEESCJ, 2010).

2.2.2. – Serviço de internamento hospitalar

Este estágio decorreu num serviço de internamento de pediatria oncológica, em contexto de trabalho, de 8 de outubro de 2018 a 12 de novembro de 2018 com a duração de 130 horas.

Este serviço é um dos três centros oncológicos pediátricos nacionais. Atualmente admite todas as crianças, dos 0 aos 16 anos, referenciadas com suspeita de diagnóstico de doença oncológica. É um centro de referência para crianças provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

De forma a dar resposta á população internada neste serviço, a equipa multidisciplinar é constituída por oito médicos pediatras, dois neurologistas, trinta e um enfermeiros, uma assistente social, três educadoras de infância, uma psicóloga, um nutricionista e três

professoras. Apoiam a atividade deste grupo de profissionais os voluntários da Liga Portuguesa Contra o Cancro e da Acreditar.

A atividade deste serviço é dividida entre internamento e ambulatório (Hospital de Dia Pediátrico). Por sua vez, estes dois complementam-se e a equipa de enfermagem é a mesma. Os motivos mais frequentes para a criança recorrer ao serviço de Hospital de Dia (HD) são os tratamentos realizados em ambulatório ou alguma alteração clínica proveniente dos tratamentos realizados ou da própria doença.

No serviço de internamento, os motivos mais frequentes de internamento são os tratamentos de quimioterapia, a necessidade de isolamento por aplasia ou infeção e todas as possíveis complicações que advém do diagnóstico e tratamento da doença oncológica na criança. Uma vez que o serviço funciona vinte e quatro horas, qualquer urgência que aconteça, a criança dirige-se para o internamento onde é sempre recebida.

O HD é constituído por instalações próprias adequadas para consulta, realização de técnicas diagnosticas invasivas sob anestesia geral e administração de quimioterapia e outros tratamentos endovenosos. Por sua vez, o internamente é composto por vinte e duas vagas mais uma de urgência, quinze destas camas em isolamento. O serviço contém também escola, sala de recreio, gabinetes de apoio e secretariado.

Ao iniciar este estágio no local onde integro a minha atividade profissional, tinha receio de não conseguir diferenciar o “eu” profissional de saúde do “eu” estudante no serviço em questão. Assim, optei por reunir-me com a chefe de enfermagem do serviço e posteriormente com a enfermeira orientadora do estágio para aferir objetivos e a minha abordagem de modo a que tudo fizesse sentido neste estágio em contexto de trabalho. Cheguei então à conclusão que a equipa de enfermagem apresentava algumas lacunas de conhecimentos em relação ao tema deste relatório.

Depois de fazer o diagnóstico de situação aferi objetivos específicos e atividades para os atingir:

- **Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança com diagnóstico de doença oncológica e à sua família.**

A doença oncológica na infância é relativamente rara, correspondendo a 3% de todos os cancros nas diferentes faixas etárias. Apesar destas evidências, a doença oncológica é uma das principais causas de morte em crianças com idades entre 1 e 14 anos (BOUZAS & CALAZANS, 2007). Esta doença e o seu tratamento são muito agressivos, portanto deparamo-nos diariamente com crianças e famílias a necessitar de intervenções para

sintomas que podem variar de acordo com, não só o fármaco e a dose administrada, mas também com a especificidade de cada criança e família. Segundo Costa e Lima (2002) os efeitos secundários da quimioterapia (QT) considerados mais frequentes são: apatia, anorexia, neutropenia (com os riscos inerentes de infecção), trombocitopenia (com os riscos inerentes de hemorragias – hematomas, epistaxis e gengivorragias), perda de peso, alopecia, mucosite oral, náuseas vômitos e diarreia.

Neste serviço são seguidas crianças e adolescentes dos 0 aos 16 anos com diagnóstico de doença oncológica. A situação clínica das crianças aqui internadas é muito variada, tendo não só casos de emergência, urgência e tratamento da doença, como também casos de crianças em cuidados paliativos.

Ao prestar cuidados de enfermagem diariamente neste serviço e sendo este o meu local de estágio e trabalho, pude refletir sobre a prestação de cuidados especializados neste contexto.

- Reflexão sobre a prestação de cuidados especializados neste contexto

Ao refletir sobre a prestação de cuidados neste serviço hospitalar, tornou-se evidente que o alvo do cuidar não é unicamente a criança, mas também a sua família. Desde o diagnóstico, a vida da criança e sua família muda completamente e com isto as suas dinâmicas familiares são alteradas.

Os internamentos de uma criança diagnosticada com uma doença oncológica, além de longos, são vários.

A doença oncológica na pediatria é muito estigmatizada pela sociedade, devido principalmente à falta de conhecimento geral. O que torna o momento da transmissão aos pais e, dependendo das idades, às crianças ou adolescentes, do diagnóstico emocionalmente agressivo para estes. Assim sendo, neste momento difícil para a família e criança, tento sempre estar presente quando o médico, no exercício das suas funções, transmite a notícia aos pais/protetores legais para que a equipa médica e a de enfermagem seja vista como uma equipa. Esta presença destina-se também a que esta família e criança/adolescente deem um passo em prol da confiança na equipa de enfermagem.

Depois da transmissão desta notícia por parte do médico, eu disponibilizo-me para esclarecer qualquer dúvida e principalmente desmistificar a própria doença, os tratamentos e os seus efeitos secundários de forma a tranquilizar a família.

Como enfermeiro avalio se a minha presença é uma mais-valia, sendo que muitas vezes, antes de prestar apoio emocional aos pais e família, estes precisam de um tempo para

“processarem” a má notícia, portanto, antes da minha intervenção tenho de avaliar a situação.

Esta desmistificação da doença e apoio aos pais e criança/adolescente são contínuas durante todos os internamentos, visitas e contactos em hospital de dia. Tento ter sempre mostrar disponibilidade para, não só esclarecer dúvidas, mas também prestar apoio emocional de forma a diminuir a ansiedade da família e criança/adolescente.

Gonçalves *et al.* (2004) afirmam que face ao diagnóstico de uma doença oncológica de um dos seus elementos mais novos, o sistema familiar sofre, regra geral, uma “desordem”.

Além de existirem muitos estudos sobre o comportamento parental, e alguns mesmo na área da oncologia, parecem contudo insuficientes para descrever a realidade dos pais das crianças com cancro, sendo que o comportamento dos pais vai influenciar em larga escala a adaptação da criança à nova situação de doença (GOMES *et al.*, 2004).

Além da capacitação dos pais ser importante, torna-se também de grande importância a capacitação da própria criança para cuidar da sua saúde. Segundo Pender (2011) é fulcral a capacitação do indivíduo no autocuidado, para que este se comprometa com comportamentos de promoção da saúde, portanto, conforme avaliação prévia da idade e estágio de desenvolvimento da criança/adolescente, dependendo também do seu estado clínico, realizo também ensinamentos às crianças sobre alguns cuidados que podem ter de forma a integra-los no próprio processo de doença/tratamento, para que estes mantenham comportamentos de saúde.

➤ **Contribuir para a melhoria da identificação e intervenção da equipa de enfermagem, em situação de risco de maus-tratos da criança/adolescente**

Estando a realizar o estágio no meu local de trabalho senti a necessidade de abordar o tema relacionado com a prevenção dos maus tratos em crianças e adolescente, uma vez que ao longo da observação subsequente da prática identifiquei lacunas no conhecimento da equipa de enfermagem em relação a este tema.

Para saber as várias perceções sobre este tema neste serviço, realizei uma entrevista informal com a assistente social do serviço, com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira coordenadora do serviço. Estas reuniões, em conjunto com as conversas informais com a equipa de enfermagem ajudaram-me a perceber que seria primordial a abordagem deste tema durante o estágio. Assim sendo formulei algumas atividades para além das reuniões anteriormente especificadas:

- Realização de um Fluxograma de Intervenção após deteção de sinais de maus tratos na criança/Adolescente e Família

Uma das lacunas identificadas foi a intervenção do enfermeiro após a identificação de fatores de risco na criança e adolescente. Um dos principais objetivos da prevenção de maus tratos infantis é a proteção da criança e para isso o enfermeiro deve conhecer o processo de intervenção que deve seguir após identificadas situações de risco (CANEIRA, L. & MYRICK, K. 2015). Assim, realizei um fluxograma (Apêndice X) com o apoio da enfermeira orientadora, da assistente social e baseado na ação de saúde para crianças e jovens em risco (DGS, 2011), de forma a dinamizar e facilitar a intervenção da equipa de enfermagem após a identificação destas situações. Este fluxograma foi posteriormente proposto à equipa de enfermagem, tendo sido implementado no serviço.

- Contacto com a equipa de técnicos do sistema de informação Sclinico® com o intuito da introdução de um documento para a identificação do risco no sistema, para os registos de enfermagem

Uma vez que os enfermeiros têm um papel importante na prevenção dos maus tratos, que passa pela identificação precoce de fatores de risco e o acompanhamento destes casos (MERRICK M. & LATZMAN N.,2014), contactei com os técnicos do sistema de informação SClinico® (sistema utilizado para os registos de enfermagem neste serviço) via e-mail de forma a introduzir uma folha de risco que o sistema informático tem pré-feita para o preenchimento dos enfermeiros. A introdução desta folha informática não foi possível, portanto, em conjunto com a enfermeira orientadora, implementei no serviço o preenchimento de um espaço já existente neste sistema de informação, intitulado por “Alertas” sempre que seja necessário identificar uma situação de risco, de modo a facilitar a continuidade de cuidados de enfermagem e posterior encaminhamento da situação para o serviço social. Este passo foi implementado no serviço, após ser proposta à equipa de enfermagem. Esta intervenção encontra-se então inserida no fluxograma de intervenção após deteção de sinais de maus tratos na criança/adolescente e família referido anteriormente.

- Realização de uma sessão de formação aos enfermeiros sobre a identificação e intervenção da criança em situação de maus tratos

Uma vez que, como referido anteriormente, o enfermeiro tem um papel preponderante na identificação de situações de risco ou perigo, é evidente a importância deste ser capaz de

identificar sinais sugestivos de maus tratos (GALINDO, N. *et al.*, 2017). Assim sendo, devido às lacunas identificadas, senti a necessidade de realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem, tendo sido divulgada oralmente nos momentos de passagem de turno. Esta sessão está especificada no relatório da sessão “O papel do enfermeiro na Identificação e Intervenção na criança em situação de maus-tratos” (Apêndice XII) sobre a identificação e intervenção da criança em situação de maus tratos. Esta sessão foi recebida com agrado pela equipa de enfermagem tendo sido referido por esta equipa que a sessão foi de grande relevância para a melhoria dos cuidados neste serviço.

Síntese do estágio e Competências desenvolvidas:

A realização deste estágio foi um desafio que considero ter superado. Pude olhar com outros olhos e refletir sobre a minha prática diária. Considero ter alcançado os objetivos de estágio, tendo através da realização das atividades, do portefólio e do estudo contínuo, conseguido adquirir competências do EEEECJ, sendo elas: negociar a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1.), utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem e família para assumir papéis de saúde (E1.1.3.), proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4), identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (E1.2.3.), capacitar a criança/adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E 2.5.2.), promover a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada (E2.5.3.), demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (E3.3.1.) e demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem (E 3.3.3.) (RCEEEECJ, 2010). Ainda segundo o mesmo regulamento pude desenvolver competências como a identificação de situações de risco para a criança e jovem (E1.2.4.) e a sensibilização de pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção (E 1.2.5.).

2.2.3. – Serviço de urgência pediátrica

Este estágio decorreu entre o dia 19 de novembro de 2018 a 19 de dezembro de 2018, num serviço de urgência pediátrica (SUPed) num hospital público com um total de 115 horas.

O SUPed presta cuidados à criança e jovem até aos 17 anos, 364 dias, qualquer que seja a patologia médica ou cirúrgica, provenientes do domicílio, de outras instituições de saúde ou de outros serviços do hospital. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares da ação médica e uma secretária. O método de trabalho da equipa de enfermagem é o de enfermeiro responsável.

O SUPed é constituído por várias salas, como a triagem, a sala de aerossóis, a sala de reanimação, a sala de tratamentos, salas de vigilância, ortopedia, sala de pequena cirurgia; e o serviço de observação pediátrica (SOPed). Aqui o circuito de atendimento da criança/jovem começa na sala de triagem onde o enfermeiro o observa e segundo a triagem de Manchester, determina o grau de gravidade da situação e estabelece a prioridade em emergente, urgente e não urgente e faz o respetivo encaminhamento.

O SOPed tem lotação para 6 camas, e é o local onde a criança permanece para estabilização do quadro clínico após cirurgias, exame de diagnóstico ou esclarecimento de diagnóstico, em média entre 24 e 48h.

Devido ao curto tempo de permanência/internamento no SUPed, foi um desafio estabelecer objetivos e atividades. Além das conversas informais com a enfermeira orientadora, realizei também entrevistas informais a vários elementos da equipa de enfermagem deste serviço. Onde concluí que seria uma mais-valia a abordagem da temática deste relatório, mais propriamente dos sinais e sintomas de crianças em risco mau trato à criança, ou mesmo de crianças em situação de perigo. Enquadrando-se assim na prevenção secundária, identificando crianças e famílias com fatores de risco e na prevenção terciária, através da identificação de crianças em situação de perigo efetivo, possibilitando a abordagem e reabilitação precoce das vítimas (Magalhães, 2005; Azevedo & Maia, 2006)

➤ **Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em contexto de urgência.**

Durante o crescimento e desenvolvimento das crianças, a família depara-se frequentemente com inúmeros acontecimentos geradores de crises, tais como a doença e a hospitalização da criança/adolescente.

Maior parte das vezes, é o enfermeiro do SUPed o primeiro profissional a abordar a criança, que muitas vezes é a primeira vez que recorre a um ambiente hospitalar. Por isso todos os cuidados prestados são importantes e têm consequências na criança.

No meu primeiro contato com este campo de estágio, um aspeto que se tornou evidente foi a ansiedade da criança/adolescente ao recorrer ao SUPed, dado que, na maior parte das

vezes, é impossível a preparação prévia da criança/jovem para recorrer a este serviço hospitalar, destacando-se assim a importância da disponibilidade mostrada pelos profissionais de saúde para diminuir a ansiedade da criança/adolescente e sua família através da explicação de todos os fatores inerentes ao serviço (BARROS, 2003).

Para a concretização deste objetivo específico foram delineadas algumas atividades:

- Participação na prestação de cuidados à criança e à sua família de forma a desenvolver competências de EEESCJ nas várias valências do SUPed

Ao longo do estágio consegui vivenciar as várias valências do SUPed, tendo sido no SOPed onde incidiu mais horas de estágio.

Ao colaborar nos cuidados prestados às crianças e adolescentes neste serviço, tentei sempre mostrar disponibilidade, quando possível, acolhendo convenientemente a criança e família. Assim, e segundo Tavares (2011), logo à chegada promovi os cuidados a-traumáticos à criança/adolescente, tendo como objetivo o bem-estar dos mesmos e da sua família. Durante o estágio, outro aspeto importante para a minimização da ansiedade da hospitalização, foi a importância para a criança, da presença de uma pessoa significativa a acompanhá-la. Foi visível ao longo do estágio que, o acompanhamento da criança e adolescente por uma pessoa significativa tem uma elevada importância. Essa pessoa significativa deve ser incentivada a ajudar e orientada por um enfermeiro, para que a criança colabore nos cuidados prestados (BARROS, 2003). Assim sendo, promovi a participação dos pais na prestação de cuidados de enfermagem à criança, o que revelou grande eficácia na redução da ansiedade na mesma.

No decorrer do estágio denotei uma grande quantidade de crianças que recorrem ao SU por acidentes que acontecem em contexto de domicílio, o que revela a elevada importância da promoção de saúde para os evitar. Durante a minha colaboração de cuidados tentei, quando pertinente, chamar a atenção para este assunto, tentando mudar comportamentos de forma a prevenir futuros acidentes, adaptando sempre a minha intervenção à faixa etária da criança. Esta intervenção relaciona-se diretamente com o tema deste relatório uma vez que, segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (2010), os acidentes intencionais ou não intencionais, são a quarta causa de morte mais comum na Europa, constituindo um grave problema de saúde pública, estando diretamente relacionado com a negligência.

- Realização de uma proposta de folheto direcionado aos pais de crianças diagnosticadas com doença oncológica no SUPed, sobre o encaminhamento das

mesmas, de forma a diminuir a ansiedade parental nestes casos, com o intuito de promover o conforto da criança e família nestes casos

Através das entrevistas informais referidas anteriormente, juntamente com algumas conversas com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável pelo serviço, cheguei à conclusão que uma das necessidades do serviço seria a realização de uma proposta de folheto para a facilitação dos ensinamentos e diminuição de ansiedade aos pais da criança diagnosticada com doença oncológica no SUPed com necessidade de ser transferida. Devido à minha experiência profissional nesta área e a quantidade de vezes que as crianças são diagnosticadas com doença oncológica e encaminhadas a partir do SUPed, tornou-se relevante a realização desta atividade. Realizei assim um folheto intitulado “Encaminhamento para o (hospital de referência para onde estas crianças são transferidas)” (Apêndice XII). Este folheto foi proposto durante o momento de passagem de turno e os enfermeiros avaliaram-no como sendo de elevada pertinência neste serviço. No momento em que terminei o estágio a responsável do serviço ainda aguardava a autorização por parte da administração hospitalar para a sua aplicação.

- **Facilitar a identificação de situações de risco ou perigo na criança e adolescente.**
- Realização de uma proposta de um documento para facilitar a identificação de sinais e sintomas sugestivos de maus tratos infantis.

Através das conversas informais com a enfermeira orientadora e com a equipa de enfermagem cheguei à conclusão, uma vez que a equipa de enfermagem seja na triagem, na sala de tratamentos ou no SO têm um curto período de tempo para avaliar a criança, que seria uma mais-valia a realização de um documento para facilitar a identificação de sinais e sintomas dos vários tipos de maus-tratos. Desta forma, formulei um documento facilitador da identificação dos sinais e sintomas de maus tratos infantis (Apêndice XIII). Este teve elevada pertinência neste contexto, uma vez que a criança aborde este tema, como tenho vindo a referir ao longo do relatório.

Apresentei informalmente o documento à equipa durante o momento de passagem de turno. A equipa revelou interesse na implementação do documento referindo a sua importância e pertinência.

Síntese do estágio e Competências desenvolvidas:

Este estágio foi muito interessante para mim, uma vez que nunca tinha estado em contexto de Urgência, seja pediátrica, seja de adultos. Achei uma realidade fulcral para o

meu percurso no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sendo um excelente local de estágio para desenvolver competências específicas do EEESCJ, segundo o RCEEESCJ (2010) como: a avaliação de comportamentos e conhecimentos da criança/jovem e família relativos à saúde (E 1.2.7.) e a facilitação da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família (E1.2.8.). Assim como a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença oncológica (E2.5.), capacitando a criança, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação (E2.5.2.) e a demonstração na prática de conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança (E2.5.6.). Ainda de acordo com o RCEEESCJ (2010) é do escopo do EEESCJ a capacidade de antecipar e responder às situações de emergência, tendo, este estágio, sido fulcral para a aquisição desta competência.

Síntese de Competências desenvolvidas, transversais a todos os estágios:

Os estágios foram enriquecedores para o meu crescimento pessoal e profissional. Assim sendo, ao terminar esta etapa da minha formação como EEESCJ, é evidente que houve competências que foram desenvolvidas em todos os contextos de estágio, as quais não podem ficar esquecidas devido à importância que têm. Desenvolvi então, de acordo com o RCEEESCJ (2010) a capacidade de identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (E1.2.3.), a capacidade de identificação de situações de risco para a criança e jovem (E1.2.4.), a capacidade de assistência à criança e jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos (E1.2.6.) e a capacidade de facilitação da aquisição, por parte da criança/jovem e família, de conhecimentos relativos à saúde e segurança (E1.2.8.). Segundo o RCCEE (2010) desenvolvi competências como a seleção de estratégias de melhoria dos cuidados (B2.2.3.), a proteção dos direitos humanos (A 2.1.), a gestão do risco ao nível institucional (B 3.1.), a otimização o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (C 2.1.).

Demonstrei também a aquisição de competências assistindo a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, cuidando da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, 2018).

Ao longo do desenvolvimento dos estágios e do relatório pude também desenvolver competências gerais de mestre segundo a Universidade Católica Portuguesa (2017),

adquirindo competências e capacidades de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização e no desenvolvimento das competências adquiridas durante o meu curso de licenciatura em enfermagem; sabendo aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares; tendo a capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções, refletindo sobre implicações éticas e sociais que resultem dessas soluções.

CONCLUSÃO

Frequentar o curso de mestrado em enfermagem, na área de especialização abordada no decorrer do relatório, foi um grande desafio pessoal, profissional e acadêmico. Embarcar nesta aventura foi um exemplo de como procuro a excelência profissional e a melhoria de cuidados por mim prestados.

A realização deste documento foi um processo de reflexão e de análise crítica dos objetivos alcançados e atividades realizadas ao longo deste processo de aprendizagem, com base em fundamentação científica. No desenrolar da sua realização, fui tomando consciência da minha transformação como enfermeiro e pessoa, notando mudanças na minha forma de pensar e agir.

Os maus tratos à criança/adolescente são um tema atual e que me preocupa verdadeiramente. Esta temática além da sua gravidade tem vindo a aumentar, o que a torna de extrema prioridade. Assim sendo, deve ser tida em conta nos cuidados de enfermagem. A sua importância, pertinência e atualidade despertou em mim o interesse tornando-se o meu principal foco neste processo de aprendizagem.

Todo o percurso realizado por mim, nos locais de estágio referidos neste relatório, permitiram que desenvolve-se uma perceção mais abrangente de quais e qual a importância das intervenções de enfermagem inerentes a este tema.

Com a realização deste relatório demonstrei adquirir competências de EEESCJ, competências comuns do EE e competências de mestre. Sendo que além das competências referidas ainda me permitiu crescer a nível pessoais e profissionais de modo a *“refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica”, “mantendo de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”* (UCP, 2017, pág. 4).

O modelo teórico de MPS de Nola Pender e a revisão *scoping* da literatura foram a base da minha prática ao longo dos estágios, tendo assim o conceito de promoção de saúde inerente a todos os locais de estágio.

Esta minha evolução teve em conta não só todos os aspetos referidos anteriormente mas também os conhecimentos partilhados por todos os profissionais de saúde que se cruzaram comigo. Estes estiveram sempre disponíveis para me ajudar no desenvolvimento dos meus objetivos e foram recetivos à abordagem do tema da prevenção dos maus tratos assim como, qualquer atividade por mim proposta. As relações desenvolvidas com estes profissionais e com todas as pessoas que se cruzaram neste meu caminho contribuíram para o alcance de todos os meus objetivos como mestrando e futuro EEESCJ.

Considero que todos os profissionais que prestam cuidados à criança e jovem devem estar despertos para a temática dos maus tratos infantis, devendo basear a sua prática na evidência. Tentando sempre atualizar os seus conhecimentos, mantendo-se recetivos à evolução nesta área específica e na enfermagem em geral.

Todos os objetivos por mim traçados no decurso dos estágios foram alcançados, considerando que aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem.

Este relatório motivou-me a abraçar este tema em projetos futuros. Assim sendo, pretendo desenvolver mais formação em contexto de trabalho de modo a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados e da equipa. Tudo isto com o objetivo de prevenir os maus tratos em crianças e jovens tornando as “nossas” crianças mais felizes.

Desta forma pretendo contribuir para uma infância feliz, sem nunca esquecer que *“Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz.”* (Madre Teresa de Calcutá).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. – **(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto, 2003. ISBN 989-558-067-3.

ALBERTO, I. M. - **Maltrato e Trauma na Infância**. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN: 9789724043708

AZEVEDO, M. C. & MAIA, A. C. - **Maus tratos à criança**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN: 9789727962204

ANTUNES; BÁRBARA; GOMES – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. **Direção Geral de Saúde**. [em linha]. (2013b) [Consultado 20 de Fevereiro de 2018]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf>>.

BRAZELTON, T. – **Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento**. Mem Martins: Terramar, 2002. ISBN: 972-710-055-4.

CANHA J. - **Criança maltratada - o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação – estudo prospetivo de 5 anos**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2003.

CEPÊDA, T.; MARQUES, C. – **Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. ISBN: 978-989-96263-2-4

CASEY, A.; MOBBS, S. - Partnership in practice. **Nursing Times**. Vol. 84, nº 4 (1988) p. 67-68.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **CIPE® versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS – Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários. **Conselho Internacional dos Enfermeiros**, [em linha] (2008) [Consultado 5 de Fevereiro de 2018] Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf>.

CORDEIRO, M. - Maus tratos a crianças e adolescentes: chegou o momento de dizer «basta!». *Rev Port Clín Geral*. ISSN: 2182-5173. Vol. 34. Nº 1, 2003. p 151-160

DIAS, I., RIBEIRO, C. & MAGALHÃES, T. - A construção social do abuso na infância. **Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao Diagnóstico**. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 9789727576555. p. 7-21

COUTINHO M. [et al] - Os desafios da prática da Enfermagem no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. **International Nursing Congress**. (2017) pp. 1-4.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida)**. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2016.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Maus-tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde: documento técnico**. [em linha] (2008). [consultado a 10 janeiro 2018] Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf>>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. [em linha] (2013) [Consultado 20 fevereiro 2018] Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Despacho nº12.045/2006 (2ª serie). Lisboa, 2006.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Maus-Tratos em crianças e jovens: Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção**. [em linha] (2011) [consultado a 18 fevereiro 2018] Disponível em <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Maus-tratos em crianças e jovens, intervenção da saúde (Documento técnico)**. [em linha] (2008) [consultado a 20 de Fevereiro de 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaoasaude-pdf.aspx>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Orientação 010/2013: Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia**. [em linha] (2013) [Consultado 05 março 2018] Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-conjunta-n-0102013-de-02082013.aspx>>.

GALINDO N. [et al] - Child and youth violence under the perspective of nursing. **Journal of Nursing**. ISSN: 1981-8963. Vol. 11, n. 3 (2017) pp. 1420-1429

IMA VALERA - Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória**. 17:3 (2015) pp. 103–111.

LEITE J. [et al] - Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Vol. 37, n.2 (2016)

LINHARES M.; DOCA P. – Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**. Brasil: Ribeirão Preto, 2010. ISSN: 1413-389x.

MAGALHÃES T. - **Maus tratos em crianças e jovens**. 3ª ed. Quarteto Editora, 2004. ISBN: 9789895580743

MANO, M. J. - Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. **Revista de formação e educação em enfermagem**. nº 8 (2002) p. 53-61;

MCCULLAGH, M. - **Health Promotion**. S. Peterson, & T. Bredow (Eds), Middle Range Theories: Application to Nursing Research. Philadelphia: Wolters kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2009. pp. 3-45.

MERRICK, M. & LATZMAN, N – Child Maltreatment: A Public Health Overview and Prevention Considerations. **The Online Journal of Issues in Nursing**. [em linha] Vol. 19, n. 1 [consultado 20 novembro 2018]

MIKTON, C. & BUTCHART, A. - Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. **Bull World Health Organ**. (2009) nº 87, pp. 353–361.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Prevenção de Acidentes**. Direção Geral de Saúde. Lisboa, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Decreto-lei nº28/2008. **Direção Geral de Saúde**. [em linha]. (2013) [consultado a 15 de Setembro de 2018]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>>.

MYRIK K. & CANEIRA L. – Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner. **The Journal for Nurse Practitioners**. Vol. 11, n.6 (2015)

MUSSEN, PH [et al] - **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3ª Ed. Traduzido por Rosa MLGL. São Paulo: Herbra, 1995. ISBN: 978-8529401553

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2002. "Saúde 21". Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS. Lusociência. Loures, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** [em linha] (2011) [Consul. 13 março 2018] Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.** Portugal: Ordem dos 78 Enfermeiros. [em linha] (2008) [Consultado a 10 Fevereiro 2018] Disponível emWWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf> ISBN: 978-972-99646-7-1

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.** [em linha] (2010) [Consultado 20 fevereiro 2018]Disponível emWWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** [em linha] (2010) [Consul. 20 fevereiro 2018] Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian% C3% A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998.

PENDER, Nola [et al] – **Health Promotion in Nursing Practice.** 4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall, 2002. ISBN 0-13-031950-3.

PENDER, N.J., MURDAUGH, C.L., E PARSONS, M.A. - **Promoção de Saúde na Prática de Enfermagem.** 5ª ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. - **Health Promotion in Nursing Practice**. 6ªed. Boston: Pearson Education, 2011. ISBN 978-0-13-509721-2.

SAKRAIDA, T.J. - **The Health Promotion Model**. In: Alligood, M.R. and Marriner Tomey, A., Eds., *Nursing Theorists and Their Work*. 8ªed. Elsevier: St. Louis, 2013. Capítulo 21.

SAKRAIDA, T.J. – Nola Pender: Modelo de Promoção da Saúde. In TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R., org. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, pt. 33, p. 699-715.

TOMÁS, C. & FERNANDES, N. (2011). Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância. **IV Encontro Maus-Tratos, Negligência e Risco na Infância e na Adolescência**. [em linha] (2011) [consultado em 14 janeiro 2019] Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/15070>>.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Lisboa – INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – **Guia da Unidade Curricular “Relatório”**. Lisboa, 2018. Disponível na Área Pessoal dos Serviços do Cidadão Académico.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Reflexão “Importância do Envolvimento da Família no Cuidar”

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade curricular:
A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Reflexão

Importância do Envolvimento da Família no Cuidar

Discente:

Gonçalo Guerreiro

Nº 192017078

Professora Orientadora:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeira Orientadora:



Lisboa,
22 de Fevereiro de 2018

Ao iniciar este primeiro estágio do Mestrado em Enfermagem, cuja área de especialização é em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, surge a necessidade de refletir sobre algumas situações e até sobre alguns conceitos que a meu ver são fulcrais para o dia-a-dia na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde da criança e do Jovem (2010) o Enfermeiro Especialista nesta área utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família. No mesmo regulamento está descrito como espaço de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem uma fase crucial do ciclo vital, sendo ela compreendida entre o nascimento e os 18 anos de idade, com a exceção de poder ir além dos 18 e até mesmo aos 21 anos de idade, ou mais, em casos excepcionais.

Ao longo deste estágio tenho participado nas consultas de saúde infantil que, na UCSP do Lumiar, são realizadas segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, baseando-se a avaliação do desenvolvimento da criança na Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan.

A periodicidade das consultas é, também, definida conforme o parametrizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, havendo exceções quando necessário. A criança, saudável, tem mais consultas de desenvolvimento nos primeiros anos de vida, altura em que a criança estabelece as bases para o desenvolvimento, apresentando nesta fase maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e conseqüentemente maior capacidade de se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento (BRAZELTON, T., 2002).

Considero a participação nestas consultas fulcral para o meu desenvolvimento como futuro enfermeiro especialista, sendo este um momento de contacto entre o enfermeiro e a criança e sua família. Nestas consultas é avaliado o crescimento e o desenvolvimento infantil, realizando ensinamentos aos pais, ou respetivos cuidadores informais, de forma contextualizada e personalizada, conforme o estágio de desenvolvimento da criança e o seu contexto social.

Durante as consultas de saúde infantil é essencial ter em atenção as necessidades dos pais em relação ao seu filho. Para tornar a consulta personalizada e bem contextualizada, previamente tento saber a idade da criança. Para além deste aspeto faço sempre questão de me apresentar adequadamente e perguntar aos pais se têm alguma dúvida ou preocupação específica. Ao iniciar assim as consultas, tenho vindo a observar que, principalmente nas consultas à criança nos primeiros anos de vida, estabelecer uma relação baseada na confiança com os pais torna-se mais fácil. Esta por sua vez é resultado de uma relação de parceria que evidencia a importância de focar a consulta na criança/família e não apenas num guião de consulta pré concebido. Podemos afirmar que, estabelecer uma relação de confiança é um elemento facilitador da introdução de novos comportamentos e da melhoria contínua dos mesmos (BELL e Duffy, 2009).

Considero o estabelecimento de uma relação de ajuda, baseada na confiança entre o enfermeiro e o utente, uma base do cuidado de enfermagem, tornando de extrema importância a construção desta relação com os pais nas consultas de saúde infantil.

Os pais devem cuidar do seu filho adequando os seus cuidados à sua fase de desenvolvimento, tendo um papel imprescindível para que o mesmo seja adequado. O enfermeiro deve então esclarecer e motivar os pais para que o seu estilo parental, em conjunto com o ambiente familiar, encoraje comportamentos promotores de saúde.

Segundo PENDER *et al.* (2002) o modelo de cuidados de saúde dominante na sociedade atual é o do autocuidado incentivando o indivíduo e a sua família a desempenhar um papel ativo em relação à saúde, portanto uma das áreas de maior importância na consulta de saúde infantil é a capacitação e envolvência dos pais nos cuidados à criança.

Além de exercerem o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afetivo da criança, os pais são também agentes conciliadores entre a criança e o mundo externo (MANO, 2002). Segundo o mesmo autor, ao longo do tempo tem sido abandonado o conceito da criança isolada tendo-se passado a ter em conta a família cuidadora e o ambiente sociocultural onde a criança está envolvida. Assim, e como referido anteriormente, é fundamental promover a parceria nos cuidados responsabilizando os pais pelo cuidado à criança. Casey e Mobbs (1988) defendem que a criança, pais e enfermeiros em parceria, devem assumir parte ativa nos cuidados de enfermagem. Desta forma, a parceria nos cuidados de enfermagem, associa-se a um processo dinâmico que requer, não

só a participação ativa dos pais/família, mas também o acordo de todos na procura de objetivos comuns. Segundo Gotlieb e Feeley (2005) esta parceria caracteriza-se pela partilha de conhecimento e poder, pela definição conjunta de objetivos centrados no alvo da criança (neste caso a criança e sua família), participação ativa de todos os parceiros (neste caso enfermeiro e pais/família) e a concordância de todos os parceiros na relação.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde da criança e do Jovem, tem de estar especialmente desperto para esta temática, sendo que a sua ação, segundo Kelly *et al.* (*apud* OE, 2010), consiste numa prestação de cuidados com segurança e competência sendo eles de nível avançado, baseando-se na avaliação da família e nas respostas às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

No âmbito destas consultas todas as intervenções do enfermeiro especialista têm como objetivo a participação da família, promovendo a sua segurança nos cuidados para que possam cuidar da criança em casa. Para promover a parceria nos cuidados, uma outra estratégia que utilizo para a envolvimento dos pais nas consultas à criança nos primeiros anos de vida, é incentivar os mesmos a participar ativamente na consulta. Alguns exemplos das estratégias são: incentivar os pais a despir a criança, coloca-la na balança, ajudar o enfermeiro a medir o comprimento e o perímetro cefálico da criança, entre outros exemplos. Deste modo, além de conseguir com que a criança fique mais tranquila, facilita a avaliação da dinâmica familiar em torno da criança e a avaliação dos cuidados prestados pelos pais à mesma, permitindo assim a identificação de fatores de risco e de necessidades de ensino para a saúde.

Bibliografia

BELL, L.; DUFFY, A. - A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing (BJN)*. Vol. 18, nº1 (2009) p. 46-51.

BRAZELTON, T. – Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento. Mem Martins: Terramar, 2002. ISBN: 972-710-055-4.

CASEY, A.; MOBBS, S. - Partnership in practice. *Nursing Times*. Vol. 84, nº 4 (1988) p. 67-68.

GOTTLIEB, L.; FEELY, N. - The collaborative partnership approach to care: a delicate balance. 1ª ed. Toronto: Elsevier Canada, 2005. ISBN: 978-077-969-982-7

MANO, M. J. - Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de formação e educação em enfermagem*. nº 8 (2002) p. 53-61;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

PENDER, Nola [et al] – *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall, 2002. ISBN 0-13-031950-3.

APÊNDICE II

Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (0 aos 6 Anos)



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade curricular:
A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Consultas de Saúde Infantil

(0 – 5 anos)

Discente:

Gonçalo Guerreiro

Nº 192017078

Professora Orientadora:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeira Orientadora:



Lisboa,
2 de Março de 2018

Siglas

DGS – Direção Geral da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

PNV – Plano Nacional de Vacinação

TA – Tenção Arterial

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Sumário

	Pág.
Introdução	4
Guia das Consultas de Saúde Infantil	5
Conclusão	17
Referências Bibliográficas	18

Introdução

No âmbito da unidade curricular designada por “A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica” a qual se traduz num estágio, que será realizado na Unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) [REDACTED] que se enquadra no 2º semestre do 1º ano do Mestrado em Enfermagem, cuja área de especialização é em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e da [REDACTED] [REDACTED] no seguimento das consultas de saúde infantil surgiu a necessidade de realização de um guia de consultas até aos 5 anos de idade, sendo estes primeiros anos de vida da criança saudável aqueles em que, segundo o programa nacional de saúde infantil e juvenil (2013), tem maior número de consultas.

Além da uniformização das consultas de saúde infantil, este guia tem como objetivo a facilitação e dinamização da integração de novos enfermeiros nas consultas de saúde infantil.

Este guia permite a todos os profissionais ter acesso facilitado aos parâmetros a avaliar, aos cuidados antecipatórios e aos sinais de alerta em cada etapa do desenvolvimento infantil até aos 5 anos

Guia das Consultas de Saúde Infantil

0 – 15 Dias


Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Teste do pezinho (2º ao 6º dia);
- Avaliação da Fontanela;
- Reflexos:
 - Moro;
 - Preensão palmar;
 - Reflexo de sucção e de procura;
 - Reflexo de Marcha automática

- Avaliar coto umbilical;
- Mucosas;
- Eliminação;
- Vacinação (conforme PNV);
- Afeto e vinculação, avaliando e identificando possíveis famílias de risco;

Cuidados Antecipatórios:

- Alimentação (Leite Adaptado/ Leite Materno);
- Higiene e conforto;
- Sono e Repouso;
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil e Vinculação, dar respetivo folheto.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
RN ⁴ (1ª Cons.)	<p>P NOTA: A avaliação deve ser realizada com o recém-nascido em estado de alerta e confortável.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica • Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça • Apoiado em posição sentado: dorso curvado com queda da cabeça para a frente <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos • Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdómen, cotovelos fletidos junto ao tronco <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexos primitivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2.5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos ○ Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri-oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado ○ Reflexo de preensão palmar ○ Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme 		
A L	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30cm; pode acompanhar lentamente com o olhar • Reacção a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualquer reacção é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc. 		

⁴ RN – Recém-Nascido; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem

15 Dias – 6 Semanas

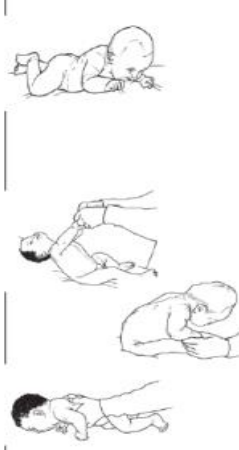
Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Avaliação da Fontanela;
- Reflexos:
 - Moro;
 - Preensão palmar;
 - Reflexo de sucção e de procura;
 - Reflexo de Marcha automática
- Avaliar coto umbilical;
- Mucosas;
- Eliminação;

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan)
- Vacinação (conforme PNV);
- Afeto e vinculação.
- Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação (Leite Adaptado/ Leite Materno);
- Sono e Repouso;
- Higiene e conforto;
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil e Vinculação dar respectivo folheto.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
4-6 Sem.	<p>CAS⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixa a face da mãe quando esta o alimenta • Sorriso presente às 6 semanas / sorriso social (em resposta a estímulos, distinto de movimentos faciais involuntários) • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer <p>VMF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixa e segue objeto a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (quarto de círculo) <p>PMG</p> <p>Postura Normal / Esperada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça • Decúbito dorsal: virando subitamente cabeça do recém-nascido para um lado observa-se flexão / adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral (reflexo atônico assimétrico do pescoço) • Queda da cabeça se tração pelas mãos para sentar. Se sentado, dorso em arco e mãos fechadas • Em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos • Pode voltar os olhos e/ou parar a atividade em curso (por ex. choramingar, "chupetar", etc.), pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos, em resposta ao som (sineta, roca ou voz) a 15cm do ouvido. 		<p>Bola pendente</p> <p>Roca</p>

⁵ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global.

Sinais de Alerta!

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça;
- Hipertonicidade na posição de pé;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira a face e os olhos para o som;
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

2 Meses

Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Avaliação da Fontanela;
- Avaliar coto/cicatriz umbilical;
- Mucosas;
- Eliminação;
- Afecto e vinculação;
- Relação emocional e comportamento;
- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan);
- Vacinação (conforme PNV);
- Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação (Leite Adaptado/ Leite Materno);
- Higiene e conforto;
- Sono e Repouso;
- Prevenção de acidentes;
- Prevenção e tratamento das cólicas;
- Promoção do desenvolvimento infantil e Vinculação dar respetivo folheto.

Sinais de Alerta!

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça;
- Hipertonicidade na posição de pé;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira a face e os olhos para o som;
- Não sorri;
- Não fixa nem segue objetos.

3 – 4 Meses







Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Avaliação da Fontanela;
- Mucosas;
- Abdómen;
- Eliminação;
- Afecto e vinculação;
- Relação emocional e comportamento;

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan)
- Vacinação (conforme PNV);
- Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação Leite Adaptado/ Leite Materno + Introdução da diversificação alimentar (Entrega de folheto sobre alimentação);
- Sono e Repouso;
- Higiene e conforto;
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil e Vinculação dar respetivo folheto.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
3 Meses (M) (Cons. 4 M)	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorriso, galreio e movimentos de excitação em resposta a situações familiares (por ex. amamentação, biberão, etc.) • Boa resposta social à aproximação de uma face 		Roca Bola pendente / Brinquedo
	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face, ainda sem coordenação • Segue uma bola pendente em meio círculo horizontalmente (a 15-25cm da face) • Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana aproximar lentamente, na vertical, da face da criança • Pestanejo de defesa: rapidamente aproximar objeto da sobrelha da criança 		
4 Meses (M) (Cons. 5 M)	<p>S⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas 		Roca Bola pendente / Brinquedo
	<p>V</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face, ainda sem coordenação • Segue uma bola pendente em meio círculo horizontalmente (a 15-25cm da face) • Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana aproximar lentamente, na vertical, da face da criança • Pestanejo de defesa: rapidamente aproximar objeto da sobrelha da criança 		
5 Meses (M) (Cons. 6 M)	<p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços 		Roca
	<p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos • Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar) • Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo • De pé flexa os joelhos (não faz apoio plantar) 		
6 Meses (M) (Cons. 7 M)	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atende e volta-se em direção à fonte sonora ○ NOTA: crianças com défice auditivo podem parecer assustadas / surpreendidas com aproximação dos pais ou examinador que surge subitamente no seu campo visual 		Roca
	<p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos • Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar) • Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo • De pé flexa os joelhos (não faz apoio plantar) 		
7 Meses (M) (Cons. 8 M)	<p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços 		Roca
	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atende e volta-se em direção à fonte sonora ○ NOTA: crianças com défice auditivo podem parecer assustadas / surpreendidas com aproximação dos pais ou examinador que surge subitamente no seu campo visual 		
8 Meses (M) (Cons. 9 M)	<p>L</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atende e volta-se em direção à fonte sonora ○ NOTA: crianças com défice auditivo podem parecer assustadas / surpreendidas com aproximação dos pais ou examinador que surge subitamente no seu campo visual 		Roca
	<p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos • Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar) • Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo • De pé flexa os joelhos (não faz apoio plantar) 		

⁶ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem

Sinais de Alerta!

- Não há controlo da cabeça;
- Mãos sempre fechadas;
- Membros sempre rígidos;
- Nunca segue nem fixa objetos;
- Pobreza de movimentos;
- Não sorri.

6 Meses


Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Avaliação da Fontanela (apenas fontanela anterior);
- Dentição e mucosas;
- Reflexos:
 - Para-quedas;
 - Proteção lateral.
- Afeto e vinculação;
- Relação emocional e comportamento;
- Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos;

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan)
- Vacinação (conforme PNV);
- Abdómen;
- Eliminação;

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação Leite Adaptado/ Leite Materno + diversificação alimentar (Entrega de folheto sobre alimentação);
- Sono e Repouso;
- Higiene (incluindo a higiene oral) e conforto;
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil e vinculação dar respetivo folheto.

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
6 M	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muito ativo, atento e curioso: explora ambiente em todas as direções; quando oferecida roca abana deliberadamente; explora brinquedos / objetos <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem preensão palmar (usa ambas as mãos para alcançar um objeto) <p>S⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfere objetos de uma mão para a outra <p>V</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leva objetos à boca e explora-os <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o objeto cai, esquece-o imediatamente (não procura o objeto que caiu) <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar objeto (ex. cubo) em cima da mesa, no campo visual da criança, e posteriormente, em frente à criança, atirá-lo para o chão <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • Boa convergência (sem estrabismo) • Reflexos de proteção (valorização de assimetrias) <ul style="list-style-type: none"> ○ Paraquedas: segurando a criança pelo tronco e inclinando-a subitamente na direção do chão observa-se extensão e abdução dos braços e pernas e abertura das mãos ○ Proteção lateral: provoca-se desequilíbrio lateral quando a criança está sentada e observa-se extensão do braço e mão evitando a queda <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral, faz apoio nas mãos com braços estendidos levantando a cabeça <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio (por breves momentos) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sentado sem apoio, independente, alcançado entre os 5-9 meses ○ Dorso direito <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • De pé faz apoio plantar <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segue e localiza os sons a 45cm ao nível do ouvido (assobiar, cantar baixo, abanar roca suavemente) <p>L</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vocaliza monossílabos e dissílabos <ul style="list-style-type: none"> ○ Sons com "p", "m", "t" quando sozinho ou em interação • Dá gargalhadas <ul style="list-style-type: none"> ○ Grita quando contrariado ou quando quer chamar a atenção 	<p>Roca</p> <p>Cubo</p> <p>Cubo</p>  <p>Roca</p>

⁷ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Não há controlo da cabeça;
- Membros inferiores rígidos e passa diretamente à posição de pé quando se tenta sentar;
- Membros sempre rígidos, pobreza de movimentos e assimetrias;
- Não olha nem pega nenhum objeto, sem interesse no ambiente;
- Não reage aos sons e não vocaliza.
- Irritabilidade.

9 Meses



Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Avaliação da Fontanela (apenas fontanela anterior);
- Dentição;
- Mucosas;
- Afecto, relação emocional e comportamento;
- Vacinação (conforme PNV);

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan)
- Abdómen;
- Eliminação;
- Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Diversificação alimentar (Entrega de folheto sobre alimentação);
- Sono e Repouso;
- Higiene (incluindo higiene oral) e conforto;
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil e Vinculação dar respectivo folheto (Apêndice I);
- Adaptação à creche.

Idade		Parâmetros a avaliar		Material
9 M	C A S ⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Mastiga pequenos pedaços de comida • Distingue os familiares dos estranhos (reação negativa a estranhos) 		
	V M F	<ul style="list-style-type: none"> • Leva tudo à boca (incluindo bolachas) • Aponta com indicador e empurra pequenos objetos, por exemplo pino/clip, usando o dedo indicador • Atira objetos ao chão deliberadamente e procura o objeto que cai (oferecer cubo e observar reação → quando atira olha para o local onde o cubo caiu) • Pinça fina grosseira (primeiro entre polegar e dedos progredindo para polegar e o indicador) 		Pino / Clip Cubo
	P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Senta-se sozinho e fica sentado entre 10-15 minutos, sem apoio • Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se • Desloca-se no chão rebolando, arrastando-se ou gatinhando 		Pino / Clip
	A L	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe (sons rotineiros, nomeadamente, voz humana) • Localização de sons suaves a 90cm acima e abaixo do nível do ouvido • Repete várias sílabas ou sons dos adultos (dissílabas): vocaliza deliberadamente, imitando sons do adulto ("brrr", tossir) 		

⁸ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Não se senta;
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição;
- Assimetrias e/ou estrabismo;
- Sem preensão palmar, não leva objetos à boca;
- Não reage aos sons e/ou vocaliza monotonamente ou perde a vocalização;
- Engasga-se com facilidade;
- Apático sem relação com familiares.

12 Meses

Avaliação:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Altura; - IMC; - Perímetro Cefálico; - Avaliação da Fontanela (apenas fontanela anterior que fecha entre os 12 e os 14 meses); - Dentição; - Mucosas; - Afeto, relação emocional e comportamento; - Vacinação (conforme PNV); | <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan). - Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos. |
|---|--|

Cuidados Antecipatórios

- Diversificação alimentar;
- Sono e Repouso;
- Higiene (incluindo higiene oral) e conforto;
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil dar respetivo folheto.

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
12 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Bebe pelo copo com pouca ajuda ● Segura a colher mas não a usa ● Colabora ao vestir, levantando os braços ● Muito dependente do adulto ● Demonstra afeto a familiares e solicita atenção do adulto de forma ativa (atenção partilhada) ● Compreende uso de objetos diários (ex: uso de escova de cabelo): jogo funcional ● Explora ativamente os objetos e atira-os sistematicamente ao chão: observa os objetos a cair para o chão, procurando-o no local correto mesmo se fora do seu campo de visão ● Procura o objeto escondido <ul style="list-style-type: none"> ○ Com um pano, esconder / cobrir o objeto ou brinquedo em frente à criança, perguntando seguidamente "Onde está o brinquedo?" ○ Observa o brinquedo a ser escondido dentro de um copo e rapidamente o encontra ● Interesse visual para perto e longe: fora de casa, observa as pessoas / animais / veículos em movimento durante períodos prolongados; gosta de espreitar à janela ● Pinça fina perfeita: pega em pequenos objetos entre o polegar e falange distal do dedo indic. ● Tem equilíbrio sentado, de forma permanente ● Gatinha <ul style="list-style-type: none"> ○ NOTA: não é obrigatório gatinhar, mas sim mover-se no ambiente de qualquer forma (por ex. arrastando as nádegas pelo chão, de gatas apoiando nas mãos e pés, etc.) ● Põe-se em pé e baixa-se com o apoio de uma ou ambas as mãos ● Resposta rápida a sons suaves ● Dá pelo nome e volta-se / Responde ao nome <ul style="list-style-type: none"> ○ Compreende ordens simples como "dá cá" (pode associar-se a ordem falada ao gesto) ● Vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível (<i>jargon</i>) <ul style="list-style-type: none"> ○ Contém já a maioria das vogais e consoantes 	Copo Colher Escova cabelo Cubo

⁹ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Não aguenta o peso nas pernas;
- Permanece imóvel sem procurar mudar de posição;
- Assimetrias;
- Não pega objetos e quando pega apenas utiliza uma mão;
- Não responde à voz;
- Não brinca nem estabelece contacto;
- Não mastiga.

18 Meses

Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Dentição;
- Afeto, relação emocional e comportamento;
- Vacinação (conforme PNV);

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan)

- Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação (Reforço);
- Sono e Repouso;
- Higiene oral (reforço)
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil;
- Eliminação – uso do bacio.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
18 M	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo, sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos (geralmente, após beber entrega copo ao adulto, não o pousa) • Segura a colher e leva alimentos à boca sem entornar muito • Não gosta que lhe peguem • Exige muita atenção • Indica a necessidade de ir à casa de banho (“dá sinal” mesmo que já esteja sujo) • Começa a copiar as atividades domésticas (ex. dar de comer à boneca, ler um livro, lavar roupa, etc.) • Já não leva brinquedos / objetos à boca 		Copo
C	<ul style="list-style-type: none"> • Segura a colher e leva alimentos à boca sem entornar muito 		Colher
10	<ul style="list-style-type: none"> • Não gosta que lhe peguem 		
A	<ul style="list-style-type: none"> • Exige muita atenção 		
S	<ul style="list-style-type: none"> • Indica a necessidade de ir à casa de banho (“dá sinal” mesmo que já esteja sujo) • Começa a copiar as atividades domésticas (ex. dar de comer à boneca, ler um livro, lavar roupa, etc.) • Já não leva brinquedos / objetos à boca 		Cubos
V	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 3 cubos, após demonstração 		Livro
M	<ul style="list-style-type: none"> • Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão <ul style="list-style-type: none"> ○ NOTA: Lateralidade ou preferência por uma mão é anormal antes dos 18 meses 		
F	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse por livros com figuras, virando várias páginas de cada vez 		Bola pequena
P	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha sem apoio (sem necessidade de estender membros superiores para se equilibrar), embora com os pés ligeiramente afastados 		
M	<ul style="list-style-type: none"> • Apanha brinquedos do chão (agacha-se) 		
G	<ul style="list-style-type: none"> • Usa 6-20 palavras reconhecíveis, embora compreenda muitas mais (ex. obedece a instruções simples como “pega nos sapatos”, “fecha a porta”, etc) <ul style="list-style-type: none"> ○ Complementa com gestos significativos 		
A	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra em si, na mãe, ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos 		
L	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo de salivação (“não se babam”) 		

¹⁰ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas;
- Anda sempre na ponta dos pés;
- Assimetrias e estrabismo;
- Não faz pinça – não pega objetos entre o dedo indicador e polegar;
- Não responde quando é chamado e não vocaliza espontaneamente;
- Não brinca, não estabelece contacto e não se interessa pelo que o rodeia;
- Leva sistematicamente os objetos à boca.

2 Anos

Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- Perímetro Cefálico;
- Dentição;
- Marcha;
- Relação emocional e comportamento;
- Vacinação (conforme PNV);

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan);

- Possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação (Ex: Restrição do açúcar);
- Rotinas e Estilos de vida saudáveis;
- Higiene oral (reforço)
- Prevenção de acidentes;
- Promoção do desenvolvimento infantil;
- Eliminação – Reforço sobre o controlo dos esfíncteres.

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
2 Anos (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca o chapéu e os sapatos • Usa bem a colher • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar • Jogo simbólico (faz-de-conta) • Jogo paralelo (brinca junto de outras crianças mas não com elas) 	Colher Copo
V M F	<ul style="list-style-type: none"> • Preferência por uma mão (definição da lateralidade) • Constrói torre de 6 ou 7 cubos • Imita o rabisco circular (pode fazê-lo espontaneamente), bem como linha vertical (após demonstração) 	Cubo
P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Gosta de ver livros, reconhecendo detalhes e nomeando algumas figuras • Vira uma página de cada vez • Pode ser testada a visão binocular (2 olhos em simultâneo): <ul style="list-style-type: none"> ○ Tabela de Snellen (com correspondências) ○ Tabela de Figuras de Kay 	Livro Tabela Snellen
A L	<ul style="list-style-type: none"> • Corre com segurança evitando obstáculos • Sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau, apoiando-se no corrimão / parede 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o primeiro nome • Fala sozinho enquanto brinca • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas • Linguagem pode ser incompreensível, mesmo pelos familiares • Nomeia objectos familiares e figuras <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifica cabelo, mãos, pés, nariz, boca e sapatos 	

¹¹ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Não anda sozinho;
- Deita os objetos fora;
- Não constrói nada;
- Não parece compreender o que se lhe diz;
- Não pronuncia palavras inteligíveis;
- Não se interessa pelo que está em seu redor;
- Não estabelece contacto;
- Não procura imitar;
- Estrabismo

3 Anos

Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- TA;
- Dentição;
- Postura e Marcha;
- Relação emocional e comportamento;
- Vacinação (conforme PNV);

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan);

- Segurança do ambiente e possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação saudável (Ex: Restrição do açúcar);
- Rotinas e Estilos de vida saudáveis;
- Higiene oral (reforço)
- Prevenção de acidentes e comportamentos de risco;
- Promoção do desenvolvimento infantil;

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
3 A	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário • Vai sozinho à casa de banho • Come com colher e garfo 	
C 12 A S	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos • Imita (3 anos: construir ponte em frente à criança) e copia (3A1/2: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos 	Cubos
V M F	<ul style="list-style-type: none"> • Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado) • Imita a cruz • Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde) <ul style="list-style-type: none"> ○ Não é obrigatório nomear a cor, mas sim corresponder • Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados) 	Cubos / Painel de cores
P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio momentâneo num pé • Atira bola acima da linha do ombro • Sobe escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau 	Bola pequena
A L	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o nome completo e o sexo • Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos <ul style="list-style-type: none"> ○ Diz frases com 4 palavras • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem <ul style="list-style-type: none"> ○ Hesitações e repetições de sílabas e palavras no discurso 	

¹² CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Anda sistematicamente em pontas dos pés;
- Não constrói nada com os cubos;
- Linguagem incompreensível;
- Perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis sem causa orgânica aparente;
- Não se interessa pelo que está em seu redor;
- Insónia grave;
- Dificuldade extrema de se separar do principal cuidador.

4 Anos

Avaliação:

- Peso;
- Altura;
- IMC;
- TA;
- Dentição;
- Exame físico;
- Relação emocional e comportamento;
- Visão e audição;
- Vacinação (conforme PNV);

- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan);

- Segurança do ambiente e possíveis sinais e sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação saudável (Ex: Restrição do açúcar);
- Rotinas e Estilos de vida saudáveis;
- Higiene oral (reforço)
- Prevenção de acidentes e comportamentos de risco;
- Promoção do desenvolvimento infantil;
- Infantário/Escola.
- Hábitos de sono

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
4 A	<ul style="list-style-type: none"> • Pode vestir-se e despir-se só, com exceção de abotoar atrás e dar laços • Gosta de brincar com crianças da sua idade • Sabe esperar pela sua vez (por ex. construir uma torre colocando os cubos alternadamente – criança / examinador) • Jogo imaginativo / narrativo (uso de miniaturas com criação de cenários imaginários) • Constrói escada de 6 cubos (3 degraus) após demonstração • Copia a cruz (não deve ser desenhada em frente à criança → risco de imitação do movimento) • Combina e nomeia 4 cores básicas (amarelo, vermelho, verde e azul) • Desenha a figura humana (cabeça, tronco, pernas, e geralmente braços e dedos) • Fica num pé sem apoio 3-5 seg. • Salta num pé • Sobe e desce as escadas alternadamente • Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada • Linguagem compreensível e gramaticalmente correta • Apenas algumas substituições infantis <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ex. “r” por “l” 		<p>Cubos</p> <p>Painel de cores</p>

¹³ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Hiperativo, distraído, dificuldade na concentração, não termina nenhuma tarefa;
- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas e/ou gaguez;
- Estrabismo ou suspeita de défice visual;
- Perturbação do comportamento;
- Não tem lateralidade definida.

5 Anos

Avaliação:

- Peso;
 - Altura;
 - IMC;
 - TA;
 - Dentição;
 - Exame físico;
 - Relação emocional e comportamento;
 - Visão e audição;
 - Vacinação (conforme PNV);
- Desenvolvimento infantil (de acordo com a escala de Mary Sheridan);
 - Segurança do ambiente e possíveis sintomas de maus-tratos.

Cuidados Antecipatórios

- Alimentação saudável (Ex: Restrição do açúcar);
- Rotinas e Estilos de vida saudáveis;
- Higiene oral (reforço)
- Prevenção de acidentes e comportamentos de risco;
- Promoção do desenvolvimento infantil;
- Infantário/Escola.
- Hábitos de sono

Idade		Parâmetros a avaliar	Material
5-6 A	C 14 A S V M F P M G A L	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se só • Lava as mãos e a cara e limpa-se só • Escolhe os amigos • Compreende as regras do jogo • Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração • Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhada na frente da criança) • Conta 5 dedos de uma mão • Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores • Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços) • Fica num pé 8-10 segundos com os braços cruzados • Salta alternadamente num pé (numa distância de 2-3 metros) • Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento • Vocabulário fluente e articulação geralmente correta <ul style="list-style-type: none"> ○ Pode haver redução de grupos consonânticos (por ex. todos os grupos que contenham Cr ou Cl) 	Painel de cores


¹⁴ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Sinais de Alerta!

- Hiperativo, distraído, dificuldade na concentração, não termina nenhuma tarefa;
- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas e/ou gaguez;
- Estrabismo ou suspeita de défice visual;
- Perturbação do comportamento;
- Não tem lateralidade definida.

Conclusão

A realização deste guia permitiu-me sistematizar os conhecimentos inerentes a esta área, promovendo o meu desenvolvimento na realização destas consultas ao longo do meu estágio.

Ao realizar este guia, espero contribuir para a melhoria da qualidade das consultas de saúde infantil na UCSP  facilitando e dinamizando a integração de novos enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013) – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>;

APÊNDICE III

Folheto intitulado como “Promoção do Desenvolvimento Infantil (Dos 0 aos 12 meses)”

O que é?

Um processo complexo, que envolve a maturação física, psicológica, cognitiva, comportamental, social e afectiva da criança.

O que posso fazer?

Recém-nascido:

- Evitar ambientes hiper-estimulantes;
- Pegar no bebé;
- Falar e cantar suavemente variando os sons (sons altos, baixos, agudos, graves e suaves);
- Chamar o bebé pelo nome;
- Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos e encostando-o ao peito;
- Massajar suavemente o corpo, observando sempre o bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados.

A sua estimulação é essencial para que o seu filho tenha um desenvolvimento adequado!

Realizado por:

Gonçalo Guerreiro (Aluno de Mestrado em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da saúde) Sob Orientação de:

Prof. Doutora Elisabete Nunes

Folheto realizado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013)

Promoção do Desenvolvimento Infantil



Dos 0 aos 12 meses

2018

Das 4 às 6 semanas:

- Movimentar objectos coloridos e pendurá-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm;
- Produzir sons suaves com chocalhos ou caixa de música e observar a sua atenção;
- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem colocá-lo de barriga para baixo para dormir;
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiper-estimulantes.

Após os 3 meses:

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto (fazendo expressões faciais) e imitar o som de determinados objectos ou instrumentos musicais;
- Oferecer-lhe objectos para segurar, colocar objectos pendentes para que os possa seguir;
- Desenvolver um ritual para a hora de dormir.

Após os 6 meses:

- Oferecer brinquedos apropriados (ex: bola de tamanho médio, de cores vivas; cubos de arestas redondas) de modo a estimulá-lo a passar o objecto de uma mão para a outra;
- Sentá-lo para que possa participar mais activamente no meio que o rodeia;
- Conversar com o bebé para que ele aprenda novos sons e possa tentar emití-los;
- Colocar o bebé num tapete adequado (de brincar) e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Colocá-lo à frente do espelho;

Após os 9 meses:

- Oferecer objectos de diferentes texturas;
- Colocar objectos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé;
- Chamar os objectos pelos nomes;
- Ensinar a colocar objectos dentro e fora de uma caixa;
- Ser firme na utilização do “não”;
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos, como bater palmas.

Após os 12 meses:

- Dar vários objectos para as mãos;
- Estimular a realização de tarefas simples e reforçar positivamente após a execução das mesmas;
- Falar com a criança sobre situações de separação, com antecedência progressiva;
- Evitar exercer pressão para o controlo esfinteriano;
- Incentivar a criança a verbalizar quando quer algo;
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança, reagindo de forma firme e calma perante uma birra;



APÊNDICE IV

Folheto “Aerossol Terapia?! E agora?”

O que é a Aerossolterapia?

Consiste na administração de fármacos, na forma de aerossol, por via inalatória.

Vantagens:

Nas doenças respiratórias (pulmonares) as vantagens são muitas!

As principais vantagens são:

- Rápido início de acção;
- Efeitos terapêuticos com menor dosagem comparativamente com as utilizadas por outras vias de administração;
- Redução de efeitos secundários.

Dispositivos Simples

- O bom resultado do tratamento depende da boa utilização dos dispositivos! -

Dispositivos:

- Inalador pressurizado doseável (pMDI*)
- Inalador pressurizado doseável + Câmara Expansora (pMDI+CE):
- Inaladores de pó seco (DPI)

Qualquer dúvida não hesite em perguntar aos Enfermeiros da sua Unidade de Saúde!

Realizado por:

Gonçalo Guerreiro (Aluno de Mestrado em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da saúde)

Sob Orientação de:

Prof. Doutora Elisabete Nunes

Folheto realizado com base nas normas da DGS.

- A forma mais eficaz de fazer a terapêutica inalatória, é utilizando o inalador e a Câmara Expansora. -

Com máscara facial:



Sem máscara facial:



Aerossol terapia?!



E agora?

2018

Para a utilização correcta do dispositivo prescrito siga estes passos:

1. A criança deve estar de pé ou sentada, calma (pode estar a dormir);
2. Agitar bem o inalador e retirar a tampa, colocando-o na vertical e adaptando-o à câmara expansora;
3. Adaptar a máscara da câmara expansora sobre o nariz e boca (ou o bucal entre os dentes) com cuidado para evitar fugas;
4. Pressionar o inalador até libertar um "puff" e iniciar a inspiração imediatamente;
5. Respirar para dentro da câmara enquanto conta calmamente até 10 (10-15 segundos); verificar se a válvula se movimenta durante a respiração;
6. Para realizar mais do que um "puff", deve fazer pausas de cerca de 30 segundos (contar até 30) entre cada um dos puffs;
7. Repetir os passos, consoante o número de "puffs" prescritos.



APÊNDICE V


Relatório da sessão “Aerossolterapia: Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE)” (1. Plano da Sessão, 2. Sessão de apresentação e 3. Tratamento de dados da sessão)

1. Plano da Sessão


Tema	Utilização terapêutica do Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE)
Local	Unidade de Cuidados Personalizados d [REDACTED]
Formador	Gonçalo Guerreiro
População-Alvo	Enfermeiros do Serviço da Unidade de Cuidados Personalizados [REDACTED]
Data	
Hora	10:00

Fases	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	- Apresentar o formador e o tema; - Apresentar os objetivos da sessão.	- Percurso do formador; - Pertinência do tema.	- Expositivo.	- Computador.	2 minutos
Desenvolvimento	- Apresentar as necessidades de ensino e treino na utilização terapêutica do Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) com máscara facial pela equipa de enfermagem; - Capacitar a equipa de enfermagem para a correta utilização terapêutica do Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) com máscara facial; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de ensinar as crianças/jovens e suas famílias a utilizar o Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) com máscara facial;	- Esclarecimento da importância da administração de fármacos por via inalatória; - Administração de Terapêutica por via inalatória; - Utilização terapêutica do Inalador pressurizado	- Expositivo.	- Computador;	10 minutos
		doseável com câmara expansora (pMDI + CE) e máscara facial.			
Conclusão	- Refletir sobre a prática de enfermagem; - Esclarecer dúvidas.	- Síntese das ideias chave.	- Expositivo; - Interrogativo.	- Computador.	8 minutos
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação.			- Questionário de Satisfação.	5 minutos

2. Sessão “Aerossolterapia: Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE)”


Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**AEROSSOLTERAPIA: INALADOR PRESSURIZADO DOSEÁVEL +
CÂMARA EXPANSORA (PMDI + CE)**



Elaborado por:
Gonçalo Guerreiro
Sob orientação:
Enf. Lurdes Mendes
Professora Doutora Elisabete Nunes

Objectivos

- Apresentar os benefícios para a saúde na utilização do Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) com ou sem máscara facial;
- Capacitar a equipa de enfermagem da UCSP do Lumiar para a correta utilização terapêutica do Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) com ou sem máscara facial;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCSP do Lumiar para a necessidade de ensinar as crianças/jovens e suas famílias a utilizar o Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) com ou sem máscara facial;

Porquê a Via Inalatória?

Via de administração terapêutica preferencial no tratamento das patologias respiratórias.

Pode ser utilizada em situações de crise ou crónicas.

Fácil uso no domicílio.

As doses são menores que por via oral, endovenosa, ou intramuscular.

Efeitos terapêuticos mais eficazes.

Minimização dos efeitos adversos.

Início de acção mais rápido do que nas outras vias de administração.

DGS (2013); DGS (2017)

Aerossolterapia

- É a administração de fármacos na forma de aerossol por via inalatória.

Dispositivos Simples



- Inalador pressurizado doseável (pMDI)
- Inalador pressurizado doseável + Câmara expansora (pMDI + CE)



- Inaladores de Pó Seco (DPI)



- Inalador com Solução para Inalação por Nebulização

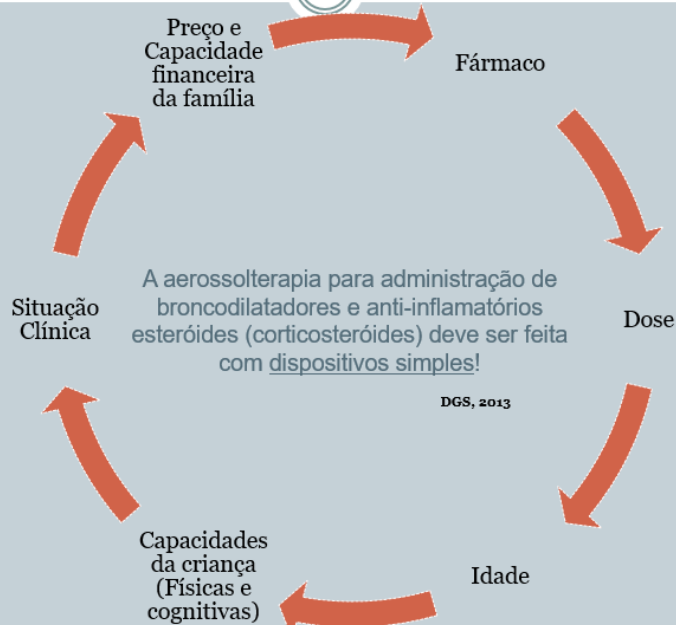
Sistemas de Nebulização

- [Texto]



DGS (2013)

Como escolher que dispositivo usar?



Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE)

• Porquê?

- Eficácia Igual ou superior à dos sistemas de nebulização;
- Pode ser utilizado próximo de outras pessoas;
- Baixo risco de contaminação por ser de uso individual;
- Fácil aprendizagem e portáteis;
- Baixo custo;

Os corticoides devem ser utilizados em "CE" para diminuir os efeitos secundários à absorção por deposição na orofaringe.

DGS (2013)

Máscara Facial

- Segundo a DGS (2013) a máscara deve ser adaptada à face da criança, abrangendo o nariz e boca (comissura labial e mento) da mesma, de forma a não haver fugas.



Utilização

Para a utilização correcta do dispositivo prescrito siga estes passos:

1. A criança deve estar de pé ou sentada, calma (pode estar a dormir);
2. Agitar bem o inalador e retirar a tampa, colocando-o na vertical e adaptando-o à câmara expansora;
3. Adaptar a máscara da câmara expansora sobre o nariz e boca (ou o bucal entre os dentes) com cuidado para evitar fugas;
4. Pressionar o inalador até libertar um “puff” e iniciar a inspiração imediatamente;
5. Respirar para dentro da câmara enquanto conta calmamente até 10 (10-15 segundos); verificar se a válvula se movimenta durante a respiração;
6. Para realizar mais do que um “puff”, deve fazer pausas de cerca de 30 segundos (contar até 30) entre cada um dos puffs;
7. Repetir os passos, consoante o número de “puffs” prescritos.

Higienização do Material

Câmara
Expansora com
máscara facial

- Desmontar todas as peças possíveis e (1 vez por semana) colocá-las num recipiente com água quente e detergente suave, durante 15 minutos;
- Passar por água corrente e deixar secar em ar ambiente, sem limpar.
- A máscara deve ser lavada com água quente e detergente e secar, depois de cada tratamento

Intervenções de Enfermagem

Objectivos:

- Controlar os sintomas;
- Aumentar a qualidade de vida da criança/jovem e família;
- Reduzir deslocamentos à Unidade de Saúde;
- Reduzir a morbilidade.

Intervenções:

- Ensinar técnica à criança/jovem e à sua família (de preferência logo após prescrição do medicamento);
- Demonstrar a técnica à criança/jovem e à sua família;
- Fornecer e explicar folheto informativo;
- Validar ensinamentos realizados esclarecendo dúvidas que surjam, reavaliando os conhecimentos adquiridos em futuras consultas.

DGS (2017); Pinto e Silva (2014); Manique *et. al.* (2014)

Proposta de folheto para entregar à criança/família

O que é a Aerossolterapia?

Consiste na administração de fármacos, na forma de aerossol, por via inalatória.

Vantagens:

Nas doenças respiratórias (pulmonares) as vantagens são muitas!

As principais vantagens são:

- Rápido início de acção;
- Efeitos terapêuticos com menor dosagem comparativamente com as utilizadas por outras vias de administração;
- Redução de efeitos secundários.

Qualquer dúvida não hesite em perguntar aos Enfermeiros da sua Unidade de Saúde!

Realizado por:

Gonçalo Guerreiro (Aluno de Mestrado em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde)

Sob Orientação de:

Prof. Doutora Elisabete Nunes

Folheto realizado com base nas normas da DGS.

CMUEKA

Aerossolterapia?!



E agora?

2018

Dispositivos Simples

- O bom resultado do tratamento depende da boa utilização dos dispositivos! –

Dispositivos:

- Inalador pressurizado doseável (pMDI*)
- Inalador pressurizado doseável + Câmara Expansora (pMDI+CE):
- Inaladores de pó seco (DPI)

- A forma mais eficaz de fazer a terapêutica inalatória, é utilizando o inalador e a Câmara Expansora. -

Com máscara facial:



Sem máscara facial:



Para a utilização correcta do dispositivo prescrito siga estes passos:

1. A criança deve estar de pé ou sentada, calma (pode estar a dormir);
2. Agitar bem o inalador e retirar a tampa, colocando-o na vertical e adaptando-o à câmara expansora;
3. Adaptar a máscara da câmara expansora sobre o nariz e boca (ou o bucal entre os dentes) com cuidado para evitar fugas;
4. Pressionar o inalador até libertar um "puff" e iniciar a inspiração imediatamente;
5. Respirar para dentro da câmara enquanto conta calmamente até 10 (10-15 segundos); verificar se a válvula se movimentou durante a respiração;
6. Para realizar mais do que um "puff", deve fazer pausas de cerca de 30 segundos (contar até 30) entre cada um dos puffs;
7. Repetir os passos, consoante o número de "puffs" prescritos.



Considerações Finais



- Com o incentivo à utilização do Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) podemos reduzir a deslocação de crianças à Unidade de Saúde desnecessariamente, promovendo assim o conforto da criança e da sua família;
- Ao utilizarem o Inalador Pressurizado Doseável + Câmara Expansora (pMDI + CE) as crianças ficam menos expostas a possíveis focos de infecção potenciados pela utilização de Sistemas de Nebulização (Que nesta UCSP são utilizados tanto para crianças como para adultos);

DGS (2013); DGS (2017)

Bibliografia



- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Orientação 010/2013: Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia. [em linha] (2013) [Consul. 05 março 2018] Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-conjunta-n-0102013-de-02082013.aspx>>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Orientação 010/2017: Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma. [em linha] (2017) [Consul. 07 março 2018] Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>>
- MANIQUE, A. *et. al.* – Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. **Direção Geral de Saúde.** [em linha] (2014) [Consul. 08 março 2018] Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boas-praticas-e-orientacoes-para-o-controlo-da-asma-no-adulto-e-na-crianca-2-edicao.aspx>>
- PINTO; SILVA - Manual para a abordagem da sibilância e asma em idade pediátrica. **Direção Geral de Saúde.** [em linha] (2014) [Consul. 07 março 2018] Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-para-abordagem-da-sibilancia-e-asma-em-idade-pediatica.aspx>>

3. Tratamento de dados da avaliação da sessão

Formação Realizada a 10 enfermeiros em fevereiro de 2018

Em relação à formação...	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
As expectativas foram satisfeitas.	0	0	0	10
Os objetivos foram atingidos.	0	0	0	10
Favoreceu a aquisição e consolidação de conhecimentos.	0	0	0	10
Todos os pontos que considera importantes foram apresentados.	0	0	1	10
O modo de apresentação foi adequado.	0	0	0	10
A duração foi adequada.	0	0	2	8

Em relação ao formador...	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conhecimento dos temas abordados.	0	0	0	10
Clareza na transmissão de conhecimentos.	0	0	0	10
Capacidade de motivar os formandos.	0	0	0	10
Interação com o grupo.	0	0	0	10
Gestão de tempo.	0	0	2	8

Não foram feitas sugestões em nenhum dos questionários.

APÊNDICE VI

Locais anatómicos de Administração de Vacinas

LOCAIS ANATÓMICOS DE ADMINISTRAÇÃO DAS VACINAS

Braço Direito:

- VHB
- HiB
- VIP
- VASPR
- HPV
- Pn13/23

Perna Direita:

- VHB
- Hib
- VIP
- Pn13

Braço Esquerdo:

- BCG
- DTPaHIBVIP
- DTPaVIP
- MenC
- MenB
- Td

Perna Esquerda:

- DTPaHibVIP
- VHB
- DTPaHibVIP
- Men B

APÊNDICE VII

Análise de dados do questionário realizado à equipa da UCERN



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade curricular:
Estágio Final e Relatório

Análise de dados do questionário sobre o tema “Criança em Risco: O papel do enfermeiro na Identificação e Intervenção da criança vítima de maus tratos”
na Unidade de Cuidados Especializados ao Recém-Nascido

Discente:

Gonçalo Guerreiro

Nº 192017078

Professora Orientadora:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeira Orientadora:



Lisboa,
23 de Setembro de 2018

O questionário foi realizado a 20 enfermeiros entre 10/09/2018 e 23/09/2018.

	Sim	Não
Sabe quais sinais e indicadores de risco infantil?	20	0
Sente que a abordagem deste tema seria uma mais-valia para a sua prática de enfermagem?	0	20
Sente que tem conhecimentos suficientes sobre este tema?	0	20
Considera que este tema devia ser mais desenvolvido nesta Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido?	20	0
Considera que uma sessão de formação sobre o tema seria uma mais-valia?	20	0

Conclui-se que a equipa de enfermagem, além de considerar ter conhecimentos sobre a temática, sente que existe a necessidade de aprofundar conhecimentos através de uma sessão de formação.

APÊNDICE VIII

Documento de sinalização da criança ao serviço social

Sinalização da Criança para o Serviço Social

Identificação da Criança

Nome _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Nacionalidade _____

Género: Masculino Feminino

Residência: _____

Código Postal _____ - _____

Serviço onde a criança se encontra internada: _____

N.P.: _____

Familiar Responsável

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Telef. _____ T.M: _____ Mail: _____

Motivo de Sinalização

(Preencher com X os campos que se adequam à sua sinalização)

Negligência ___ Abandono ___ Desinteresse afectivo ___

Disfuncionalidade parental/familiar ___

Outros _____

Agente(s) Agressor(es) suspeito(s) _____

Alterações identificadas à observação

(Assinalar com X todos os campos que considera presentes na sua observação)

Familiars		Negligência	
Desajustamento psicossocial (toxicoddependência, alcoolismo, prostituição)	-	Carência de higiene ou desinteresse para a prestar ao Recém – Nascido (tendo em conta normas culturais, o ambiente de vida, o meio familiar)	-
Gravidez não desejada/mal vigiada/não vigiada	-	Vestuário desadequado em relação à temperatura ambiente	-
Parentalidade precoce/na adolescência	-	Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas	-
Familia monoparental sem suporte	-	Inexistência de rotinas ou desinteresse em criá-las (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília)	-
Ausência de manifestações de afecto com a criança	-	Falta de adesão terapêutica programada	-
Familia em situação económica precária sem apoio social	-	Outros: _____	-
Multiparidade (+ 3 filhos)	-	_____	-
Puérpera VIH positivo	-	_____	-
Outros: _____	-	_____	-
_____	-	_____	-

Outros esclarecimentos:

Formulário realizado com base em: "Maus-Tratos em crianças e jovens: Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção" (DGS 2011)

APÊNDICE IX

Relatório da sessão “Criança em Risco: O papel do enfermeiro na prevenção dos maus tratos infantis” (1. Plano da Sessão, 2. Sessão de apresentação e 3. Tratamento de dados da sessão)


1. Plano da Sessão

Tema	Criança em Risco: O papel do enfermeiro na Identificação e intervenção em situação de maus-tratos
Local	Unidade de Cuidados Especializados ao Recém-Nascido (UCERN)
Formador	Gonçalo Guerreiro
População-Alvo	Enfermeiros do Serviço da UCERN
Data	30/09/2018
Hora	8:00

Fases	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o formador e o tema; - Apresentar os objetivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percurso do formador; - Pertinência do tema. 	- Expositivo.	- Computador.	2 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar e esclarecer todos os conceitos referentes aos maus tratos, sensibilizando a equipa de enfermagem para a identificação de todos os tipos de maus tratos; - Capacitar a equipa de enfermagem para a correta identificação de risco de negligência na criança internada em unidade de neonatologia; - Apresentar proposta de folha de Sinalização da Criança em Risco para o Serviço Social 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento do conceito e tipologia dos maus tratos na criança; - Esclarecimento da importância da identificação precoce de situações de risco de maus tratos, mostrando quais os sinais e indicadores, tais como os factores de risco e de 	- Expositivo.	- Computador;	10 minutos


		agravamento de negligência; - Apresentação de uma folha de sinalização de sinais de risco/presença de maus tratos na criança internada na UCERN do HBA.			
Conclusão	- Refletir sobre a prática de enfermagem; - Esclarecer dúvidas.	- Síntese das ideias chave.	- Expositivo; - Interrogativo.	- Computador.	8 minutos
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação da sessão.			- Questionário de Satisfação.	5 minutos

2. Sessão “Criança em Risco: O papel do enfermeiro na prevenção dos maus tratos infantis”

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO-UISEU

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Criança em Risco: O papel do enfermeiro na Identificação e intervenção na criança em situação de maus-tratos

Elaborado por:
Gonçalo Guerreiro
Sob orientação:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Objectivo

- Sensibilizar e Capacitar a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) para a identificação e intervenção na situação de maus tratos infantis.
- Apresentar proposta de folha de sinalização da criança para o serviço social, de forma a dinamizar a intervenção em possíveis casos de risco de maus tratos.

Maus-Tratos

Os **maus-tratos em crianças e jovens** são entendidos, hoje, como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial.

Conceito:

Qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.

DGS(2011)

Os Maus-Tratos resultam da conjugação de diferentes factores de:

- **Risco** - dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência de maus-tratos. Estes, por si só, não provam a existência de maus-tratos, indicando apenas a probabilidade do seu aparecimento;
- **Protecção** - incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos factores de risco.
- **Agravamento/Crise de vida** - são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança, família ou cuidadores, que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos.

Estes interagem entre si e devem ser ponderados durante a avaliação da situação.

DGS(2011)

Os enfermeiros têm o dever, de acordo com o Art.º 102.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso (Lei n.º 156/2015).

Todos os Enfermeiros no âmbito do desempenho das suas competências podem ser confrontados com situações de maus-tratos às crianças e jovens, aos quais tem de ser dada uma resposta necessária, suficiente e adequada.

OE(2011)

Intervenção do Enfermeiro

- Proteger a criança;
- Recolher informação;
- Promover o apoio à família;
- Não fazer juízos de valor;
- Respeitar a família;
- Promover a auto-estima, segurança, conforto da família;
- Saber reconhecer sinais de maus-tratos;
- Saber encaminhar.

DGS (2011)

Tipologia

Existem vários tipos de maus tratos:

- Mau Trato Físico;
- Mau Trato Psicológico/Emocional;
- Abuso Sexual;
- Síndrome de Munchausen por Procuração;
- Negligência (inclui abandono e mendicidade).

DGS (2011)

Mau Trato Físico

Resulta de qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.

DGS(2011)

Mau Trato Psicológico/Emocional

Resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afectivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.

DGS(2011)

Abuso Sexual

Corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.

DGS (2011)

SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.

DGS (2011)

Negligência

Entendido como a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades básicas, como a higiene, a alimentação, o afecto, a educação e a saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

Normalmente é continuada no tempo, podendo manifestar-se de forma:

- **Ativa** - existe a intenção de causar dano à vítima
- **Passiva** - resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar as necessidades.

DGS(2011)

Alguns sinais e indicadores de negligência:

- Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);
- Vestuário desadequado em relação ao ambiente em que a criança se encontra e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas e/ou desinteresse para as criar (nomeadamente alimentação e ciclo sono/vigília) e falta de interesse para criá-las;
- Acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Desinteresse dos pais para que a criança seja devidamente acompanhadas;
- Desinteresse para a resposta às necessidades da criança doente;

Alguns Factores de Risco e de Agravamento nos maus tratos

Factores de Risco na criança	Factores de Risco na família/contextos de vida	Factores de Agravamento
<ul style="list-style-type: none">• Nascimento prematuro/baixo peso;• Temperamento difícil;• Filho não desejado;• Défice físico ou psíquico;• Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento;• Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc).	<ul style="list-style-type: none">• Défice de competências parentais;• Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança;• História de comportamento violento e/ou anti-social;• Relações familiares conflituosas;• Ausência de suporte sociofamiliar;• Insegurança económica /pobreza.	<ul style="list-style-type: none">• Ruptura e reconstituições familiares (separação, divórcio, conflito, etc.);• Luto;• Doença súbita grave;• Desemprego.

DGS(2011)

Sinalização da Criança para o Serviço Social

Identificação da Criança

Nome _____
 Data Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade _____
 Género: Masculino Feminino
 Residência: _____
 Código Postal _____ - _____
 Serviço onde a criança se encontra internada: _____
 N.P.: _____

Familiar Responsável

Nome: _____
 Grau de parentesco: _____
 Telef. _____ T.M.: _____ Mail: _____

Motivo de Sinalização

(Preencher com X os campos que se adequam à sua sinalização)

Negligência _____ Abandono _____ Desinteresse afectivo _____
 Disfuncionalidade parental/familiar _____
 Outros _____
 Agente(s) Agressore(s) suspeito(s) _____

Formulário realizado com base em "Mano-Trabalho em crianças e jovens: Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção" (DGS 2011)

Alterações identificadas à observação

(Assinalar com X todos os campos que considera presentes na sua observação)

Familiars	Negligência
Desajustamento psicossocial (toxicodependência, alcoolismo, prostituição)	Carência de higiene ou interesse para a prestar ao Recém - Nascido (tendo em conta normas culturais, o ambiente de vida, o meio familiar)
Gravidez não desejada/mal vigiada/não vigiada	Vestuirio inadequado em relação à temperatura ambiente
Parentalidade precoce na adolescência	Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas
Família monoparental sem suporte	Inexistência de rotinas ou interesse em crianças (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília)
Ausência de manifestações de afecto com a criança	Falta de adesão terapêutica programada
Família em situação económica precária sem apoio social	Outros: _____
Multiparidade (> 3 filhos)	_____
Puíspara HIV, positivo	_____
Outros: _____	_____

Outros esclarecimentos:

Formulário realizado com base em "Mano-Trabalho em crianças e jovens: Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção" (DGS 2011)

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde - *Crianças e Jovens em Risco – Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, 2007.
- Direção Geral da Saúde - *Maus-Tratos em crianças e jovens: Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Documento Técnico. Lisboa, 2011.
- Direção Geral de Saúde - *Maus Tratos em crianças e Jovens. Intervenção da Saúde*. Documento Técnico. Lisboa, 2008.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 1.ª série, N.º 181(16-09-2015)*. 8059-8105.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Concelho de Enfermagem. Lisboa, 2011.

3. Análise dos resultados do questionário de avaliação

Formação Realizada a 13 enfermeiros a setembro de 2018.

Em relação à formação...	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
As expectativas foram satisfeitas.	0	0	0	13
Os objetivos foram atingidos.	0	0	0	13
Favoreceu a aquisição e consolidação de conhecimentos.	0	0	0	13
Todos os pontos que considera importantes foram apresentados.	0	0	1	12
O modo de apresentação foi adequado.	0	0	2	11
A duração foi adequada.	0	0	3	10

Em relação ao formador...	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conhecimento dos temas abordados.	0	0	0	13
Clareza na transmissão de conhecimentos.	0	0	0	13
Capacidade de motivar os formandos.	0	0	0	13
Interação com o grupo.	0	0	0	13
Gestão de tempo.	0	0	5	8

Não foram feitas sugestões em nenhum dos questionários.

APÊNDICE X

Fluxograma de Intervenção após detecção de sinais de risco de maus tratos na
criança/Adolescente e Família



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade curricular:

Estágio Final e Relatório

Serviço de Internamento Hospitalar

**Fluxograma de Intervenção após deteção de sinais de risco de
maus tratos na criança/jovem e Família**

Discente:

Gonçalo Guerreiro

Nº 192017078

Professora Orientadora:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeira Orientadora:



Lisboa,

Novembro de 2018

Fluxograma de Intervenção após deteção de sinais de alerta na criança/jovem e Família

Deteção de sinais de alerta na criança/jovem e família

Situação Urgente?*

Sim

Em conjunto com Assistente Social activar o Procedimento de Urgência (Art. 91º da Lei 147/99)

Recolher e registar na história clínica:

1. Antecedentes pessoais da criança

1.1. Incidentes anteriores de lesões

1.2. Episódio de hospitalização anterior

2. História de acompanhamento noutros serviços de saúde (Centros de saúde, Hospitais, etc.) devido a risco de maus tratos na criança;

3. Situação sociofamiliar

Não

A equipa de enfermagem deve obter mais informação para confirmar ou não a situação de Maus Tratos.

Recolher e registar na história clínica:

1. Antecedentes pessoais da criança

1.1. Incidentes anteriores de lesões

1.2. Episódio de hospitalização anterior

2. História de acompanhamento noutros serviços de saúde (Centros de saúde, Hospitais, etc.) devido a risco de maus tratos na criança;

3. Situação sociofamiliar

Registrar nos "Alertas" do Sclínico* e passar informação em passagem de turno para que a situação seja acompanhada pela equipa de enfermagem.

Registrar nos "Alertas" do sistema de informação Sclínico*, sinalizar à assistente social do serviço para que haja colaboração na avaliação e passar a informação em passagem de turno para que haja continuidade na avaliação da situação.

Manter observação, acompanhamento e intervenção sobre os sinais e sintomas detetados

Não

Confirma-se a situação de Risco de Mau Trato?

Sim

Referenciação da situação para a CPCJ com a colaboração da Assistente Social do Serviço

O enfermeiro e Assistente Social deve acompanhar a situação mas aguarda o contato da CPCJ

***Situação Urgente:**

- Existência de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança/ jovem;
- Oposição à intervenção por parte de quem exerça a responsabilidade parental ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem.

Situações de Perigo:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Contudo, e atendendo ao carácter meramente exemplificativo do referido preceito legal, outros casos não especificados no mesmo poderão caber igualmente no grupo das “situações de perigo”.

DGS (2011)

APÊNDICE XI

Relatório da sessão “O papel do enfermeiro na Identificação e Intervenção na criança em situação de maus-tratos

1. Plano da Sessão

Tema	O papel do enfermeiro na Identificação e intervenção na criança em situação de maus-tratos
Local	Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Formador	Gonçalo Guerreiro
População-Alvo	Enfermeiros do Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Data	05/11/2018 a 16/11/2018
Hora	

Fases	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o formador e o tema; - Apresentar os objetivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percurso do formador; - Pertinência do tema. 	- Expositivo.	- Computador.	2 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar e esclarecer todos os conceitos referentes aos maus tratos, sensibilizando a equipa de enfermagem para a identificação de todos os tipos de maus tratos; - Capacitar a equipa de enfermagem para a correta identificação de risco na criança; - Apresentar proposta de fluxograma de intervenção após a deteção de sinais de risco infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento do conceito e tipologia dos maus tratos na criança; - Esclarecimento da importância da identificação precoce de situações de risco de maus tratos, mostrando quais os sinais e indicadores, tais como os fatores de risco e de 	- Expositivo.	- Computador;	10 Minutos

		agravamento de negligência; - Apresentação de um fluxograma dinamizador da intervenção da equipa de enfermagem do serviço de pediatria do Instituto Português de Oncologia, após a identificação de sinais de risco na criança.			
Conclusão	- Refletir sobre a prática de enfermagem; - Esclarecer dúvidas e abordagem de alguns casos práticos.	- Síntese das ideias chave.	- Expositivo; - Interrogativo.	- Computador.	8 Minutos
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação da sessão.			- Questionário de Satisfação.	5 Minutos

2. Sessão “O papel do enfermeiro na Identificação e Intervenção na criança em situação de maus-tratos”

O papel do enfermeiro na Identificação e Intervenção na criança em situação de maus-tratos

Elaborado por:

Gonçalo Guerreiro

Sob orientação:


Professora Doutora Elisabete Nunes

Objetivos

Sensibilizar e Capacitar a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia de Lisboa para a identificação e intervenção na criança em situação de maus tratos infantis.



Risco Vs. Perigo

Risco – Diz respeito à vulnerabilidade/possibilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus tratos.

Perigo – Corresponde à objectivação do risco.



Maus Tratos

Os **maus-tratos em crianças e jovens** são entendidos, hoje, como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial.

São qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.

DGS(2011)

Os Maus-Tratos resultam da conjugação de diferentes factores de:

- **Risco** - dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência de maus-tratos. Estes, por si sós, não provam a existência de maus-tratos, indicando apenas a probabilidade do seu aparecimento;
- **Protecção** - incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos factores de risco.
- **Agravamento/Crise de vida** - são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança, família ou cuidadores, que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos.

Estes interagem entre si e devem ser ponderados durante a avaliação da situação.

DGS(2011)

Factores de Risco, de Protecção e de Agravamento nos maus tratos

Deteção			Objectivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
Factores de risco	Factores de protecção	Factores de agravamento				
<p>Na criança/jovem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nascimento prematuro/baixo peso ■ Temperamento difícil ■ Filho não desejado ■ Défice físico ou psíquico ■ Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento ■ Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.) ■ Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc) ■ Excessiva dependência ou alheamento ■ Viver em lar ou instituição <p>Familiares/contextos de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidadores vítimas de maus tratos em criança ■ Défice de competências parentais ■ Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança ■ Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente ■ História de comportamento violento e/ou anti-social ■ Desajustamento psicossocial / comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.) ■ Relações familiares conflituosas ■ Inexistência de condições de habitabilidade ■ Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários ■ Ausência de suporte socio-familiar ■ Ausência prolongada de um dos cuidadores ■ Família disfuncional ■ Insegurança económica /pobreza 	<p>Na criança/jovem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bom nível de desenvolvimento global ■ Temperamento fácil ■ Vinculação segura à família/adulto de referência ■ Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário ■ Sucesso escolar ■ Desejo de autonomia e comportamento exploratório ■ Grupo de pares pró-social <p>Familiares/contextos de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Boas competências parentais ■ Boa rede de suporte familiar e social ■ Família organizada, com regras e controlo da criança ■ Boa integração comunitária ■ Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros) ■ Segurança económica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ruptura e reconstituições familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.) ■ Luto ■ Doença súbita grave ■ Início de cuidados a pessoa dependente ■ Desemprego ■ Migração ■ Alteração brusca da situação laboral/económica ■ Institucionalização ■ Detenção/prisão ■ Desastre natural ■ Conflito armado 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prevenir o aparecimento dos maus tratos ■ Colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manter atitude activa e receptiva na recolha da informação ■ Observar continuamente a evolução dos factores de risco/de protecção e especificamente o aparecimento de sinais de alerta e/ou de sinais ou sintomas de maus tratos ■ Apoiar os pais nas intervenções específicas e reforçar as competências que revelam 	<p>Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil - Recolha e registo de informação relacionada com os factores de risco e/ou com as suas consequências no cuidar da criança/jovem</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento da frequência dos actos de vigilância, se necessário ■ Avaliação da gravidade da situação <p>■ Observação periódica</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Visitação Domiciliária, quando possível ■ Observação periódica ■ Articulação entre os profissionais das diferentes Unidades Funcionais do ACES, dos hospitais e de outros parceiros do 1.º nível de intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável ■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável ■ Enfermeiro/ Assistente Social ■ Médico/ Enfermeiro/ Assistente Social/ Psicólogo

DGS, 2011



Existem vários tipos de maus tratos:

- Negligência (inclui abandono e mendicidade).
- Mau Trato Físico;
- Mau Trato Psicológico/Emocional;
- Abuso Sexual;
- Síndrome de Munchausen por Procuração;

DGS (2011)



Negligência

Entendido como a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades básicas, como a higiene, a alimentação, o afecto, a educação e a saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

Normalmente é continuada no tempo, podendo manifestar-se de forma:

- **Ativa** - existe a intenção de causar dano à vítima
- **Passiva** - resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar as necessidades.

DGS(2011)

Alguns sinais e indicadores de negligência:

- 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 repetição.

Mau trato Físico

Resulta de qualquer acção não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.

Alguns sinais e indicadores de Mau Trato Físico:

- Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental;
- Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);
- Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);
- Fracturas das costelas e corpos vertebrais;
- Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;
- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;

DGS(2011)

Mau Trato Psicológico/Emocional

Resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afectivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.

Alguns sinais e indicadores de Mau Trato Psicológico:

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

DGS(2011)

Abuso Sexual

Corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.

Pode revestir-se de diferentes formas – que podem ir desde obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espectáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito (cópula, coito anal ou oral), ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras.

Alguns sinais e indicadores de Abuso Sexual:

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

DGS(2011)

Síndrome de Munchausen por Procuração

Diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.

São indicadores de Síndrome de Munchausen por Procuração situações como:

- Administrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia;
- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;
- Provocar semi sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia

DGS (2011)

Situações de Perigo

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Contudo, e atendendo ao carácter meramente exemplificativo do referido preceito legal, outros casos não especificados no mesmo poderão caber igualmente no grupo das “situações de perigo”.

Intervenção do Enfermeiro

Os enfermeiros têm o dever, de acordo com o Art.º 102.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso (Lei n.º 156/2015).

Todos os Enfermeiros no âmbito do desempenho das suas competências podem ser confrontados com situações de maus-tratos às crianças e jovens, aos quais tem de ser dada uma resposta necessária, suficiente e adequada.

OE(2011)

- Saber reconhecer sinais de maus-tratos;
- Não fazer juízos de valor;
- Proteger a criança;
- Recolher informação;
- Respeitar e promover o apoio à família, promovendo a auto-estima, segurança e conforto da mesma;
- Saber encaminhar/intervir.

DGS (2011)

Considerações Finais

- A intervenção dos enfermeiros na problemática dos maus tratos infantis assume um papel de grande relevância, sendo que o internamento apresenta uma oportunidade para os enfermeiros poderem identificar e intervir nestes casos (Horta e Costa, 2008).
- O enfermeiro é o profissional que tem uma responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, factores de risco e sinais de alarme de maus tratos, nas suas diferentes tipologias, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos (DGS, 2007).
- Durante o processo de tomada de decisão, perante uma suspeita de maus tratos infantis, o enfermeiro deve saber munir-se dos auxiliares técnicos disponíveis (DGS, 2001).

Bibliografia

- Direcção Geral da Saúde - Maus-Tratos em crianças e jovens: Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Documento Técnico. Lisboa, 2011.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 181(16-09-2015). 8059-8105.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Concelho de Enfermagem. Lisboa, 2011.

3. Análise dos questionários de avaliação da sessão

Formação Realizada a 20 enfermeiros a novembro de 2018

Em relação à formação...	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
As expectativas foram satisfeitas.	0	0	0	20
Os objetivos foram atingidos.	0	0	0	20
Favoreceu a aquisição e consolidação de conhecimentos.	0	0	0	20
Todos os pontos que considera importantes foram apresentados.	0	0	0	20
O modo de apresentação foi adequado.	0	0	4	16
A duração foi adequada.	0	0	8	12

Em relação ao formador...	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conhecimento dos temas abordados.	0	0	0	20
Clareza na transmissão de conhecimentos.	0	0	0	20
Capacidade de motivar os formandos.	0	0	0	20
Interação com o grupo.	0	0	0	20
Gestão de tempo.	0	0	7	13

Não foram feitas sugestões em nenhum dos questionários.

APÊNDICE XII

Folheto de encaminhamento da criança com o diagnóstico oncológico

No Internamento . . .

Depois dos exames de diagnóstico realizados no Hospital de Dia de Pediatria e sendo necessário o internamento do seu filho, irá então ser admitido no Serviço de Internamento de Pediatria do [] onde permanecerá até ser necessário.

No internamento serão recebidos por enfermeiros e médicos.

O médico falará consigo sobre o diagnóstico e respetivos tratamentos, esclarecendo qualquer dúvida que possa surgir.

O enfermeiro irá explicar todas as especificações do serviço, incluindo as normas de funcionamento e estará disponível para esclarecer todas as dúvidas que surjam.



Estamos disponíveis para ajudar e esclarecer qualquer dúvida.

Pedimos respeito pelas normas a fim de assegurar um bom funcionamento, em benefício do seu filho.

LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO

CONTACTO

Este folheto foi elaborado por Gonçalo Guerreiro, aluno de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ENCAMINHAMENTO

PARA O . . .



O Serviço de Pediatria do [] é um dos três Centros Oncológicos Pediátricos nacionais actualmente existentes.

Actualmente admite todas as crianças, dos 0 aos 16 anos, referenciadas com suspeita ou diagnóstico confirmado de doença oncológica pelos serviços de saúde na sua área de influência que abrange a zona []

De forma a dar resposta á população internada neste serviço, a equipa multidisciplinar é constituída por oito médicos pediatras, dois neurologistas, trinta e um enfermeiros, uma assistente social, três educadoras de infância, uma psicóloga, um nutricionista e três professoras. Apoiam a actividade deste grupo de profissionais os voluntários da Liga Portuguesa Contra o Cancro e da Acreditar.

Ainda no Serviço de Observação Pediátrica do Hospital de Santa Maria

O seu filho já diagnosticado com doença oncológica irá ser encaminhado para o []

Mas antes, ainda no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, poderá ser iniciada alguma medicação e administração de Soro endovenoso, tendo também de cumprir **jejum** para possíveis exames complementares de diagnóstico que possam ser efectuados no []

Apenas estará neste serviço o estritamente necessário para que o Serviço de Pediatria do [] e prepare para recebervos da melhor maneira possível.



Á chegada . . .

Já no [] irá para o Hospital de Dia de Pediatria onde irá ser recebido pela equipa de enfermeiros e médicos.

De forma a aferir a especificidade da doença, irá realizar um conjunto de exames, nomeadamente:

- **Análises laboratoriais** - ao sangue, à urina e a outros fluidos corporais (se necessário)
- **Exames de imagem** (radiografia, tomografia computadorizada, estudo com radioisótopos, ultra-sonografia, ressonância magnética ou tomografia por emissão de positrões)
- **Biópsia.**

Após o diagnóstico mais apurado, será indicado o melhor tratamento a seguir pelo paciente.

Tendo a maior parte das vezes significar que ficará internado no Serviço de Internamento Pediátrico do []



APÊNDICE XIII

Documento facilitador da identificação dos sinais e sintomas de maus tratos infantis



Maus Tratos Infantis

Sinais de Alarme

(Direção Geral da Saúde, 2011)

Discente: Gonçalo Guerreiro (Aluno de Mestrado em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da saúde)

Nº 192017078

Professora Orientadora: Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]



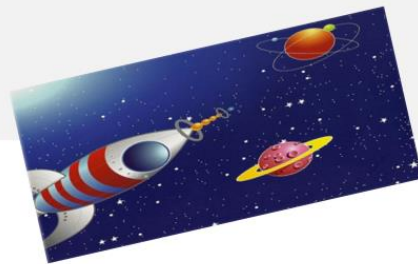
Negligência

- 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 Atuação 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 repetição.



Maus Tratos Físicos

- Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, peri ocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);
- Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);
- Fraturas das costelas e corpos vertebrais;
- Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;
- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;
- Alterações graves do estado nutricional.



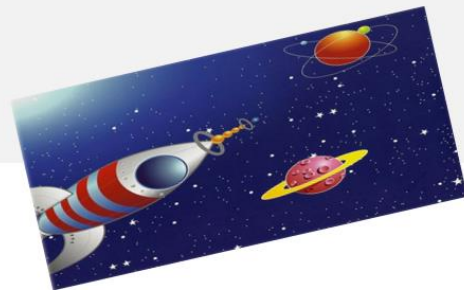
Maus Tratos Psicológicos

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



Abuso Sexual

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



Síndrome de Munchausen por procuração (Indicadores)

- Ministras à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia;
- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;
- Provocar semi sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.

