



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

***PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA***

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por SÓNIA ALEXANDRA BORDA D'ÁGUA PESTANA TAVARES

Lisboa

2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

***PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA***

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

SÓNIA ALEXANDRA BORDA D'ÁGUA PESTANA TAVARES

Sob orientação de Professora ELISABETE NUNES

Lisboa

2011

*“Grande é a poesia, a bondade e as danças...  
mas o melhor do mundo são as crianças”.*

Fernando Pessoa

## RESUMO

Os maus-tratos infantis são um flagelo que vitimiza todos os dias crianças. Diagnosticar situações em que existe compromisso do desenvolvimento infantil e desrespeito pelos direitos da criança não é tarefa fácil. Contudo apesar da inconsistência no conceito, cada vez mais existem profissionais de saúde que tentam dar resposta a esta problemática, trabalhando os factores protectores, mantendo a coesão familiar, contribuindo assim para a defesa dos direitos da criança. Quando cuidamos de crianças portadoras de deficiência a sua vulnerabilidade acentua-se face ao cuidador e às próprias limitações da sociedade que não permitem a sua inclusão. O Enfermeiro Especialista ao fomentar a vinculação e adequação das competências parentais às necessidades da criança/jovem contribui para a minimização dos factores de risco, potenciando um desenvolvimento saudável da criança/jovem e família.

O Relatório de Estágio explicita o percurso de desenvolvimento académico decorrido ao longo de três módulos realizados em duas instituições diferenciadas – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral e Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE/ Hospital Dona Estefânia. De acordo com o diagnóstico de situação elaborado, em cada módulo, foram preconizados objectivos, actividades e competências a adquirir como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Recorrendo a uma metodologia reflexiva, científica e considerando o modelo teórico de Anne Casey uma mais-valia face à “Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência”, foram desenvolvidas várias actividades dirigidas à criança/jovem, família e equipa multidisciplinar. Ao longo dos três módulos foi fomentada a vinculação, através de cartões de vinculação oferecidos aos progenitores; introduzida a Comunicação Alternativa Aumentativa nos Serviços de Saúde hospitalares e preconizada a parceria de cuidados entre instituições que cuidam de crianças portadoras de deficiência. Com o desenvolvimento das actividades consideradas pertinentes pela equipa multidisciplinar, os cuidados de saúde centralizaram-se nas necessidades das crianças/jovens portadores de deficiência, deixando de lado constrangimentos institucionais.

Existe ainda um longo caminho a percorrer face à defesa dos direitos da criança portadora de deficiência, contudo acredito que com a realização das actividades dirigidas à criança/jovem, família e equipa multidisciplinar abriam-se novos horizontes face ao cuidar.

A criança é e será sempre o futuro, por isso cabe a todos nós defendermos o futuro em que queremos viver.

**Palavras-chave:** Criança; Deficiência; Maus-tratos; Prevenção; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

## **Abstract**

Child abuse is a scourge that victimizes children every day. Diagnose situations where there is commitment of child development and disregard for the child rights is no easy task. Yet despite the inconsistency in the concept, more and more health professionals are trying to address this issue, working the protective factors, maintaining family cohesion, thereby contributing to the protection of child rights. When caring for children with disabilities their vulnerability is accentuated toward the caregiver and the very limitations of society that do not allow their inclusion. The Nurse Specialist, by promoting the binding and adjustment of parenting skills to the child / young person needs, contributes to the minimization of risk factors, fostering a healthy development of the child / young person and family.

The Training Report explains the academic development path made over three modules completed in two different institutions - Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral and the Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE/ Hospital Dona Estefânia. According to the diagnostic report prepared in each module, objectives, activities and skills were recommended to be acquired as a Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health.

Using a reflective approach, scientific and considering the theoretical model of Anne Casey added value compared to "prevention of abuse of children with disabilities", several activities aimed at children / youth, family and multidisciplinary team were developed. Over the three modules binding was promoted through Binding cards offered to parents; Augmentative Alternative Communication introduced in Hospital Health Services and recommended the partnership between health care institutions that care for children with disabilities. With the development of activities deemed appropriate by the multidisciplinary team, health care centered on the needs of children / youth with disabilities, leaving aside institutional constraints.

There is still a long way to go toward the defense for the rights of children with disabilities, yet I believe that with the implementation of activities directed at the child / youth, family and multidisciplinary team new horizons were opened up in the approach of caring.

The child is and always will be the future, so it's up to all of us to defend the future we want to live in.

**Keywords:** Children; Disabilities; Abuse; Prevention; Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha filha e ao meu marido pelo apoio e carinho,

À minha mãe pelo apoio incondicional e pela coragem transmitida nos momentos mais difíceis de ultrapassar,

À professora Elisabete Nunes pela disponibilidade, orientação ao longo deste percurso e principalmente por ter defendido a pertinência do tema,

À equipa multidisciplinar do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral, em especial à Enf.<sup>a</sup> Teresa Folha pelas oportunidades de aprendizagem,

A todas as crianças e famílias que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional,

A todos os que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste percurso ...

**A todos, o meu muito Obrigada!**

Sónia Tavares

## **SIGLAS**

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAA – Comunicação Alternativa Aumentativa

CC – Código Civil

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CP – Código Penal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJR – Comissão Protecção de Crianças e Jovens em Risco

CRP – Constituição da República Portuguesa

CRPCCG – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

DGS - Direcção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EPE – Entidade Pública Empresarial

HDE – Hospital Dona Estefânia

HP- HCIS - Healthcare Industry Challenges and IT Solution Offerings

IAC – Instituto de Apoio à Criança

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISS – Instituição de Solidariedade Social

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RN – Recém-nascido

SAAC – Sistemas Alternativos Aumentativos de Comunicação

SAM – Sistema de Apoio Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UP – Urgência Pediátrica

## **ABREVIATURAS**

Art. – Artigo

Cfr. – Conforme

Dra. - Doutora

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

Nº - Número

## SUMÁRIO

	PÁG.
<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	12
1.1 – Conceptualização de Maus-Tratos Infantis	12
1.2 – Maus-Tratos em Crianças com Deficiência	14
1.3 – O Papel do Enfermeiro Especialista na Prevenção de Maus-Tratos Infantis	17
<b>2 – CUIDAR DA CRIANÇA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA</b>	21
2.1 – Caracterização do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian	21
2.2 – Olhar sobre o percurso	23
<b>3 - HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA</b>	30
3.1 – O Internamento num Serviço de Cirurgia	30
3.1.1 – Caracterização da Unidade de Ortopedia 5	31
3.1.2 – Olhar sobre o percurso	32
3.2 - O Terminio de um Sonho	39
3.2.1 – Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	39
3.2.2 – Olhar sobre o percurso	40
3.3 – Cuidar em Situação de Urgência	44
3.3.1 – Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica	44
3.3.2 – Olhar sobre o percurso	45
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	50
<b>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	54
<b>6 – ANEXOS</b>	61
Anexo I - Questionário do CRPCCG	63
Anexo II – Análise do Questionário do CRPCCG	67
Anexo III – Acção de Formação “Prevenção de Maus-tratos em Crianças com Deficiência”	73

Anexo III.I – Dossier de Apoio “Maus-tratos Infantis”	97
Anexo IV – Folha de Sinalização ao Núcleo	135
Anexo V – Projecto Úlceras por Pressão	139
Anexo VI – Folheto	142
Anexo VII – Postais de Vinculação	145
Anexo VIII – Entrevista NHACJR do Hospital Dona Estefânia	150
Anexo IX – Acção de Formação Unidade de Ortopedia 5 “Prevenção de Maus-tratos em Crianças com Deficiência”	153
Anexo X – Poster “Parceria de Cuidados”	171
Anexo XI – Projecto de Articulação entre Unidade de Ortopedia 5 do HDE e CRPCCG	173
Anexo XII – Projecto “Comunicação Alternativa Aumentativa”	192
Anexo XIII – Congresso “Comunicar 2010”	202
Anexo XIV – Tabela CAA “Cirurgia/Ortopedia”	206
Anexo XV – Dossier Comunicação Alternativa Aumentativa	208
Anexo XVI – Cartões de Vinculação	219
Anexo XVII – Questionário da UCIN	237
Anexo XVIII – Análise do Questionário da UCIN	242
Anexo XIX – Acção de Formação “Enfermeiro na UCIN – Papel Fundamental na Prevenção de Maus-tratos”	250
Anexo XX – Poster “Enfermeiro na UCIN – Encaminhamento de famílias de risco”	294
Anexo XXI - Poster “Enfermeiro na UCIN – Prevenção de Maus- tratos”	296
Anexo XXII – Poster “Maus-tratos Infantis”	298
Anexo XXIII – Acção de Formação “Maus-tratos em Crianças com Deficiência – Comunicação Alternativa Aumentativa”	301
Anexo XXIV – Caderno Comunicação Alternativa Aumentativa	348
Anexo XXV – Tabela “Maus-tratos Infantis”	362
Anexo XXVI – Tabela “Unidade de Internamento de Curta Duração”	364
Anexo XXVII – Articulação entre Instituições	366

## 0 - INTRODUÇÃO

A elaboração do Relatório de Estágio insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa. Pretende expor, analisar e reflectir o percurso de formação realizado em unidades de prestação de cuidados de saúde diferenciadas. De acordo com os objectivos traçados, as actividades delineadas e as competências específicas desenvolvidas durante o Estágio composto por três módulos, dá resposta à finalidade do curso que se baseia em contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à criança/jovem, família e comunidade, através da aquisição de competências de natureza científica, técnica, humana e ética, que permita ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) actuar de forma responsável nas intervenções de carácter autónomo e interdependente, influenciando positivamente os indicadores de saúde do país.

A escolha da temática a desenvolver “**Prevenção de Maus-Tratos em Crianças com Deficiência**” surgiu após uma cuidada análise e reflexão sobre a experiência profissional.

Os maus-tratos infantis provocam sequelas físicas e psicológicas que afectam para sempre a vida das crianças. O conceito de maus-tratos infantis não é universal, o que torna esta problemática ainda mais complexa. A Declaração Universal dos Direitos da Criança não foi ratificada a nível mundial. Quando prestamos cuidados a uma criança portadora de deficiência a sua vulnerabilidade acentua-se face aos cuidados prestados pelo cuidador. Os profissionais de saúde trabalhando a criança e família na comunidade, fomentando o desenvolvimento e aquisição de factores protectores, articulando com instituições governamentais e não-governamentais, previnem a ocorrência de maus-tratos. O EESIP deverá desenvolver competências que lhe permitam prevenir a ocorrência dos mesmos, contribuindo assim para o bem-estar da criança e família, minimizando a insuficiente resposta dos serviços de saúde identificada pelo Plano de Saúde 2004/2010. Desta forma, foi delineado como objectivo geral ao longo do percurso, o desenvolvimento de competências na prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança e família em risco/perigo, enquadra-se numa das funções do Enfermeiro Especialista (EE), pois 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. 4º do Regulamento nº 123/2011).

Com recurso a uma metodologia reflexiva, salienta-se que o presente relatório se compõe da análise do percurso ao longo de três módulos realizados em duas instituições distintas: Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian (CRPCCG) e Centro Hospitalar de Lisboa Central, Entidade Pública Empresarial (EPE) / Hospital Dona Estefânia (HDE).

Foi proposto um período de observação de três dias, inserido no Módulo I, no CRPCCG, visto ser um local privilegiado no contacto com crianças portadoras de deficiência e suas famílias, no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários. No decorrer desse período de observação, foi aferida a pertinência do projecto a desenvolver, tendo sido possível a continuidade do Módulo I nesse local.

Os Módulos II e III foram desenvolvidos no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / HDE. Esta instituição é um hospital com cariz pediátrico, onde a formanda exerce a sua actividade profissional. Através da formação, da qualidade, da investigação, bem como do desenvolvimento de formas de ligação do hospital com a comunidade o desenvolvimento de parcerias é facilitado face ao interesse dos utentes.

O Módulo II do Estágio decorreu na Unidade de Ortopedia 5, pois da experiência profissional obtida nesta unidade surgiu o tema do projecto a desenvolver. A realização do Módulo II nesta unidade foi considerada pertinente e enriquecedora face ao desenvolvimento e aquisição de competências inerentes ao EESIP.

O Módulo III do Estágio desenvolveu-se em duas fases, sendo a primeira, vocacionada para a prestação de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e a segunda fase para o cuidar da criança e família em situação de Urgência. Ambos os serviços constituem unidades de referência na aquisição de competências do EESIP face ao cuidar da criança/jovem, pois encontram-se inseridos num hospital pediátrico com cariz formativo.

O Relatório encontra-se estruturado em quatro partes essenciais: **1 – Enquadramento teórico** - revisão da literatura tendo em conta a temática da prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência; **2 – Cuidar de uma criança portadora de deficiência;** **3 – Hospital Dona Estefânia.** A parte 2 e 3 constituem o percurso desenvolvido ao longo dos módulos de estágio, sendo realizada uma breve caracterização dos locais; posteriormente desenvolvidos objectivos, actividades e competências adquiridas em cada local, bem como o crescimento pessoal e profissional efectuado enquanto EESIP. Para finalizar, **4 – Considerações finais** – onde é realizada uma evolução do percurso realizado, assim como sugestões a ter em consideração.

# 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 – Conceptualização de Maus-Tratos Infantis

Desde o nascimento, que o processo de inclusão da criança na sociedade a que pertence marca para sempre o seu desenvolvimento futuro.

Até ao século XII não existia lugar no mundo para a criança. O infanticídio era uma prática recorrente. É a partir do século XIII que a criança começa a ter algum significado, associada à figura do Menino Jesus. Estas participavam em festas de adultos, vestiam as mesmas roupas e iniciavam a actividade profissional muito cedo. Azevedo e Maia (2006, p.25) corroboram *“eram adultos em miniatura”*.

Durante o século XVII, com Rosseau inicia-se a conceptualização da criança como um ser com valor próprio e digno de respeito (Teixeira, 2008).

Falar de maus-tratos infantis, de acordo com a perspectiva histórica, nem sempre foi pacífico, primeiro porque a criança nem sempre foi considerada como ser humano com direitos, posteriormente porque o castigo corporal foi um método muito utilizado para “disciplinar” as crianças. Os maus-tratos eram socialmente aceites. As crianças eram consideradas propriedades dos seus pais, e estes, por sua vez, podiam cometer qualquer acto atroz. As primeiras referências a maus-tratos surgiram, esporadicamente, em revistas científicas ao longo do século XIX. Tardieu, francês, em 1860 escreveu o primeiro artigo médico sobre o assunto, baseando-se em resultados de autópsias a um conjunto de crianças com menos de 5 anos de idade vítimas de morte violenta, sugerindo terem sido os pais os respectivos agressores (Azevedo e Maia, 2006).

Os maus-tratos infantis são uma problemática mundial, actual. Segundo Azevedo e Maia (2006, p.23) *“exige uma abordagem interdisciplinar, sistemática e global, quer no domínio do estudo do fenómeno, quer nas acções para o prevenir ou nas respostas aos casos que não foram possíveis evitar”*.

É um fenómeno complexo e multifacetado, podendo ocorrer a morte ou sequelas graves a nível físico e psicológico, afectando para sempre a vida das crianças. Trata-se por isso de um grave problema de saúde pública, em que os profissionais de saúde têm um papel importantíssimo na prevenção, despiste, tratamento e encaminhamento.

O conceito de maus-tratos não é consensual, o que torna esta problemática ainda mais complexa, isto porque depende dos factores socioculturais e da própria concepção de maus-tratos. Magalhães (2004, p. 32) define maus-tratos como *“qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas*

*relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”.*

A Direcção Geral de Saúde (DGS) classifica o fenómeno em diferentes tipologias, nomeadamente: *Negligência, Maus-tratos Físicos, Abuso Sexual, Maus-tratos Psicológicos e Síndrome de Munchausen por Procuração* (Jorge [et al.], 2007).

Existem variados factores de risco, definidos pela DGS (2007), que poderão determinar maus-tratos na criança, nomeadamente: aspectos do contexto social e cultural; aspectos da dinâmica familiar e institucional; aspectos ligados aos pais ou a quem tenha a guarda de facto e aspectos ligados à criança/jovem (Jorge [et al.], 2007).

Os factores protectores actuam como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacto. São variáveis físicas, psicológicas e sociais que favorecem o desenvolvimento individual e social. Os factores individuais (boa auto-estima; desejo de autonomia e capacidade de pedir ajuda), os factores relacionais (vinculação segura, relação afectiva securizante) e os factores da comunidade (meio escolar integrador, apoio social disponível e grupos formais e informais de pares) (Jorge [et al.], 2007).

Os maus-tratos infantis não são um problema exclusivo das camadas sociais mais carenciadas. Contudo, são mais evidentes nos estratos sociais mais desfavorecidos, pois estes tornam-se permeáveis à intervenção, estando sujeitos a um maior controlo social.

Em Portugal na década de 80 a sociedade começou a dar ênfase a esta problemática e em 1990 ratificou a Convenção dos Direitos da Criança:

*” Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda dos seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada”* (alínea 1, do art. 19º da Convenção dos Direitos da Criança, Portugal 1990).

Segundo a alínea 1 do art. 69º da Constituição da República Portuguesa (CRP) (2009, p.39) *“as crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições”.*

De acordo com o Código Civil (CC) são consideradas crianças *” todas as pessoas com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos ”* (art. 122º do Código Civil).

O conteúdo do poder paternal (alínea 1, do art.1878º do CC) refere que aos pais compete, no interesse dos filhos *”velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento,*

*dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens*”, em respeito pelo nº 5 do art. 36º da CRP. Ainda na (alínea 2, do art. 128º e 1878º do CC), é exposto o dever de obediência dos menores/filhos em relação aos seus pais ou tutor, em tudo o que não seja ilícito ou imoral.

A bioética co-responsabiliza os pais e os profissionais de saúde pelo cumprimento dos direitos das crianças. A vulnerabilidade da criança é a “medida do seu cuidador” (Almeida, 2006). A vulnerabilidade das crianças portadora de deficiência, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), reclama a solidariedade e equidade dos prestadores de cuidados (Nunes, 2005).

Considerando os maus-tratos infantis uma violação clara dos direitos da criança e como tal puníveis juridicamente sob a forma de crime, o art. 152º do Código Penal (CP) prevê, *“Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: d) a pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.”* Acrescido pelo art. 152-A sem a componente da coabitação. O mesmo CP prevê ainda outras formas específicas de maus-tratos, puníveis criminalmente, a saber: art.138º *“Exposição ou abandono”*, art.143º-149º *“Dos crimes contra a integridade física”*, art.º171º-176º *“Crimes contra a autodeterminação sexual”*.

Fausto Amaro, em 1985, realiza o primeiro estudo sociológico sobre crianças maltratadas em Portugal, no qual foram estimados cerca de 20.000 crianças maltratadas, sendo 48% de casos de negligência, entre 31% a 36% de maus-tratos psicológicos e 16% a 21% de maus-tratos físicos. Em 1999, foi publicado um relatório encomendado pela Assembleia da República Portuguesa *“Famílias e os maus-tratos às crianças em Portugal”*, onde foi identificado o perfil da criança que é vítima de maus-tratos e o perfil do abusador (Magalhães, 2004).

Em 1999, as agências de Child Protective Service nos Estados Unidos confirmavam 1,5 milhões de crianças vítimas de maus-tratos, dos quais 75% negligência; 20% maus-tratos físicos e 5% abuso sexual. As estimativas indicavam 2000 crianças mortas na sequência de maus-tratos. Na mesma data, em Portugal, são denunciados 30424 casos, dos quais 76,6% negligência; 20% maus-tratos físicos e 3,3% abuso sexual. Contudo, permanece a percepção que os números são reduzidos face à realidade do flagelo (Mariano, 2001).

## **1.2 – Maus-Tratos em Crianças com Deficiência**

Segundo Canha (2000, p.17) *“as crianças são, por natureza, seres frágeis, dependentes e indefesos, o que as torna particularmente vulneráveis a todo o tipo de violência, abuso ou exploração”*. A Organização Mundial da Saúde (OMS) justifica a vulnerabilidade da criança através de factores determinantes como a idade, as suas características particulares,

as características do cuidador (personalidade e comportamento) e da família (estrutura, tamanho, recursos), o sexo, história anterior de abuso, violência doméstica e outros como a pobreza (Almeida e Sabatés, 2008). Todas estas variáveis justificam uma protecção acrescida por parte da sociedade numa abordagem ética e do Estado Português enquanto Estado de Direito no respeito e na garantia de realização dos direitos e liberdades fundamentais. De acordo com o modelo teórico de Casey, as necessidades das crianças desde que nascem são satisfeitas pelos pais ou outros membros da família até serem capazes de adquirirem a sua independência (Casey, 1995).

Quando falamos em crianças portadoras de deficiência, a sua fragilidade/dependência acentua-se face aos cuidados que lhe são inerentes e ao seu cuidador. Almeida (2006, p. 290) refere que.

*“ser doente, por força da quebra da homeostasia dos seus sistemas biológicos, objecto de uma agressão vital, é tornar-se igualmente dependente, fragilizado física e psiquicamente, mais vulnerável, portanto, a possíveis ameaças externas. Ser, então, criança doente, é intensificar uma fragilidade com outra fragilidade de não menor intensidade, de risco não inferior e, portanto, clamar por intensiva e mui cuidada protecção”.*

A existência de uma criança portadora de deficiência no seio familiar potencia a disfuncionalidade do sistema familiar, tornando-a mais vulnerável a influências, situações e transacções com a sociedade onde está inserida.

As alterações físicas e comportamentais de uma criança com deficiência poderão afectar as interacções precoces com os pais, tornando a relação menos satisfatória.

A DGS (2007) identifica como factor de risco, entre outros, para ocorrência de maus-tratos, crianças deficientes ou portadoras de uma doença crónica, crianças que não correspondam as expectativas dos pais. A identificação de sinais e sintomas de que as crianças portadoras de deficiência são vítimas de maus-tratos, são muitas vezes desvalorizados ou mal interpretados. A dificuldade em comunicar com estas crianças pode estar na origem desta dificuldade e/ou incapacidade de perceber que estão a ser vítimas de maus-tratos, o que também não coopera na sua protecção. Segundo Azevedo e Maia (2006, p.51) *“uma criança com problemas de saúde ou portadora de uma deficiência física ou mental correrá maior risco de abuso infantil do que uma criança aparentemente saudável ou sem qualquer tipo de deficiência”.*

Nosek, Howland & Young (1997), citado por Williams (2003, p.146) referem que existem factores que aumentam o risco de crianças com deficiência serem maltratadas, como:

- Aumento de dependência de outras pessoas para cuidados a longo prazo;
- Negação dos direitos humanos, resultando em uma percepção tanto da vítima como do agressor;

- Percepção de menor risco de ser descoberto por parte do agressor;
- Dificuldades da vítima em fazer com que os outros acreditem nos seus relatos;
- Menor conhecimento por parte da vítima do que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade;
- Isolamento social, aumento do risco de manipulação por outros;
- Potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos;
- Valores e atitudes mantidos por profissionais na área da educação especial em relação à inclusão, sem considerar a capacidade do indivíduo de auto-protecção;
- Falta de independência económica por parte da maioria dos indivíduos portadores de deficiência mental.

No relatório de 1999 sobre “Famílias e os maus-tratos às crianças em Portugal”, o perfil da criança que é vítima de maus-tratos revelou que 11% têm uma doença crónica, 8% uma deficiência física, 10% uma doença mental (Magalhães, 2004).

Apesar da dificuldade de estudos sobre incidência/prevalência de maus-tratos em crianças com deficiência, Williams (2003), citando Sobsey, Randall & Parilla (1997), refere que crianças portadoras de deficiência possuem 1,5 mais probabilidades de serem vítimas de abuso sexual e 4 a 10 vezes mais probabilidade de serem vítimas de maus-tratos. O mesmo autor, citando Sullivan and Knutson (2000) refere que crianças com deficiência têm 3,7 vezes mais probabilidade de serem negligenciadas; 3,8 vezes mais probabilidade de maus-tratos físicos e psicológicos e 34 vezes mais probabilidade de abuso sexual.

A deficiência e a ocorrência de maus-tratos poderão funcionar de forma bidireccional. As crianças com deficiência estão mais expostas a maus-tratos, mas a ocorrência de maus-tratos também poderá ocasionar deficiência nas crianças (Williams, 2003).

Em determinadas culturas, crianças portadoras de deficiência são escondidas da comunidade, o que não lhes proporciona a inclusão nesta e o desenvolvimento das suas competências. Em países africanos, crianças com deficiência são abandonadas junto ao leito dos rios com o intuito de serem levadas pelos deuses. Na Amazónia, tribos indígenas matam crianças portadoras de deficiência. Em certos países de leste, crianças com deficiência são institucionalizadas e debandadas do seio familiar, excluídas da sociedade.

A ocorrência de maus-tratos em crianças portadoras de deficiência poderá ter origem na dificuldade em conceptualizar a própria doença por parte dos progenitores, assim como na aceitação das limitações decorrentes da mesma, optando por tratamentos exaustivos que em nada beneficiam a criança. A dificuldade em enfrentar a adversidade, respondendo de forma adequada à situação proporciona a que recorram a todo o tipo de terapias que em nada contribuem para a cura nem para o seu crescimento harmonioso da criança (Filippini, 2004). Os enfermeiros têm a incumbência, de acordo com as alíneas b, d, do artigo 81º do Código

Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.51) de “*salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; salvaguardar os direitos das pessoas com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social*”.

### **1.3 – O Papel do Enfermeiro Especialista na Prevenção de Maus-Tratos Infantis**

Quando nasce uma criança portadora de deficiência interrompe todo o esforço realizado durante a gravidez para a concepção de um bebé ideal. É essencial para o funcionamento da família e desenvolvimento da criança portadora de deficiência, que os pais conheçam a patologia, a evolução clínica, o ritmo de desenvolvimento da doença, possibilitando desta forma a diminuição do stress e as comparações com outras crianças (Ferreira e Costa, 2004). Para que o processo de resiliência se processe é necessário que exista uma boa comunicação entre estes pais e os profissionais de saúde, pois é imprescindível capacitá-los para as situações de crise, as perdas e lutos que terão de enfrentar. Aos pais deverá ser oferecida a confiança suficiente, para que possam expor livremente as suas dúvidas e preocupações, assim como, deverão ser criadas todas as condições para que os mesmos possam usufruir da criança, desenvolvendo-se, desta forma, laços afectivos fortes, que tão importantes são para ambas as partes (Wernet, 2005).

Na criança portadora de deficiência, devido aos factores de stress a ela inerentes, é essencial que a família seja envolvida como parceira na prestação de cuidados e os laços vinculares entre a criança e família sejam fortes de modo a prevenir a ocorrência de maus-tratos. Segundo Casey, quando ocorrem défices de saúde não identificados ou não corrigidos, o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança poderá ficar comprometido. O modelo de parceria de cuidados induz uma responsabilidade de mudança, negociada e partilhada entre a criança, família e enfermeiro (Casey, 2008). Os pais são os principais cuidadores, os conhecimentos e experiências que possuem da criança são essenciais ao cuidado a prestar. A parceria de cuidados emerge do estabelecimento de uma relação empática entre família, criança e prestador de cuidados. Só assim, se torna possível a aquisição de competências no cuidar (Estevinho, 2008). A prestação de cuidados de acordo com a metodologia de enfermeiro responsável assenta na importância da partilha de competências entre família e enfermeiro (Ferreira e Costa, 2004). Um dos objectivos do modelo centraliza-se na identificação das necessidades da criança e família desde a tomada de decisão até à participação nos cuidados. Com a aplicação do modelo surge um crescimento físico, emocional e social da criança e família em que os pais não são acompanhantes nem técnicos, são parceiros nos cuidados, permitindo emergir sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade no momento e posteriormente em casa. A participação da

família na prestação de cuidados contribui para a recuperação do potencial da criança, sendo estabelecida a união familiar.

A estratégia de prevenção surge como a mais adequada, capaz de promover a reabilitação do sistema familiar, fortalecendo os factores protectores e diminuindo as situações de risco/perigo. Desenvolver competências na família e comunidade, promovendo mudanças sociais, culturais e económicas, impulsiona a defesa dos direitos da criança (Magalhães, 2004).

Cabe ao enfermeiro com competências a nível ético, deontológico, legal, comunicacional e essencialmente humana ser o detentor da intervenção na criança/jovem e família.

A prevenção é fundamental à inibição de novos casos e comporta três níveis: primário, secundário e terciário.

Na **prevenção primária**, pretende-se evitar o aparecimento de situações de risco, através de acções dirigidas à população. De componente essencialmente formativa e informativa, procura-se a maximização de projectos comunitários que incorporem equipas multidisciplinares, capazes de intervir na dinamização de programas de apoio às famílias e suas crianças. Para isso, é necessário que o EESIP seja detentor de conhecimentos sobre a legislação em vigor aplicando-a, assim como elemento interveniente face às alterações da legislação. Como detentor da realidade da população-alvo, poderá tornar viáveis leis adequadas às necessidades de protecção das crianças/jovens. O objectivo desta prevenção deverá incidir sobre a fomentação de uma cultura anti-violência, redução do impacto dos factores de risco, promoção da saúde materno-infantil, estimulação da relação mãe-filho, promovendo as competências sociais e pessoais dos pais, professores, técnicos de saúde, justiça, segurança social, entre outros. A intervenção face ao encaminhamento das famílias para os serviços sociais de retaguarda minimiza as dificuldades sentidas, habilitando-as face ao cuidar da criança. Sensibilizando os pais, profissionais, cuidadores e população, contribui-se para minorar o risco de violência a que as crianças estão sujeitas (alínea E1.2.5 do Anexo I, art. 4º do Regulamento nº 123/2011).

Alguns exemplos da prevenção primária:

- Legislação adequada;
- Serviços Sociais eficientes;
- Actividades de esclarecimento público;
- Programas de educação comunitária para adultos e crianças;
- Educação Cívica ao nível da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

A **prevenção secundária**, visa permitir uma maior consciencialização da existência de grupos sociais, cujas condições e características, permitem identificá-los como vulneráveis à

ocorrência de maus-tratos. Jorge [et al.] (2007), refere indicadores de alerta, que se prendem com a instabilidade, desestruturação familiar ou falta de segurança existentes entre determinados grupos social e culturalmente definidos.

Nestes grupos identificados, é aconselhável uma intervenção precoce, antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais de mal-estar ou desajustamento. A intervenção deve contemplar um trabalho com a família, facilitando a comunicação empática com a criança/jovem, ajudando-a a desenvolver os seus mecanismos de resiliência. A situação familiar em que a criança/jovem, normalmente se encontra, é complexa. Por isso é fundamental desenvolver actividades que maximizem o potencial das crianças, contribuindo para a manutenção do sistema familiar. O EE contendo informação sobre o contexto do sistema familiar e social, deverá demonstrar competências na implementação de planos de saúde, promotores da parentalidade e da reinserção social da criança e jovem (alínea E 1.1 do Anexo I, art. 4º do Regulamento nº 123/2011).

São exemplos a prevenção secundária:

- Identificação pré-natal e continuada de famílias “em risco”;
- Programas de tratamento de abuso de substâncias tóxicas;
- Redes de suporte a nível comunitário e centradas na família;
- Cuidados de saúde pré e peri-natais que melhorem as condições de gravidez e reforcem os vínculos precoces;
- Actividades escolares contra a violência”;
- Educação sobre segurança para crianças.

Na **prevenção terciária** o encaminhamento de casos e protecção das crianças, abordagem psicossocial e jurídica será uma prioridade. Procura-se reduzir a duração da gravidade das sequelas do problema, bem como a reabilitação e o tratamento das pessoas afectadas.

Os profissionais de saúde têm a incumbência de cuidar e acompanhar o agressor, proporcionando a reabilitação do mesmo. Mesmo quando o interesse superior da criança se prende com a institucionalização, as equipas multiprofissionais mantêm o seu desempenho em prol da união familiar, pois os vínculos, normalmente, existentes são de preservar. As Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR), Serviços/Instituições oficiais, tribunais e as Instituições de Acolhimento de Menores são instituições que exercem funções no âmbito da protecção dos direitos do menor. O EE tem a competência de assistir a criança/jovem na situação de maus-tratos a que é sujeita (alínea E 1.2.6 do Anexo I, art. 4º do Regulamento nº 123/2011).

Ações no âmbito da prevenção terciária:

- O diagnóstico precoce de maus-tratos;

- A adequação dos serviços interdisciplinares que assegurem tratamento médico, cuidados básicos, aconselhamento e suporte às vítimas e famílias;
- A reintegração da criança numa comunidade/escola segura que potencie boas experiências;
- A execução de leis de protecção da infância mais adequadas, tornando os tribunais de menores mais eficientes e eficazes.

A reflexão sobre questões relacionadas com situações de menores em risco/perigo demonstra a necessidade de intervenção adequada/ajustada, de uma equipa multidisciplinar, face às necessidades da criança/jovem e família. De modo a responder de forma eficaz, torna-se crucial compreender a realidade da situação, actuando em conjunto com instituições governamentais, não-governamentais nacionais e internacionais, governo, sociedade civil e comunidade (Magalhães, 2004). A existência de técnicos com formação na área; a intervenção e participação da comunidade; a implementação de estratégias sociais (diminuição da pobreza, prevenção da toxicoddependência/alcoolismo, melhorar a qualidade dos cuidados infantis, entre outros); a criação de um sistema legal e jurídico que contribua para a defesa dos direitos da criança e a adequação das respostas políticas na defesa dos direitos humanos contribui para a minimização do flagelo. Ao enfermeiro compete desenvolver competências face ao cuidar de crianças/jovens vítimas de maus-tratos (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A prevenção maximiza os direitos da criança, contribuindo para o seu desenvolvimento saudável.

## **2 – CUIDAR DA CRIANÇA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

A realização do Módulo I no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian foi possível após os três dias do período de observação decorridos nesta unidade, anteriormente proposta. Efectivou-se entre 19 Abril a 18 Junho de 2010.

O contacto com crianças e famílias portadoras de deficiência, na sua maioria paralisia cerebral, proporcionou um desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do período de estágio.

### **2.1 – Caracterização do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian**

O 1º Centro de Paralisia Cerebral começou a sua actividade no dia 7 de Maio de 1958, na Liga Portuguesa dos Deficientes Motores. A 1 Abril de 1960 abriu o 1º Centro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral com uma equipa constituída por 3 médicos, 3 enfermeiras, 1 educador e 1 auxiliar.

Através do decreto-lei nº 326-A/2000, de 7 de Dezembro, torna-se Instituição de Solidariedade Social (ISS). Prevê na sua estrutura orgânica, publicada na portaria nº 543-A/2001, de 30 de Maio de 2001, um gabinete de qualidade, que tem como atribuições, entre outras, a sensibilização e gradual implementação de uma cultura de qualidade (Gabinete de Apoio Técnico, 2006).

O CRPCCG é uma ISS que presta cuidados a crianças e famílias em cuja deficiência esteja patente. Dá resposta a cerca de 1000 crianças e jovens por ano. Tem um ficheiro com cerca de 10500 fichas. Articula com várias instituições (hospitais, centros de saúde, escolas, creches, amas, jardins de infância, CPCJR, tribunais, entre outros). No CRPCCG duas EESIP dão resposta às necessidades da população-alvo.

O planeamento e a organização desta instituição encontram-se atribuídos a 3 equipas multidisciplinares (médicos de várias especialidades, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, professores, educadores, terapeuta da fala, psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais, entre outros) que actuam ao nível das famílias e das estruturas da comunidade (intervenção a nível individual no CRPCCG e na Comunidade: domicílio, escola, instituições de saúde), cobrindo diferentes áreas geográficas.

Os seus objectivos são:

- Avaliar e acompanhar as crianças nascidas em risco ou com suspeita de deficiência, enviadas por Serviços de Saúde e Outros;

- Atender crianças com disfunções neuromotoras através de técnicas de neurodesenvolvimento integrando as várias terapias essenciais ao desenvolvimento da criança nos estádios mais precoces, com ensino e orientação aos pais;
- Ensinar e orientar os pais;
- Apoiar psicologicamente e orientar socioeducativa a família através de equipas multidisciplinares;
- Integrar crianças sempre que possível no Sistema Regular de Ensino Pré-escolar e Básico;
- Orientar e apoiar os técnicos na Comunidade;
- Atender socioeducativamente crianças com multideficiência grave em programas integrados de terapias e ensino básico com utilização das novas tecnologias visando a integração progressiva no Sistema Regular de Ensino;
- Realizar programas de sensibilização, formação e investigação na área do desenvolvimento da criança e das técnicas específicas de habilitação/reabilitação através de cursos e estágios dos vários grupos profissionais.

Os cuidados prestados à criança e família são personalizados, individualizados, tendo por base o seu projecto de vida. O trabalho realizado com crianças portadoras de deficiência e suas famílias constrói-se ao longo dos anos. Ao se iniciar um projecto, este deverá ser trabalhado e continuado de forma a sustentar benefícios a longo prazo.

Quando uma criança é referenciada ao CRPCCG é realizada uma consulta de diagnóstico onde vários técnicos poderão estar presentes (depende da idade da criança, patologia, entre outros factores). O plano de cuidados realizado é adaptado às necessidades da criança e família, tornando a família parceira na prestação de cuidados. Posteriormente, estas crianças serão seguidas em consultas de desenvolvimento/reabilitação e/ou tratamentos a realizar na instituição e/ou na comunidade.

O CRPCCG articula com várias instituições governamentais e não governamentais. Através dessa articulação estabeleceu protocolos com o HDE e Hospital Santana, onde crianças do foro ortopédico são intervencionadas. Uma vez por mês, médicos das duas unidades hospitalares realizam consultas no CRPCCG e propõem os tratamentos a realizar. Se necessário intervenção cirúrgica, as crianças e famílias são referenciadas para o hospital de referência.

As Unidades 1 e 2 existentes no CRPCCG dão resposta a cerca de 20 crianças. As crianças que frequentam a Unidade 1 têm idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos e as da Unidade 2 entre os 4 e os 6 anos. Este serviço baseia-se numa intervenção pedagógica e terapêutica integradas, de modo a promover as capacidades e facilitar a definição do encaminhamento individual de cada criança, segundo as suas características e necessidades. O seu objectivo é prestar apoio de reabilitação e sócio-educativo, de forma global e integrada,

na habilitação da criança com deficiência neuromotora. A equipa multidisciplinar é composta por 1 educadora, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 terapeuta da fala, 1 enfermeira e assistentes operacionais. Sempre que necessário a família, assim como outros técnicos são integrados nas equipas. Estas crianças são portadoras de paralisia cerebral, comunicam através de Sistemas Alternativos Aumentativos de Comunicação (SAAC) e possuem limitações locomotoras, entre outras. As crianças que frequentam as unidades estão inseridas em creches, jardins-de-infância, escolas e dois dias por semana deslocam-se ao CRPCCG onde é realizada intervenção pedagógica e terapêutica de forma integrada, sendo desenvolvidas as actividades de autonomia, comunicação e aquisições pré-escolares.

## **2. 2 – Olhar sobre o percurso**

As deficiências correspondem a um *“desvio relativamente ao que é geralmente aceite como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções”* (OMS 2003, p.13). Segundo Andrada [et al.] (2009, p.9), a paralisia cerebral é um *“conjunto amplo de situações caracterizadas por serem permanentes, mas não inalteráveis; envolverem uma alteração do movimento e/ou postura e da função motora; serem devidas a interferência / lesão/ anomalia não progressiva do cérebro imaturo”*. Não há estatísticas a nível nacional, contudo considerando uma incidência provável de 2/1000 nascimentos, sendo a média de nascimentos em Portugal de 135000/ano, é estimado cerca de 270 novos casos em cada ano (Andrada [et al.], 2009).

Ponderando uma realidade diferenciada e o projecto a desenvolver, foram realizadas conversas informais com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora a qual considerou desde sempre a pertinência do desenvolvimento do projecto nesta unidade.

Encarando a necessidade de realizar um diagnóstico de situação, foi solicitada autorização à Directora do CRPCCG face à aplicação de um questionário (cfr. anexo I) à equipa multidisciplinar (professores, educadores, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médicos, assistentes operacionais, motoristas e secretárias de unidade). O contacto com crianças portadoras de deficiência e família estão patentes em todos os profissionais do CRPCCG, pois desde a secretária de unidade até aos motoristas todos contribuem para o desenvolvimento integral da criança e família, partilhando com estas as dificuldades decorrentes do dia-a-dia. A realização do questionário teve por base teórica o documento *“Maus-tratos em crianças e jovens – intervenção em saúde”* (Jorge [et al.], 2007). Como método de colheita de dados, foi elaborado contendo questões abertas e fechadas, possibilitando assim, uma avaliação da experiência profissional e a opinião da equipa sobre o tema do projecto.

O questionário aplicado facilitou a integração na equipa, pois através deste tornou-se exequível dar a conhecer a temática do projecto, assim como algumas das intervenções

delineadas durante o período de estágio. A solicitação de colaboração, no desenvolvimento do projecto, possibilitou a permeabilidade face à prestação de cuidados à criança portadora de deficiência e família. Segundo Vieira (2009, p.86), *“o enfermeiro deve conhecer as necessidades da população e da comunidade em que trabalha ou se insere e colaborar com outros profissionais nos programas que visem soluções para os problemas de saúde detectados”*.

Após a aplicação do questionário verificou-se que a maioria dos inqueridos tinha obtido contacto prévio com crianças vítimas de maus-tratos. A temática do projecto foi considerada pertinente face à realidade vivenciada no decorrer do exercício profissional, assim como ponderada a sensibilização dos mesmos face à problemática, tendo deste modo sido definido como objectivo **“Sensibilizar a equipa multidisciplinar face à importância da prevenção de maus-tratos em crianças portadoras de deficiência”**.

Os momentos de reflexão sobre a experiência profissional, a necessidade de aferir conceitos e narrar episódios vivenciados estiveram patentes durante o período da prestação de cuidados. As vivências profissionais e a reflexão sobre estas contribuem para a mudança de atitude e melhoria dos cuidados prestados. O potencial formativo no local de trabalho passa pela transformação das experiências em aprendizagens a partir do processo formativo. De acordo com Abreu (2001), os adultos formam-se, para além dos momentos formativos, a partir da reflexão das práticas profissionais, de negociação com diferentes formas de poder e das interacções com os pares.

Analisando os resultados obtidos no questionário (cfr. anexo II) aplicado, a negligência a que as crianças são sujeitas prevalece, seguindo-se os contactos obtidos com crianças vítimas de maus-tratos físicos, abuso sexual e maus-tratos psicológicos. Os factores de risco predominantemente identificados coincidem com alguns dos estudos realizados em Portugal (Amaro, 1986; Barroso, 2000): contextos sociais problemáticos; pobreza e abuso de substâncias (Azevedo e Maia, 2006; Barroso, 2004). Face à realidade existente, os profissionais de saúde mencionaram sentimentos de impotência quando se deparam com uma criança vítima de maus-tratos, assim como referem a falta de articulação entre os recursos da comunidade, o que não contribui para a defesa dos direitos da criança. De acordo com a temática do projecto, a equipa considerou pertinente a formação dos profissionais, pois só detentores de conhecimentos é que as lacunas existentes na prestação de cuidados, às crianças e famílias portadoras de deficiência, poderão ser atenuadas.

Identificando as necessidades da equipa face à prevenção de maus-tratos foi delineada uma acção de formação subordinada ao tema “Prevenção de Maus-tratos em Crianças com Deficiência” (cfr. anexo III). Realizando uma revisão bibliográfica tendo por base teórica o documento “Maus-tratos em crianças e jovens – Intervenção em Saúde” (Jorge [et al.], 2007) foi concebido um dossier sobre a temática que servirá de apoio à intervenção (cfr. anexo III.I). Conceptualizando a acção de formação e tendo em consideração a inexistência de documentos de planeamento, divulgação, certificados de presença e avaliação de acções de

formação, estes foram preconizadas de acordo com as necessidades futuras do gabinete de formação do CRPCCG (cfr. anexo III). Segundo Sequeira (2009, p.11), *“para a realização de formação em saúde é fundamental a identificação das necessidades de formação (...)”*. No decorrer da acção de formação, para além da transmissão de conhecimentos teóricos/práticos, foi ainda possível transmitir alguns dos resultados obtidos nas actividades desenvolvidas face à prevenção de maus-tratos infantis.

Devido à limitação de espaço físico, tendo em consideração a pertinência do projecto e o nº significativo de formandos que se inscreveram na acção de formação de dia 28 de Maio, foi realizada nova sessão a 17 de Setembro de 2010, onde para além da participação da jurista do Instituto de Apoio à Criança (IAC) foi possível também a colaboração da Enf.<sup>a</sup> pertencente à equipa multidisciplinar da “Criança/Jovem em Risco” da DGS.

Da reflexão com a equipa após a acção de formação e tendo em consideração que o CRPCCG é uma instituição de primeiro nível na área da competência em matéria da infância e juventude que articula com outros níveis de intervenção (CPCJR e tribunais), foi delineado como objectivo **“Contribuir para a eficácia da intervenção face a crianças portadoras de deficiência vítimas de maus-tratos”**.

Dando resposta ao objectivo preconizado e idealizando um protocolo de parceria entre CRPCCG e o IAC, foi estabelecido contacto telefónico com a jurista do IAC e solicitada a sua colaboração na acção de formação a realizar no centro. A sua participação foi uma mais-valia devido à experiência profissional na área da criança maltratada. A prática clínica permite a transposição dos saberes teóricos para o exercício profissional, assim como a aquisição de competências e desenvolvimento profissional (Abreu, 2001).

Observando a experiência profissional da equipa e a sensibilização de técnicos face à criança com deficiência vítima de maus-tratos, foi proposta a criação de um núcleo interno que eventualmente, *à posteriori*, colaborasse com a DGS, através de dados obtidos na folha de sinalização (cfr. anexo IV), sendo assim possível aferir, a pertinência da problemática no CRPCCG.

Como primeiro nível de intervenção, o CRPCCG, encaminha situações para as CPCJR (2º nível) e tribunais (3º nível), de acordo com o princípio da subsidiariedade, definido pela DGS. Durante o período de estágio tornou-se exequível, juntamente com a enfermeira responsável, em situações onde a medida de protecção da criança se encontrava num segundo nível de intervenção, na CPCJR de Loures, integrar uma equipa multidisciplinar na mediação face à instituição onde a criança era sujeita a maus-tratos. Contudo a ausência de registos face a diferentes tipos de intervenção fez com que fosse considerada a pertinência da folha de sinalização, tendo sido realizados registos, *à posteriori*, da situação vivenciada. Segundo a alínea c do artigo 79º da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.39), o enfermeiro assume o dever de *“proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”*. Muitas questões foram colocadas no decorrer desta visita, em prol da defesa dos

direitos das crianças, pois os maus-tratos diários não se prendem somente a uma criança. Quando a equipa multidisciplinar intervém de forma a informar/ensinar técnicos sobre cuidados à criança e esta se encontra pouco disponível para mudar atitudes, pouco há a fazer se não denunciar o caso a instâncias superiores. O respeito pela CRP, Convenção dos Direitos da Criança e pelos seus próprios Códigos Deontológicos não é tido em conta na intervenção diária destes profissionais.

A maioria dos estudos existentes em Portugal refere que, maioritariamente, os maus-tratos são incutidos dentro do seio familiar (Azevedo e Maia, 2006; Barroso, 2004). Contudo estes também ocorrem em instituições que cuidam de crianças, daí a importância da eficácia no estabelecimento de medidas de protecção. A institucionalização de uma criança deverá ter em consideração uma avaliação cuidada, rigorosa, personalizada e consistente da situação familiar (Mota, 2010). Porém, a institucionalização ainda parece ser algo de banal na realidade nacional. Em 2000 segundo dados referenciados pela Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco foram institucionalizadas 15835 crianças, das quais 20% por negligência; 14% abandono; 9% maus-tratos; 9% pobreza; 16% outras situações (Azevedo e Maia, 2006). Segundo o Ministério da Segurança Social e do Trabalho, todas as pessoas com deficiência que se encontram institucionalizadas tem direito a um projecto de vida dinâmico; direito à representação; direito ao contacto com a família e grupos de pertença, assim como direito à informação e participação, o que por vezes não é tido em conta. As instituições e os serviços subsistem para assistir as pessoas e não o contrário, devendo orientar-se para a “ética do cuidado” dos mais vulneráveis (Cordeiro, 2003). Cada vez mais, os técnicos salientam a necessidade de trabalhar as famílias através dos factores protectores, das competências parentais, possibilitando salvaguardar os interesses da criança, diminuindo os factores de stress provocados pela institucionalização, mantendo a união familiar.

As escassas competências sobre o método de trabalho de uma equipa multidisciplinar face a uma criança/família portadora de deficiência em contexto de comunidade originaram um dos objectivos **“Desenvolver competências inerentes ao EESIP inserido numa equipa multidisciplinar, numa perspectiva comunitária”**. Como forma de responder adequadamente a este objectivo, integrada nas actividades desenvolvidas nas Unidades 1 e 2 onde uma equipa multidisciplinar desenvolve actividades em prol do desenvolvimento da criança e família, foi exequível promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, através de ensinamentos à família, trabalhando em parceria de cuidados, pois os conhecimentos que possuem são vastos e é a família a principal cuidadora, os técnicos são os seus alicerces no cuidar. A importância de promover e manter a resiliência familiar, conhecendo e respeitando as suas crenças, promove a vinculação entre os elementos da família e capacita-a na mobilização de respostas positivas perante uma situação de crise (Wernet, 2005).

O enfermeiro ao apoiar a família no exercício das suas funções, demonstrando as várias competências adquiridas e promovendo os recursos existentes, propicia o desenvolvimento familiar. De acordo com o modelo de parceria de cuidados (Casey, 2008),

quando a mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral, considerou que se sentia competente para iniciar o tamponamento da traqueostomia no domicílio, foi realizada uma folha de registo, de acordo com as necessidades da criança e família. A manutenção e a promoção da saúde da criança/jovem e da família são uma exigência para a qualidade dos serviços e cuidados prestados, devendo ser integrada na família como forma basilar de promoção de estilos de vida saudáveis (Carvalho e Carvalho, 2006). Assim, deve ser efectuada por e com e não sobre e para as pessoas (Declaração Jacarta, 1997) e poderá aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Carta de Ottawa, 1986). O respeito pelo tempo das crianças é fundamental ao seu desenvolvimento, pois não são os tratamentos exaustivos que melhoram a sua condição de vida, mas sim os tratamentos integrados nas suas necessidades.

Para além do trabalho desenvolvido nestas unidades, e com ele ter sido possível a integração, a aceitação na equipa multidisciplinar, foram ainda desenvolvidas várias actividades, nomeadamente visitação domiciliária; apoio à realização de consultas de toxina botulínica; apoio à realização de consultas de desenvolvimento; participação numa acção de formação dirigida a professores; participação em organização de eventos (Dia da Criança), no qual foi possível promover a adaptação da criança/jovem com deficiência a serem essencialmente crianças. A participação dos pais nestas actividades é fulcral para o desenvolvimento da parentalidade positiva. Ser criança é ter direito a viver num mundo melhor, a brincar e a aprender, sendo que o seu crescimento é um processo contínuo que consolida inúmeras competências. Assim, todas as crianças necessitam de adultos disponíveis e profissionais de saúde competentes que prestem cuidados de excelência. O papel do EE centra-se na promoção de uma filosofia de cuidados sensível à participação da família, quebrando as barreiras culturais, interpessoais e sociais, promovendo a parceria e o respeito pela experiência da família nos cuidados à sua criança (Casey, 1995).

A aprendizagem de formas de SAAC, assim como de métodos de administração de alimentação foi um dos contributos importantes na formação do EESIP. Através da aquisição e mobilização de conhecimentos específicos, foi exequível promover a auto-estima das crianças/jovens, proporcionando-lhes tomadas de decisão sobre o percurso de vida (alínea E3.4 do Anexo I, art. 4º do Regulamento nº 123/2011).

A intervenção face ao aparecimento de úlceras por pressão resultantes de cirurgias ortopédicas foi uma constante durante o período de estágio, motivo pelo qual surgiu a necessidade de realização de um projecto inserido no módulo II, articulando os cuidados de saúde primários e secundários em prol do bem-estar da criança e família. O início deste projecto foi processado tendo em consideração as crianças intervencionadas no ano de 2010 e a caracterização da população foi realizada (anexo V). O término do estudo será realizado, à *posteriori*, pela equipa de enfermagem.

Considerando a pertinência da prevenção primária no CRPCCG foi produzido um folheto informativo (cfr. anexo VI) dirigido à população em geral. Desta forma, para além de

sensibilizar a população para o flagelo da criança vítima de maus-tratos, poderá ainda contribuir para o despiste e encaminhamento de situações desconhecidas pelos profissionais. Foi exposto na sala de espera, juntamente com um poster sobre os “Direitos da Criança” oferecido pelo IAC.

A promoção da vinculação segura é um dos factores protectores de maus-tratos infantis e, trabalhando com crianças portadoras de deficiências em que as situações de stress/vulnerabilidade estão patentes, foi considerada a pertinência de estabelecer como objectivo **“Contribuir para o fortalecimento da vinculação entre pais e crianças portadoras de deficiência”**.

As alterações físicas e comportamentais de uma criança com deficiência afectam as interacções precoces com os pais, tornando a relação menos satisfatória (Almeida, 2006). A intervenção precoce junto da criança e família contribuirá para um crescimento adequado e saudável. A informação sobre a patologia da criança, a utilização de recursos disponíveis e as competências parentais adquiridas contribuem para o funcionamento da família. A parentalidade positiva facilita o desenvolvimento da criança, previne a ocorrência de maus-tratos infantis, aumenta a auto-estima e auto-confiança da criança (Catarino, 2009). Segundo Gonçalves (2003), estudos revelam que 65% das crianças vítimas de maus-tratos apresentam vinculação insegura com os seus progenitores.

Dando resposta a este objectivo foram criados postais de vinculação (cfr. anexo VII). As crianças escolhiam e ofereciam os mesmos aos seus pais (ou quem os substituísse) como forma de fortalecer os laços existentes entre eles. Não só as crianças deverão obter “medalhas” pelo seu comportamento, mas também os cuidadores deverão sentir reforçada a importância dos cuidados que prestam. Os postais contribuem para o reforço da parentalidade positiva promovendo a sua sustentabilidade. Os enfermeiros ao trabalharem a parentalidade positiva asseguram a satisfação das necessidades básicas da criança e o seu desenvolvimento harmonioso (Catarino, 2009).

Estes postais foram aplicados nas consultas de toxinas botulínicas, nas Unidades 1 e 2 e na consulta de desenvolvimento tendo uma adesão muito positiva por parte das crianças, pais e profissionais de saúde. De acordo com Bowlby (1984, p.219), *“o padrão de interacção que gradualmente se desenvolve entre a sua mãe só pode ser entendido como resultante das contribuições de cada um e, em especial, do modo como cada um, por seu turno, influencia o comportamento do outro”*.

Parece evidente, então, pensar a criança em função de conceitos como desenvolvimento, sentido de futuro e de permanência, pois *“a criança é a razão de ser do mundo e, mais do que isso representa o futuro desse mesmo mundo”* (Gomes Pedro 2004, p.33).

Desenvolver competências numa perspectiva comunitária onde as crianças são portadoras de deficiência, requer tempo e perícia inerentes do EE. Reflectindo sobre o

percurso desenvolvido ao longo deste módulo, salientaria as competências de EESIP, pois cuidar de uma criança e família portadora de deficiência requer reflexão crítica e habilidade constante. A aceitação das crianças e famílias tornou-se crucial face à integração na equipa. Todos os dias, os profissionais de saúde vivenciam algo de diferente e mais exigente face aos cuidados de excelência preconizados. A consulta de ortopedia é um dos momentos onde as dificuldades dos cuidadores em prestar cuidados à criança/jovem portador de deficiência são explícitos, tendo a equipa de demonstrar perícia no encaminhamento e tratamento. Por isso, ao longo deste percurso foi possível manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; desenvolver metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança portadora de deficiência e sua família; liderar equipas de prestação de cuidados na área de especialização e produzir um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde. A iniciativa e criatividade proporcionaram a articulação entre diferentes instituições; a aquisição de competências na reinserção social da criança/jovem; assim como a formação em serviço e o desenvolvimento profissional dos outros elementos da equipa multidisciplinar. E principalmente, ao longo deste módulo foi possível desenvolver competências no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (alínea E2 do Anexo I, art.4 do Regulamento nº 123/2011).

### **3 - HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

Do século XIX, o centenário Hospital de Dona Estefânia foi inaugurado a 17 de Julho de 1877. A sua construção deveu-se ao desejo da Rainha D. Estefânia na construção de um hospital pediátrico para albergar as crianças pobres, órfãs e carenciadas que se encontrassem doentes. A sua morte em 1859, não permitiu ver realizado o seu sonho.

D. Pedro V, respeitando a vontade de sua esposa, ordenou a construção desse hospital. Devido a uma doença grave a que não resistiu, não viu as obras terminadas. Foi então no reinado de D. Luís e D. Maria Pia que as obras avançaram e o hospital ficou concluído.

O hospital pediátrico iniciou a sua actividade apenas com uma enfermaria para crianças, devido à falta de instalações de saúde na época.

O HDE é um hospital central, especializado no atendimento materno-infantil, integrado desde Março de 2007 no Centro Hospitalar de Lisboa Central/EPE. É uma unidade de saúde de referência, com Acreditação Internacional, face aos cuidados de saúde prestados. A sua área de abrangência inclui a zona sul do país e ilhas. Recebe também crianças oriundas de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), ao abrigo de um protocolo entre o Estado português e estes países, subsistindo desta forma, a multiculturalidade nos cuidados a prestar.

De acordo com o Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro de 2005 (Conselho de Administração, 2005), o HDE tem como missão: prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à Criança e à Mulher; assegurar a formação pré-graduada e pós-graduada de acordo com padrões da mais elevada qualidade e promover a investigação; desenvolver formas de ligação do hospital com a comunidade facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes; intervir na Sociedade na promoção e defesa dos direitos da Criança e da Mulher e participar em redes e projectos internacionais na área da Criança e da Mulher, nomeadamente nos de domínios científicos.

#### **3.1 – O Internamento num Serviço de Cirurgia**

O contacto com crianças portadoras de deficiência vítimas de maus-tratos num serviço de Ortopedia permitiu a percepção que a prestação de cuidados em prol dos direitos da criança poderia sofrer algumas modificações. Desta forma foi conceptualizada a realização do módulo II na Unidade de Ortopedia 5. O Módulo II decorreu entre 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010.

### 3.1.1 – Caracterização da Unidade de Ortopedia 5

Anteriormente à remodelação o Serviço 3, Sala 2 do HDE, era reservado à especialidade de Ortopedia. Após a sua reabertura em 17 Outubro de 2005, passa a dar resposta também à especialidade de Neurocirurgia. Localiza-se no 2º piso do edifício central do HDE e recebe crianças dos 0 aos 18 anos (em caso de doentes crónicos poderá ultrapassar os 18 anos) com patologias do foro ortopédico e neurocirúrgico, sejam oriundos da sua área de influência ou referenciados de outras instituições das áreas circundantes à cidade de Lisboa ou ainda oriundos dos PALOP's. O internamento das crianças é feito a partir da Urgência Pediátrica (UP) ou da Consulta Externa.

As patologias do foro ortopédico mais frequentes são:

- ◆ Deformidades congénitas (luxação congénita da anca, pé equinovarus);
- ◆ Doenças do desenvolvimento (doença de Perthes, epifisiólise superior do fémur, cifoses e lordoses);
- ◆ Osteogenesis imperfeita;
- ◆ Artrogripose;
- ◆ Tumores ósseos;
- ◆ Infecções (artrites e osteomielites);
- ◆ Doenças inflamatórias do aparelho musculo-esquelético;
- ◆ Neuro-ortopedia;
- ◆ Traumatologia (fracturas dos membros, da pélvis e politraumatizados).

A nível de patologias do foro neurocirúrgico, temos como as mais frequentes:

- ◆ Hidrocefalia;
- ◆ Tumores cerebrais;
- ◆ Craniocinostose;
- ◆ Colocação de derivações ventriculares externas e internas.

O modelo teórico adoptado a nível hospitalar é o Modelo de “Nancy Roper”. O método de trabalho de enfermagem utilizado é o individual e personalizado. Nos doentes crónicos ou com internamentos prolongados, é aplicado o método de enfermeiro responsável.

O serviço tem um sistema on-line – Sistema de Apoio Médico (SAM), Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e Circuito do Medicamento (Giach) - onde toda a equipa médica e de enfermagem realiza registos e/ou prescrições, validando também a medicação. Os registos de enfermagem são elaborados de acordo com o modelo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) β2”.

Após a reunião de enfermagem no turno da manhã, a Enf.<sup>a</sup> Chefe reúne-se com a equipa médica, que inclui fisiatra, com o objectivo de organizar e planear cuidados médicos e de enfermagem às crianças/adolescentes internados no serviço.

A cada 6ª Feira é realizada uma reunião na consulta externa, que conta com a presença da equipa médica, da Enf.ª Chefe da Unidade de Internamento, da Enf.ª do Bloco Operatório e da secretária de unidade. O objectivo desta reunião é a realização do plano semanal de cirurgias, decidindo-se quais serão as crianças a internar no serviço e quais a internar em regime de ambulatório. São ainda discutidos casos clínicos e feita a proposta cirúrgica dos mesmos.

### **3.1.2 – Olhar sobre o percurso**

O internamento de uma criança é considerado uma situação crítica e causadora de stress para a criança e família. A doença e por sua vez, a necessidade de recorrer aos cuidados de saúde gera sentimentos de medo, ansiedade e frustração. Os pais sentem-se impotentes face ao cuidar. A carência de conhecimentos sobre o seu estado de saúde origina um acréscimo de preocupação, daí a importância de comunicar e de considerar os pais parceiros nos cuidados, pois são estes os detentores dos conhecimentos e da experiência face ao cuidar da criança (Wong, 1999).

De acordo com a temática do projecto, conversas informais com a Enf.ª Chefe, Enf.ª Orientadora e restante equipa, constatou-se que a necessidade de intervenção face a crianças vítimas de maus-tratos não se tem colocado na prática dos cuidados prestados, pois os enfermeiros consideram escassa ou praticamente inexistente a problemática no contexto profissional.

A relutância face à temática dos maus-tratos infantis contribuiu para o desenvolvimento de competências como EESIP, pois tornou-se necessário demonstrar habilidades a nível comunicacional, implementando estratégias na prestação de cuidados à criança e família. Teixeira (1996, p.4), refere que o *“aprender é tanto mais eficaz quanto mais autónomo, ou seja, é a capacidade para se aprender e a respectiva oportunidade para comprovar essa aprendizagem”*.

A intervenção multiprofissional face à criança maltratada impõe a existência de um Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR). No sentido de efectivar o diagnóstico da situação e compreender a articulação existente entre os enfermeiros da Unidade de Ortopedia 5 e o NHACJR, foi realizada uma entrevista à assistente social do mesmo (cfr. anexo VIII). Através desta entrevista obteve-se informação relevante face à realidade hospitalar e do serviço em questão. A equipa de enfermagem da Unidade de Ortopedia 5 articulou com a assistente social que, por sua vez, referenciou ao núcleo a sinalização de 1 criança em 2008; 1 criança em 2009 e 1 criança em 2010. Em 2009, a criança sinalizada teve origem numa suspeita de maus-tratos físicos e em 2010 a sinalização ao núcleo baseou-se na doença psiquiátrica de uma mãe que descompensou durante o período de internamento da filha, tendo-se verificado, à posterior, negligência.

A Unidade de Ortopedia 5 dá resposta a crianças/adolescentes com variados tipos de doença crónica que incutem nas crianças deficiências motoras, intelectuais, entre outras. Não existem dados sobre taxa de ocupação de crianças com deficiência, embora de acordo com a experiência vivenciada durante este período de tempo, as crianças com deficiência abrangem cerca de 50% da taxa de ocupação da unidade.

Considerando a problemática em estudo, a importância de intervenção e a percepção da equipa face à temática, foi estabelecido como objectivo **“Sensibilizar a equipa de enfermagem face à importância da prevenção de maus-tratos em crianças portadoras de deficiência”**.

Com o intuito de sensibilizar a equipa de enfermagem, crianças/jovens e família foi estabelecido contacto telefónico com o IAC e mais tarde com a DGS tendo sido solicitado material sobre os Direitos da Criança. O poster adquirido foi emoldurado e colocado no serviço, assim como os livros em banda desenhada tendo sido obtida uma adesão muito positiva por parte dos familiares, crianças e, em consequência, da equipa multidisciplinar, sendo diária a reposição de material. A leitura dos livros junto de crianças imobilizadas no leito, possibilitou a partilha desta actividade com os progenitores, tendo a maioria demonstrado interesse face ao tema. De forma a possibilitar a continuidade desta actividade vários exemplares ficaram disponíveis no serviço, assim como o contacto da DGS.

O EESIP não está apenas envolvido na prestação de cuidados, acima de tudo, deve possuir a consciência de que as suas responsabilidades tendem para um universo mais abrangente. A ele compete-lhe desenvolver competências e habilidades, quer no cuidar da criança e família, quer nas estratégias a implementar face à aquisição de objectivos/projectos delineados.

Dando resposta ao objectivo traçado, foram realizadas várias acções de formação “Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência” (cfr. anexo IX), de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros, tendo sido abrangido 82% da equipa de enfermagem. Permitindo uma revisão teórica de forma simples e organizada ficou exposto no serviço um dossier sobre a temática, o qual serviu de suporte teórico na acção de formação (cfr. anexo III.I). No decorrer das acções de formação, foram sensibilizados os enfermeiros para a implementação da Comunicação Alternativa Aumentativa (CAA) no serviço, assim como para o projecto de articulação a desenvolver com o CRPCCG. As acções de formação decorreram de forma muito positiva. Ao longo das sessões os enfermeiros consideraram a pertinência do tema na prestação de cuidados, pois conceptualizaram a importância da prevenção de maus-tratos na protecção dos direitos das crianças e nos deveres dos profissionais de saúde. A reflexão perante a temática tornou-se pertinente promovendo a partilha de experiências face às situações vivenciadas. O enfermeiro tem a incumbência, de acordo com a alínea b, art. 81º, OE (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.51), *“salvaguardar os direitos da criança protegendo-a de qualquer forma de abuso”*.

Os pais estão muito presentes no serviço. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros promove a parceria de cuidados, facilita o auto-cuidado através dos ensinamentos realizados sensibilizando-os para as necessidades dos seus filhos. Ponderando a experiência profissional, foi considerado pertinente o desenvolvimento de competências como EESIP numa perspectiva hospitalar, tendo sido definido como objectivo: **“Desenvolver competências inerentes ao EESIP, numa perspectiva hospitalar”**.

A participação dos pais nos cuidados de saúde implica uma relação de parceria com a equipa, desenvolvimento de acções complementares tendo em vista o bem-estar da criança. De acordo com o modelo de parceria de cuidados, os enfermeiros devem partilhar crenças e valores que reconheçam os pais os melhores prestadores de cuidados, desenvolver competências de comunicação, de relação de ajuda, ensino e de trabalho em grupo (Casey, 1995).

A fomentação da vinculação como factor protector que minimiza a ocorrência dos maus-tratos está patente na prática de cuidados de enfermagem, contudo a presença de utentes de diferentes culturas nos serviços de saúde tem vindo a aumentar significativamente, sendo que a mudança cultural, também se intensifica, transformando-se a enfermagem, em enfermagem transcultural. Segundo Leininger (2002) culturas diferentes compreendem, conhecem e praticam o cuidado de formas diferentes, apesar de haver semelhanças face ao cuidar de todas as culturas do mundo. Desta forma, torna-se imprescindível que os enfermeiros estejam atentos face à negligência a que a criança fica sujeita quando é oriunda da incompetência ou incapacidade dos cuidadores em cumprirem o tratamento preconizado pelos profissionais de saúde. Segundo a DGS a negligência é passiva, pois não existe intencionalidade no acto. O trabalho desenvolvido junto da família, quer ao nível hospitalar, quer na comunidade onde residem deverá proporcionar a aquisição de competências parentais. Desta forma, tornou-se pertinente ao longo da prestação de cuidados adequar os cuidados à culturalidade de cada utente, colmatando as dificuldades sentidas. A partilha de informação clara e consistente, tem por obrigação considerar a cultura de cada povo (Fernandes e Ramos, 2000).

A falta de conhecimentos, vinculação insegura, más condições sócio-económicas, entre outros factores, poderá potenciar a ocorrência de maus-tratos infantis. A partilha de cuidados minimiza os factores de risco, proporcionando aos pais a informação necessária de forma a sentirem-se competentes nos cuidados a prestar e como “motores” do projecto de vida do seu filho. As diferenças culturais a ausência dos progenitores na prestação de cuidados não facilitam o auto-cuidado no domicílio. Durante o período de estagio foi fomentada a vinculação, a necessidade de aprender a cuidar do filho, minimizando as lacunas existentes, pois a negligência poderá provocar sequelas físicas e/ou emocionais graves para a criança. Fomentando a importância da parceria de cuidados, cada vez mais presente nos serviços de pediatria, foi elaborado e exposto na unidade um poster sobre a temática (cfr. anexo X).

Quando os pais e/ou quem cuida, apesar do trabalho desenvolvido, não adquire competências face ao cuidar da criança, um dos possíveis caminhos para estas famílias será a referência ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), onde técnicos especializados poderão garantir a continuidade dos cuidados. O papel do enfermeiro não se restringe à actuação em meio hospitalar, mas também na comunidade onde existem técnicos com competências capazes de interpretar uma suspeita e apoiar aquela criança e família, realizando um projecto de vida e se necessário articular com os outros níveis de intervenção (CPCJR e tribunais).

Durante o período de estágio, tornou-se exequível a prestação de cuidados a uma criança com suspeita de maus-tratos físicos, oriunda de outra unidade hospitalar. O seu internamento nesta unidade deveu-se ao esclarecimento do diagnóstico. A intervenção perante uma criança suspeita de ser vítima de maus-tratos não se prende com juízos de valor, mas sim com o saber estar junto da criança e família, compreender a dinâmica familiar, estar desperto para sinais e sintomas de alerta perante a tipologia de maus-tratos. Durante o período de internamento foi realizado o levantamento dos dados clínicos, sociais e psicológicos existentes, realizada articulação com a assistente social do serviço e com o NHACJR. Foi possível colaborar na articulação realizada entre esta unidade, hospital de origem e Centro de Saúde da área de residência, transmitindo dados pertinentes. O registo no processo de enfermagem e a transmissão de informação à equipa de enfermagem de sinais e sintomas detectados, assim como a relação estabelecida com os progenitores contribuíram na salvaguarda dos direitos da criança, para além de permitir a continuidade de cuidados.

O EESIP ao prestar cuidados a uma criança vítima de maus-tratos tem o dever de causar toda a diferença face a estas situações complexas. De acordo com, alínea E1.2.6 do Anexo I, art. 4º do Regulamento nº 123/2011, o EE deverá assistir *“a criança em situação de abuso, negligência e maus-tratos”*. A situação da criança maltratada exige uma intervenção interinstitucional e multidisciplinar, sobretudo ao nível dos cuidados antecipatórios envolvendo a própria comunidade.

Nas crianças vítimas de maus-tratos, devido à complexidade do fenómeno, surge ambivalência nos profissionais de saúde. O intuito de preservar a privacidade familiar por vezes não se adequa à protecção dos direitos da criança. De acordo com as características da situação vivenciada pela criança e família foram desenvolvidos cuidados tendo em atenção o interesse superior da criança; informando a família do decorrer do processo, responsabilizando-a; intervindo o mínimo possível mas de acordo com a informação de referência ao NHACJR do HDE em 2002, do Centro de Saúde da área de residência e Hospital de origem. A privacidade da criança e família face aos pais de outras crianças internadas no serviço foi difícil de garantir, pois as sequelas físicas evidentes na criança e a ausência da família marcavam a diferença dentro da unidade. Contudo, foi mantido o sigilo profissional e preservados os direitos da criança.

A Unidade de Ortopedia 5 e o CRPCCG prestam cuidados a crianças portadoras de deficiência. Um dos ortopedistas da unidade exerce funções no CRPCCG. De acordo com as necessidades das crianças, estas são encaminhadas para a consulta de ortopedia do HDE e posteriormente internadas para intervenção cirúrgica no serviço. O pós-operatório decorre no CRPCCG.

De acordo com a experiência obtida no módulo I e da caracterização efectuada ocorriam várias úlceras por pressão decorrentes das intervenções cirúrgicas. O risco face a crianças portadoras de deficiência adquirirem úlceras por pressão decorrentes de intervenções cirúrgicas é elevado, segundo a Escala de Braden, pois a percepção sensorial, mobilidade, actividade, fricção e forças de deslizamento, humidade e por vezes, até o padrão nutricional estão alterados no decorrer do seu dia-a-dia, acentuando-se aquando da cirurgia. Daí a necessidade de medidas preventivas e de adequação dos cuidados às necessidades das crianças e famílias. Com o objectivo de melhorar a qualidade de cuidados prestados à criança portadora de deficiência e família, diminuindo os “custos” de intervenções e proporcionando uma eficaz articulação entre a equipa de enfermagem das duas instituições surgiu o objectivo **“Promover a articulação entre a Unidade de Ortopedia 5 do Centro Hospitalar de Lisboa e o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian”**.

Quem presta cuidados de saúde à criança e família deverá ter presente o interesse e bem-estar da população. Os profissionais de saúde que cuidam dos utentes na comunidade possuem conhecimentos, relações de confiança e competências técnico-científicas que deverão fazer deles uma referência de cuidados.

De acordo com Navalhas (1997), emerge deste conceito as noções de longitudinalidade da prestação de cuidados onde estes prevalecem ao longo do tempo e da personalização da relação terapêutica em que o profissional de saúde se envolve e perpetua as suas intervenções com o utente.

Respondendo de forma eficaz ao objectivo traçado foi realizado um projecto de articulação (cfr. anexo XI) entre as duas instituições de saúde. Tendo em consideração a lacuna sentida pelos profissionais de saúde do CRPCCG face à notificação do internamento de crianças sujeitas a cirurgias foi preconizada uma folha onde através de e-mail a Enf.<sup>a</sup> responsável do HDE transmitirá informação, possibilitando desta forma a elaboração do plano de cuidados no pós-operatório a realizar. Aquando da alta, via e-mail é transmitida todo o tipo de informação pertinente (nota de alta de enfermagem) e, *à posteriori*, a Enf.<sup>a</sup> responsável no CRPCCG transmitirá todo o tipo de ocorrências decorrentes no pós-operatório, permitindo o conhecimento da realidade, assim como a tomada de atitudes preventivas adequadas à realidade. De forma a tornar exequível a aplicação do projecto foi solicitado um endereço e-mail para a equipa de enfermagem da Unidade de Ortopedia 5.

Reduzindo o tempo de internamento, diminuindo os factores de stress e proporcionando à criança e família recuperarem o mais depressa possível as suas rotinas de vida diária no seu meio ambiente, iremos ao encontro das políticas de saúde que centralizam a sua atenção nos Cuidados de Saúde Primários. A qualidade de vida impõe-se cada vez mais

como um valor a preservar, pelo que os enfermeiros devem mover esforços para inserir as pessoas nas comunidades que dela fazem parte integrante (Vieira, 2009).

Considerando que para manter a qualidade de vida da criança portadora de deficiência é fundamental a comunicação estabelecida com esta, a transmissão de informação sobre o seu estado de saúde permitindo a colaboração nos cuidados a serem prestados e, reflectindo sobre as dificuldades comunicacionais existentes foi determinado como objectivo **“Implementar Sistemas de Comunicação Alternativa Aumentativa com crianças portadoras de deficiência e impossibilitadas de comunicação verbal”**.

Desde o inicio da sua existência, a criança estabelece comunicação com o mundo que a rodeia. Segundo Azevedo [et al.] (1999, p.15) *“toda a potencialidade de desenvolvimento do ser humano reside, pois, na oportunidade em comunicar e em interagir com outros da sua espécie desde os primeiros momentos da sua vida”*.

Quando a capacidade de produzir comunicação verbal se encontra afectada deverá intervir-se o mais precocemente possível, buscando meios que auxiliem, substituem a fala funcional. A necessidade de intervenção precoce, capacitando a família, profissionais de saúde, professores, entre outros para a comunicação com esta, estabelecendo parcerias com as redes sociais, determinará toda a diferença face à inclusão da mesma na comunidade (Andrada [et al.], 2009). A alínea d, art. 81 do CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.51), refere que o enfermeiro deve *“salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social”*.

A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, refere que:

*“Os Estados Partes devem assegurar às crianças com deficiências o direito de expressarem livremente os seus pontos de vista em todas as matérias que lhes digam respeito, sendo as referidas opiniões consideradas em função da idade e maturidade e em igualdade com as demais crianças e, a fim de poderem realizar esse direito, é-lhes facultado apoio apropriado consoante a idade e grau de deficiência”* (alínea 3, art. 7º da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, Portugal, 2009).

As dificuldades comunicacionais com crianças portadoras de deficiência são uma constante, motivo pelo qual o Enf.<sup>a</sup> Chefe considerou a pertinência do projecto (cfr. anexo XII) como uma mais-valia na prestação de cuidados. A capacidade de comunicação verbal destas crianças está comprometida. Torna-se urgente que através dos meios de CAA, os profissionais de saúde proporcionem às crianças/famílias a expressão dos seus sentimentos e pensamentos. As pessoas que utilizam SAAC deverão possuir competências comunicacionais e essas competências não se referem somente a quem não fala, mas sim a ambos os parceiros intervenientes num processo comunicacional (Azevedo [et al.], 1999).

Ponderando a necessidade de aquisição de conhecimentos sobre SAAC tornou-se pertinente a participação no Congresso “Comunicar 2010”, tendo sido possível para além da

aquisição de conhecimentos uma reflexão sobre as necessidades comunicacionais de diferentes utentes/famílias (cfr. anexo XIII). Segundo Tavares e Alarcão (1992, p.86), *“o processo de aprendizagem modifica o sujeito, o meio, constrói novos comportamentos, contribui para modelar a maneira de “ser” e desenvolve novas capacidades físicas e mentais que nos conduzem à maturidade”*.

A realização de uma tabela como SAAC teve por base a falta de experiência profissional da equipa na utilização de instrumentos facilitadores de comunicação e, por sua vez da prática de cuidados existentes no serviço. Considerando o percurso efectuado, as crianças admitidas no serviço e os tratamentos a que poderão ser sujeitas foram escolhidos símbolos, os quais foram aferidos com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora. A construção da tabela de comunicação “Cirurgia/Ortopedia” (cfr. anexo XIV) teve a colaboração de técnicos do CRPCCG.

As tabelas de comunicação possuem símbolos pictográficos que potenciam o estabelecimento de comunicação. Estes encontram-se agrupados por categorias dispostas em colunas, da esquerda para a direita (pessoa, acção, complemento). Cada coluna possui uma cor:

- Rosa – sociais
- Amarelo – pessoas
- Verde – verbos
- Laranja – substantivos/vários
- Azul - adjectivos

O objectivo deste tipo de comunicação não se baseia na construção de frases, mas sim de ideias. Estas tabelas poderão ser usadas em todas as crianças com deficiência que sejam utilizadoras deste método de comunicação. A tabela elaborada é limitativa em termos comunicacionais. A limitação dos símbolos pictográficos não facilita a comunicação. Tendo em consideração a limitação da tabela e o período de internamento das crianças, foi elaborado um dossier de CAA (cfr. anexo XV), tendo por base material disponível no CRPCCG.

Os profissionais de saúde necessitam de humildade, de disponibilizar tempo para comunicar através de SAAC, planeando a assistência de acordo com as necessidades dos utentes. A produção de cuidados de saúde de qualidade passa pela comunicação estabelecida com os utentes. Durante o decorrer do módulo II não se tornou possível a aplicabilidade de SAAC na prática de cuidados devido à inexistência de crianças que utilizassem este tipo de comunicação, contudo foi possível transmitir informação sobre SAAC à progenitora de uma criança impossibilitada de comunicação verbal. Posteriormente, a aplicabilidade do dossier e tabela de comunicação já se tornou uma mais-valia na prestação de cuidados.

Ao longo do percurso desenvolvido no módulo II várias foram as competências adquiridas como EESIP. Assim, foi possível desenvolver competências face ao diagnóstico

precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem; promover a auto-estima e a auto-determinação do adolescente de acordo com as escolhas relativas à saúde; comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura e, ainda foi possível implementar e gerir um plano de saúde promotor da parentalidade e da reinserção social da criança/jovem (alínea E1; alínea E3.3; alínea E3.4 do Anexo I, art.4 do Regulamento nº 123/2011).

### **3.2 - O Terminio de um Sonho**

O primeiro contexto do Módulo III foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonataias do HDE, no período de 22 Novembro a 19 Dezembro de 2010.

#### **3.2.1 – Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

A UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Pólo HDE, está desde 2003 integrada no Departamento de Urgência e Emergência Pediátrica juntamente com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do HDE.

É caracterizada desde o início da sua existência (1983) por ser uma Unidade com valência de Medicina e Cirúrgica, dotada de pessoal especializado e equipamento complexo preparada para dar assistência intensiva a recém-nascidos (RN) até aos 28 dias de vida, que podem ser oriundos da Sala de Partos ou da Unidade de Internamento de Obstetrícia do HDE, do SUP do HDE, transferidos de outros serviços de internamento do Hospital ou ainda transferidos de outros Hospitais Públicos ou Privados da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), zona Sul, Ilhas e PALOP's.

Patologias do foro médico e cirúrgico, mais frequentes:

- Prematuridade;
- Baixo peso e outras alterações no crescimento e desenvolvimento intra-uterino;
- Aspiração meconial e Asfixia neonatal grave;
- Sépsis neonatal;
- Síndrome de Dificuldade Respiratória;
- Doença da Membrana Hialina e Hipertensão Pulmonar;
- Isoimunização;
- Malformações Congénitas.

A gestão de vagas para todos os RN em estado crítico que necessitam de cuidados especiais é assegurada pelo subsistema de transporte neonatal, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) Região Sul.

De acordo com a lotação, experiência profissional e a estabilidade de cada RN, nas salas de cuidados intermédios prestam cuidados 2 ou 3 enfermeiros por turno e em cuidados intensivos 3 ou 4 enfermeiros.

Os pais podem permanecer 24 horas nesta unidade, contudo no período nocturno, somente poderá permanecer um dos progenitores. Os irmãos poderão visitar, porém se forem pequenos deverão ser acompanhados pelos pais e durante um período de tempo curto.

Em relação às visitas, estas deverão ser combinadas com os pais, no período das 14h às 18h. Diariamente o RN poderá ter 2 visitas, num período de 10 minutos cada uma e alternadamente.

Em situações especiais (baptizado, antes da cirurgia, estado crítico) o nº e o horário das visitas são flexíveis.

O modelo teórico adoptado a nível hospitalar é o Modelo de Nancy Roper. O método de trabalho é individual e de enfermeiro responsável. Os cuidados de enfermagem são baseados na filosofia do Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), cuja finalidade é a implementação de cuidados centrados na família, numa perspectiva do desenvolvimento.

### **3.2.2 – Olhar sobre o percurso**

Quando nasce uma criança portadora de deficiência e/ou prematura, a desilusão fica patente no sistema familiar, pois os esforços realizados durante o período gestacional não foram bem sucedidos. Segundo Brazelton (1993, p.37) *“uma criança prematura ou débil constitui para a mãe, mais do que uma surpresa, uma desilusão por os seus esforços durante a gravidez não terem sido bem sucedidos”*. Os pais iniciam um trabalho de luto do bebé perfeito culpabilizando-se pelo sucedido, quer exista ou não razão para tal. A vinculação a uma criança que causa “decepção” só poderá ser estabelecida se os pais conseguirem curar a ferida provocada na sua própria imagem (Brazelton, 1995).

De acordo com conversa informal realizada com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora e posteriormente com a responsável de enfermagem do serviço, os enfermeiros não têm vivenciadas situações de maus-tratos infantis. Referem que quando existe alguma situação, esta já se encontra referenciada por outros serviços (Internamento de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos). Contudo, o tema do projecto é considerado pertinente, face à diferença dentro das temáticas trabalhadas na unidade.

De acordo com informação veiculada pela assistente social da UCIN, as notificações ao NHACJR de RN internados, foram realizadas pelo serviço social devido ao perigo a que o bebê estava sujeito. As situações de risco são trabalhadas e encaminhadas pela própria assistente social, referindo que o contacto estabelecido com a UCIN se prende com situações já anteriormente detectadas, ou através de solicitações dos pediatras ou da secretária de unidade. Em 2010 foram notificadas três situações ao NHACJR, em que numa das situações foi retirado o poder paternal.

Segundo dados estatísticos da UCIN descritos nas estatísticas anuais da unidade, disponibilizados por uma pediatra, em 2005, 26% dos RN apresentavam patologias malformativas; 35% patologia infecciosa; 36% patologia respiratória; 2% patologia neurológica e 1% patologia tumoral. Em 2009 foram realizadas 87 cirurgias a 67 RN (22,6% da taxa de ocupação do serviço), das quais 14,9% cirurgias cervicais e torácicas; 43,7% cirurgias abdominais e 41,4% (nefrourológica; neurocirúrgica; oncológica; minor; drenagem peritoneal). Segundo a mesma fonte, a maioria dos RN internados nesta unidade ou têm algum tipo de deficiência congénita ou vêm a adquirir.

A prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil, em consequência das doenças crónicas que dela advém. Frequentemente as crianças apresentam atrasos no desenvolvimento e comportamento, défices escolares, motivos pelos quais os pais têm mais dificuldade na interacção e na prestação de cuidados, o que poderá originar maus-tratos infantis. A condição de vulnerabilidade na criança com deficiência potencia níveis de stress parentais e familiares, exigindo um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema familiar (Figueiredo, 2003).

Segundo Marques e Sá (2004, p.23), *“o síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso dos bebés que possam ter um tratamento intensivo neonatal, do que nascidos a termo”*.

O caminho perspectivado para este período de tempo teve em consideração a importância da vinculação segura e da parceria de cuidados na prevenção de maus-tratos infantis, motivo pelo qual foi estabelecido como objectivo **“Contribuir para a promoção da vinculação segura entre recém-nascido, pais e irmãos”**.

O ambiente nas UCIN é hostil, assustador podendo bloquear os pais na aproximação do bebê. O enfermeiro assume um papel preponderante na minimização das possíveis consequências negativas resultantes da recente e inesperada separação decorrente do parto prematuro e consequente internamento numa UCIN. Segundo Redman (2002) a dificuldade na interacção e na vinculação entre pais e bebê é mais frequente numa criança prematura, pelo que é importante proporcionar momentos de interacção satisfatórios, mesmo que o bebê necessite de cuidados especiais, pois os pais desejam, na maioria das vezes, estabelecer uma relação social com o filho, apesar de todas as limitações existentes. Os enfermeiros, como profissionais de saúde com conhecimentos técnico-científicos e humanos, deverão contribuir para estimular a transição para a parentalidade.

As dificuldades sentidas pelos progenitores nos cuidados a um RN prematuro e/ou portador de deficiência poderão ser minimizadas através da parceria de cuidados e da estimulação da vinculação segura. Na unidade existem projectos facilitadores da vinculação como é o caso do projecto do aleitamento materno, método de canguru e massagem ao RN. De forma a minimizar os efeitos negativos da separação e no sentido de promover a vinculação, projectando algo de diferente ao preconizado pelo serviço, foram elaborados “cartões de vinculação” (cfr. anexo XVI).

Segundo Strecht (2008, p.51),

*“o tipo de vinculação estabelecido nos primeiros tempos de vida é a base de importantes movimentos da organização psíquica futura, sendo que as crianças mais ligadas e referenciadas conseguem não só melhores movimentos posteriores de autonomia, com menos conflitualidade na adolescência, como são capazes de um maior sentido de protecção, logo, de autopreservação”.*

Tendo em consideração a multiculturalidade existente na unidade, estes cartões foram realizados em diferentes línguas (português, inglês, francês, alemão, ucraniano, espanhol, chinês e hindu). A frase preconizada teve por base teórica o modelo de parceria de cuidados de Casey. A pertinência dos diferentes idiomas foi aferida com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora e as palavras escritas conferidas por pessoas da mesma nacionalidade ou detentoras de conhecimentos linguísticos. Os cartões foram aplicados na presença da família e de acordo com o seu consentimento. Os pais escolhiam o cartão a aplicar. As canetas utilizadas eram constituídas por água, não tóxicas. As cores eram rosa e azul. Quando aplicados em conjunto com os irmãos, estes escolhiam a cor da caneta e o cartão a aplicar. Nos cartões era colocada a impressão digital de todos os elementos da família presentes e oferecidos aos pais, contribuindo para o fortalecimento de laços entre a família. Segundo Gonçalves (2003, p.28) *“o apoio à relação precoce constitui assim a primeira linha de prevenção dos maus-tratos”.* As experiências positivas resultantes da interacção pais/RN/irmão são susceptíveis de contribuir para o reforço da vinculação e potenciar o desenvolvimento infantil. Para algumas crianças, a experiência de ter um irmão está entre as mais stressantes que ocorrem na infância. Quando nasce um bebé prematuro ou um bebé que necessite de internamento na UCIN, a atenção dos pais face ao filho mais velho tende a ser menor, pois as preocupações face à hospitalização de um filho que poderá correr risco de vida são evidentes. Conforme referem Valansi e Morsch (2004), o irmão ao escolher ou construir um objecto para oferecer ao RN, sente-se mais seguro no estabelecimento de contactos iniciais com o irmão.

Os pais a quem foram aplicados cartões de vinculação, relataram a importância destes pequenos gestos, pois favorecem os laços entre ambos e contribuem para diminuir dificuldades sentidas. Muitos progenitores mencionaram a intenção de guardar o cartão junto ao cordão umbilical, aos objectos significativos do RN. Deste modo, o EESIP promove a vinculação entre os elementos da família, fomenta a esperança, através da demonstração de competências do RN e do contacto físico entre os elementos intervenientes (alínea E3.2 do Anexo I, art.4 do

Regulamento nº 123/2011). Perspectivando a continuidade do projecto, ao longo do período de estágio foram envolvidos elementos da equipa de enfermagem na sua aplicabilidade. Vários exemplares ficaram disponíveis, assim como o suporte informático no computador da sala de enfermagem.

Considerando a diferença da temática face aos projectos desenvolvidos na UCIN e estabelecendo como objectivo **“Identificar as necessidades da equipa de enfermagem face à prevenção de maus-tratos infantis”** foi realizado um questionário (cfr. anexo XVII), o qual foi aplicado no dia 3 de Dezembro a 51% dos enfermeiros do serviço, de acordo com autorização da Enf.<sup>a</sup> responsável da unidade. O questionário aplicado continha perguntas abertas e fechadas, pois o intuito em conhecer a experiência profissional da equipa de enfermagem relativamente à problemática contribuiu para colmatar as necessidades referidas. Da análise do questionário (cfr. anexo XVIII) destacou-se a necessidade de formação dos enfermeiros, assim como a articulação face ao encaminhamento das situações. Considerando o período de estágio para o desenvolvimento das actividades preconizadas, foi realizada uma acção de formação subordinada ao tema “Enfermeiro na UCIN - Papel fundamental na prevenção de maus-tratos” no dia 6 de Dezembro de 2010 (cfr. anexo XIX).

Com o intuito de minimizar as lacunas sentidas pela equipa de enfermagem na articulação existente com a assistente social da unidade, foi estabelecido contacto com a mesma e solicitada a sua presença na acção de formação. Quando se trabalha em prol do bem-estar da criança e família, o trabalho de uma equipa multidisciplinar facilitará a melhoria dos cuidados prestados. No decorrer da acção de formação, os enfermeiros identificaram factores de risco patentes nas famílias dos RN internados, a que a assistente social tentará dar resposta.

Considerando que a participação dos enfermeiros da UCIN na acção de formação realizada foi escassa e tendo como objectivo contribuir para que todos os enfermeiros intervenham nas situações de risco, foi ponderada a pertinência da realização de 2 posters a fixar na unidade. Um dos posters realizado teve em consideração as necessidades aferidas no questionário “Enfermeiro na UCIN - Encaminhamento de famílias de risco” (cfr. anexo XX). O outro poster teve como objectivo sensibilizar a equipa face à problemática e fomentar a importância do seu papel face à prevenção de maus-tratos “Enfermeiro na UCIN – Prevenção de Maus-tratos” (cfr. anexo XXI). Ambos foram expostos no placar da sala de enfermagem.

As competências adquiridas ao longo deste percurso centralizaram-se na prestação de cuidados directos ao RN e família. As situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, assim como a necessidade de implementar planos promotores da parentalidade, da reinserção social do bebé e da família que pode deparar-se com situações de necessidade de adaptabilidade à deficiência estão patentes nas UCIN's. A promoção da vinculação e o desenvolvimento infantil estiveram inerentes ao desenvolvimento de competências adquiridas preconizadas pela OE (alínea E1.2; alínea E2.1; alínea E3.1; alínea E3.2 do Anexo I, art.4 do Regulamento nº 123/2011).

### **3.3 – Cuidar em Situação de Urgência**

O segundo contexto do Módulo III do Estágio foi realizado no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE de 3 a 28 de Janeiro de 2011.

#### **3.3.1 – Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica**

O SUP do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Pólo Hospital Dona Estefânia integra desde 2003 o Departamento de Urgência e Emergência Pediátrica juntamente com a UCIP e a UCIN do HDE.

O SUP do HDE encontra-se localizado no piso 0 do edifício central. Existe para dar resposta às situações emergentes funcionando 24 horas por dia, prestando assistência a crianças com idade inferior a 18 anos. O circuito de entrada da criança no SUP é feito através do Cartão de Utente, podendo ter origem no exterior (casa, rua), fax (através da Saúde 24 ou Centros de Saúde), médico de família ou outro médico mediante envelope azul ou vindo de outros hospitais. Existem ainda critérios de admissão directa no SUP: idade igual ou inferior a seis meses, suspeita de intoxicação, traumatismo/acidente, convulsão, enviado pelo INEM ou referenciada por outros profissionais de saúde. Os critérios clínicos recomendados para a triagem são: maus-tratos, dificuldade respiratória, mau estado geral, desidratação, vômitos incoercíveis, dor abdominal aguda, situação suspeita de foro neurológico e criança com agudização de doença crónica, devidamente assinalada no Boletim Individual de Saúde.

Nestas áreas do SUP o processo clínico encontra-se informatizado através do sistema de informação HP Healthcare Information System (HP-HCIS), que integra a informação clínica do utente no processo de prestação de cuidados. Este sistema informático permite ter acesso imediato à localização da criança no hospital, à sua situação clínica, aos exames em espera ou já efectuados e às terapêuticas prescritas/efectuadas.

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual. Utiliza-se a metodologia científica adoptada pela instituição (modelo teórico de Nancy Roper).

Os postos de trabalho localizam-se na triagem; unidade de internamento de curta duração; sala de tratamentos; cirurgia, sendo que um destes elementos também fica destacado para a equipa de reanimação dando apoio a qualquer serviço de internamento onde ocorra uma Paragem Cardio-Respiratória.

#### **Triagem**

Após uma avaliação da situação da criança, o enfermeiro classifica a prioridade de atendimento: 0 Emergente/ vermelho; 1 Muito Urgente/ laranja; 2 Urgente/ amarelo; 3 Não Urgente/ verde; e 4 Não considerados critérios de prioridade/ branca. Consoante a prioridade

atribuída, assim é realizado o encaminhamento. Sempre que a criança é encaminhada para a sala de espera são realizados ensinamentos aos pais, no caso da situação clínica poder se agravar enquanto aguardam a chamada para o gabinete médico.

### **Sala de Tratamentos**

Após a prestação de cuidados de enfermagem, a criança é reavaliada pelo médico.

### **Unidade de Internamento de Curta Duração**

A criança é internada sempre que se preveja resolver/estabilizar a situação clínica num período até 24 horas. Após este período, ou tem alta, ou é transferida para uma enfermaria. As situações mais frequentes são: dificuldade respiratória moderada / grave, desequilíbrio hidro-electrolítico, vigilância de parâmetros vitais ou estado neurológico, entre outras.

### **Cirurgia/ Ortopedia/ Otorrinolaringologia (ORL)**

Na cirurgia é realizada a observação, confirmação do diagnóstico e procedimentos que visem o tratamento de feridas e queimaduras. Em determinados tipos de fracturas, é igualmente neste espaço que o ortopedista coloca o gesso. A observação por ORL e qualquer procedimento “simples” relacionado com esta especialidade é também aqui efectuado.

Após observação por estas especialidades (cirurgia, ortopedia, ORL), a criança poderá ter alta ou necessitar de internamento hospitalar.

## **3.3.2 – Olhar sobre o percurso**

Apesar dos esforços das políticas de saúde em centralizar a saúde da população nos Cuidados de Saúde Primários, continua-se a verificar a pressão assistencial continua dos SUP a nível hospitalar.

A passagem pelo SUP é influenciada pelo comportamento da criança (idade, desenvolvimento cognitivo, habilidade em lidar com a situação, cultura) e pelas atitudes dos pais (ou quem os substitui), sendo a confiança que estes depositam nos profissionais um factor determinante no estabelecimento de um ambiente seguro (Almeida e Sabatés, 2008).

Muitos pais sentem-se culpados pela situação de doença da criança, no sentido em que falharam na sua protecção. Este sentimento deverá ser validado com os mesmos, permitindo que eles expressem as suas dúvidas e os seus medos em relação a toda a situação (Wong, 1999).

No ano de 2010 recorreram ao SU do HDE 89936 crianças.

Os profissionais de saúde do SU contactam frequentemente com crianças com suspeita de maus-tratos. Os maus-tratos infantis são um fenómeno complexo, multifacetado/multidimensional, onde o sigilo profissional está inerente. Por esse motivo, não

são identificados na grelha existente de causas admitidas no SU, estando integradas na causa doença, cujo nº em 2010 foi de 76410.

De acordo com informação disponibilizada pela assistente social do NHACJR, o SU é o serviço que maioritariamente referencia crianças maltratadas. No 1º trimestre de 2010 foram notificados cerca de 90 casos (a nível hospitalar). As normas vigentes relativas ao apoio à criança/jovem suspeita de abuso sexual ou vítima de maus-tratos foram revistas em Abril de 2010. Ambas as normas foram elaboradas de forma pormenorizada relativamente à abordagem inicial da criança e família, aos procedimentos a ter em conta, critérios de internamento ou permanência no domicílio e, intervenção dos variados técnicos da equipa multidisciplinar.

No SU todas as situações, mesmo que referenciadas à assistente social, são notificadas de forma escrita, protocolada e enviadas pelo chefe de equipa de enfermagem, para o NHACJR, nos dias úteis seguintes.

Quando uma criança e família recorrem ao SU, a porta de entrada é a triagem. Aqui não é preconizada uma extensa entrevista, mas sim encaminhada a situação para o chefe de equipa do serviço ou para quem o substitua. O enfermeiro na triagem escreve “suspeita de maus-tratos”, atribui uma avaliação de urgente e encaminha para o gabinete médico. É ao médico que compete realizar uma descrição pormenorizada da ocorrência. Segundo informação da assistente social do NHACJR, a descrição da situação, a maior parte das vezes, não é minuciosa o que dificulta a intervenção adequada e perpetua a ocorrência de maus-tratos.

A “tolerância zero” perante situações de Maus-Tratos tem sido reforçada como padrão de qualidade indissociável na prestação de cuidados de saúde, contudo diagnosticar e intervir não é fácil, principalmente quando falamos em crianças portadoras de deficiência em que a comunicação poderá estar afectada e os sinais e sintomas de maus-tratos se poderão confundir com a própria patologia. A formação dos profissionais, a partilha de informação, a participação das famílias e das redes formais e informais promovem uma intervenção eficaz, minimizando a ocorrência e as sequelas de maus-tratos incutidos à criança (Mota, 2010).

Há que romper com o ciclo de violência, tendo por base os princípios éticos e deontológicos dos diferentes profissionais e acima de tudo a ética da responsabilidade, do cuidado e do respeito pela Criança/Jovem vítima de Maus-Tratos.

A intervenção do EESIP dirigindo-se à criança no seu todo, utilizando as formas de comunicação adequadas ao seu nível de desenvolvimento e compatíveis com a sua capacidade para compreender a realidade, respondendo às suas necessidades bio-psico-sociais, para além de ajudar a criança e pais a utilizarem em seu benefício as suas capacidades adaptativas, fortalecendo o sentido de colaboração, contribui ainda para um diagnóstico mais eficaz da realidade (alínea E3.3 do Anexo I, art.4 do Regulamento nº 123/2011).

Segundo Magalhães (2004), a intervenção holística só é possível através de uma equipa multidisciplinar, em que a especificidade dos saberes de cada um é valorizada, e os contributos do enfermeiro, pediatra, psicólogo, educadora, assistente social e entre outros, são igualmente importantes, embora com ênfases distintos de acordo com a particularidade de cada situação.

O SU possui vários grupos de trabalho, um dos quais ligados à problemática em estudo. Reflectindo sobre o trabalho preconizado e as necessidades sentidas pelas enfermeiras responsáveis do grupo dos maus-tratos infantis foram estabelecidos objectivos e actividades a desenvolver ao longo do percurso.

Ponderando o tema do projecto e a pertinência de documentação facilitadora no despiste e intervenção da equipa face à criança maltratada, foi estabelecido como objectivo **“Contribuir para aumentar a eficácia no despiste de crianças vítimas de maus-tratos”**.

De acordo com os enfermeiros do grupo dos maus-tratos, existem elementos recentes no serviço, pelo que toda a informação possível de ser veiculada se torna pertinente. Deste modo, foi concebido o poster “Maus-tratos infantis” (cfr. anexo XXII). O poster exposto no placar e em pdf em cada computador da sala de triagem detém informação sobre tipologia e indicadores de maus-tratos definidos pela DGS. Remodelando o dossier existente no serviço sobre a temática foi elaborado um documento (fundamentação teórica) sobre maus-tratos infantis, baseado em “Maus-tratos em crianças e jovens – intervenção em saúde” (Jorge [et al.], 2007) (cfr. anexo III.I). Para os profissionais de saúde, a perícia em diagnosticar maus-tratos infantis, quando não são evidentes, é essencial face ao cessar do flagelo.

As crianças maltratadas podem manifestar uma atitude resiliente, principalmente se a vinculação com quem agride está patente (Wong, 1999). Factores de risco associados a sinais e sintomas são indicadores de intervenção. Quando existem dúvidas relativamente à defesa dos direitos da criança, o papel dos enfermeiros é encaminhar para o NHACJR.

Os maus-tratos provocam na criança sequelas físicas e psicológicas, sendo necessária a intervenção o mais precocemente possível de forma a minimizar essas sequelas. O nº de maus-tratos infantis identificados é reduzido pois a sua identificação fica muito aquém do real. O castigo corporal é entendido como recurso disciplinar válido para com as crianças sendo as lesões decorrentes, a maior parte das vezes tratadas no domicílio (Gomes Pedro, 2004). Quando estas crianças recorrem ao SUP devido a diferentes patologias o que se visualiza são lesões com diferentes estadios de evolução, podendo confundir o profissional de saúde no diagnóstico a realizar. A dificuldade de defesa da criança por parte dos progenitores, ou da própria criança que sente dificuldade em compreender que é vítima de maus-tratos e tem medo da punição do agressor, não facilita a intervenção e o cessar do flagelo (Williams, 2003).

Uma das formas de prevenir maus-tratos, actuando a nível da população em geral através da fomentação dos direitos da criança, foi a colocação de livros sobre os direitos da criança na sala de espera. Desta forma, foi necessário colaborar com o grupo da

transformação, ou seja, o grupo que dinamiza o material existente na sala de espera, solicitando a colocação de material.

Durante o período de estágio, foi constante o contacto com crianças portadoras de deficiência e sua família. Com algumas destas crianças e famílias tinha sido estabelecido contacto e prestados cuidados nas Unidade de Ortopedia 5 e UCIN. Em todas as situações ficou patente a importância do conhecimento prévio da situação bio-psico-social, pois os reinternamentos não se processaram nos serviços de origem, devido à falta de vagas.

A importância de registos informatizados a nível hospitalar é pertinente de acordo com a continuidade de cuidados. Nas crianças com doenças crónicas, cujos reinternamentos estão patentes, é sentida uma lacuna face à continuidade de cuidados e consequentemente aos cuidados de qualidade que lhe são inerentes.

De acordo com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora e com as enfermeiras que pertencem ao grupo dinamizador de maus-tratos, a dificuldade em diagnosticar e prestar cuidados acentua-se quando falamos em crianças com deficiência, portadoras de défices comunicacionais.

Reflectindo sobre formas de minimizar as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem, foi definido como objectivo **“Contribuir para melhorar a comunicação estabelecida com crianças com défices comunicacionais que recorram ao serviço de urgência”**.

A acção de formação “Maus-tratos em Crianças com Deficiência – Comunicação Alternativa Aumentativa” (cfr. anexo XXIII), contribuiu para realizar formação a cerca de 60% dos enfermeiros do serviço sobre a temática, implementando no SU a CAA. O conteúdo teórico da acção de formação teve em consideração o projecto elaborado para a Urgência. Desta forma, foram apresentadas tabelas realizadas e exemplificada a forma de comunicação. Face ao interesse demonstrado pela equipa foi ainda produzido um caderno de CAA (cfr. anexo XXIV) a aplicar na triagem. As tabelas produzidas foram: “Maus-tratos infantis” (cfr. anexo XXV) e Tabela “Unidade de Internamento de Curta Duração” (cfr. anexo XXVI). A tabela de CAA preconizada para a Unidade de Ortopedia 5 foi aplicada à Cirurgia/Ortopedia do SU. Segundo Sequeira (2009), o EE deverá demonstrar competências na organização, planeamento, motivação e implementação de projectos na equipa onde está inserido. Um dos elementos da equipa de enfermagem possui competências na área, razão pelo qual ficou com a incumbência de manter a CAA no SU, melhorando desta forma a qualidade dos cuidados prestados a crianças com défices comunicacionais.

A tabela dos Maus-tratos infantis, foi preconizada com base teórica no documento “Maus tratos em crianças e jovens – Intervenção da Saúde” (Jorge [et al.], 2007). A tabela da Unidade de Internamento de Curta Duração foi construída considerando os sinais e sintomas mais frequentes nesta unidade, dando ênfase à dor. A criança e família utilizando a CAA como meio de comunicação facultam uma prestação de cuidados mais eficaz. Os símbolos foram aferidos com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora.

Quando falamos em maus-tratos em crianças portadoras de deficiência não existem sinais e sintomas que subsistem, mas sim dificuldades na identificação dos mesmos. Tendo em consideração a importância da intervenção das instituições que cuidam das crianças portadoras de deficiência e suas famílias na comunidade e das dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem face à intervenção, foi estabelecido como objectivo **“Promover a articulação entre o Serviço de Urgência do HDE e instituições que dão resposta a crianças portadoras de deficiência e suas famílias na comunidade”**. O intuito desta intervenção baseia-se na actuação em caso de risco evitando o perigo. Foram estabelecidos vários contactos com instituições via e-mail e através de contactos telefónicos tendo sido obtida resposta positiva do CRPCCG; da Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras e da Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (cfr. anexo XXVII). Esta actividade tornou-se viável devido ao consentimento da Enf.<sup>a</sup> responsável do serviço. A articulação preconizada entre o SU e as instituições/associações que prestam cuidados a estas crianças e famílias na comunidade minimiza défices de diagnóstico e potencia o encaminhamento das situações em que as crianças são vítimas de maus-tratos. Este tipo de parceria também poderá tornar-se útil face aos cuidados a prestar na comunidade a crianças e famílias portadoras de deficiência, pois quem cuida por vezes não reconhece os recursos existentes. O enfermeiro deverá ser o elo de ligação entre os cuidados fomentando a promoção da saúde, prevenindo complicações, aumentando a autonomia funcional e auto-estima.

No decorrer deste módulo foram reforçadas várias competências adquiridas ao longo do estágio. No SU, devido à diversidade de situações clínicas, é possível promover o crescimento e desenvolvimento infantil, realizar ensinamentos para a saúde, assim como promover a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde. A gestão da dor face às intervenções foi uma constante, para além de todas as competências inerentes a um SUP, onde a necessidade de conhecimentos e de intervenção face à situação crítica de saúde da criança é uma constante (alínea E 2.1; alínea E2.2; alínea E3.1; alínea E3.4 do Anexo I, art. 4º do Regulamento nº 123/2011).

## 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num mundo globalizante, onde as mudanças sociais imperam e os constantes avanços tecnológicos permitem novas visões e intervenções no seio das comunidades, a formação dos enfermeiros surge como peça elementar nos ganhos em saúde da população e na qualidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro, como profissional da “arte de cuidar”, têm consciência que o conhecimento não é estanque, daí a necessidade de descobrir novos saberes e competências, inovar; transformar e crescer.

A formação permite o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, podendo constituir uma dimensão importante na construção da identidade profissional. O investimento na aprendizagem potencia o desenvolvimento dos profissionais para um elevado nível de especialização e adequabilidade nas suas intervenções.

A aquisição, descoberta de novos saberes e competências, assim como a transformação e o desenvolvimento através da ligação da teoria à prática, proporcionam uma aprendizagem reflexiva e experimental, onde o enfermeiro e a sua iniciativa tornam-se centrais a todo o processo.

A definição de competência surge como uma dimensão complexa onde todos os elementos que a constituem se relacionam, influenciando-se e condicionando-se mutuamente. É uma realidade dinâmica que se processa entre o saber transmitir, saber integrar e saber mobilizar (Mégre, 1998). O conhecimento organizado, a capacidade de identificar situações específicas para aplicar esse conhecimento, a argumentação que fundamenta a escolha efectuada, e a acção adequada que traduz a aplicação prática das ideias e conceitos fazem com que os enfermeiros sejam competentes e prestem cuidados de qualidade. Utilizando este conceito, a auto-reflexão da prática permite desenvolver e aprofundar novos conceitos, reconhecer situações onde se aplicam (no contacto com os utentes/famílias), justificar claramente as acções e escolhas e elevar o nível dos cuidados de enfermagem prestados.

É da adequabilidade das acções reflectidas e sustentadas por um conhecimento próprio que surgem as competências necessárias para o cuidar de enfermagem especializada.

O EE é “o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Preâmbulo do Regulamento nº 122/2011). Através dos conhecimentos especializados em enfermagem, o EE tem a incumbência de demonstrar perícia a nível profissional, ético e legal.

Na escolha da Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica esteve presente a motivação face ao desenvolvimento de competências nos cuidados a prestar à criança/jovem e família. O modelo de parceria de cuidados, onde os pais são os principais cuidadores e os profissionais os alicerces face ao cuidar, promove as competências parentais, a vinculação e por sua vez, o desenvolvimento saudável da criança e sua família.

Projectar implica uma avaliação posterior, no sentido de analisar o trabalho efectuado e uma auto-avaliação da capacidade de programar o futuro, tendo em consideração as necessidades sentidas, os objectivos traçados e os recursos disponíveis. Neste sentido, pode-se concluir, lembrando a concepção do projecto muitas modificações foram desenvolvidas ao longo deste percurso. O desenvolvimento pessoal e profissional foi um contínuo e, reflectindo sobre as diferenças na prestação de cuidados, estas tornam-se notórias em prol da criança e família.

Com o recurso à metodologia de *portfolio*, durante o estágio, as reflexões necessárias para a aquisição de competências especializadas foram permanentes e essenciais em todo o processo de aprendizagem, permitindo uma constante correcção da acção e o aumento de conhecimentos específicos, sendo estes dois componentes (formação e acção) considerados alicerces no percurso de desenvolvimento do EE, tornando os objectivos exequíveis e pertinentes e não ambiciosos e utópicos.

Ao longo dos três módulos, o investimento na aquisição de conhecimentos teóricos adequando-os à intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar proporcionou a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade, nos diferentes contextos, à criança/jovem e família. Segundo Nunes (2005, p.134), *“a excelência é uma procura constante, um caminho”*. Deste modo, os cuidados de enfermagem de elevada qualidade foram e serão um caminho permanente e contínuo ao longo da prestação de cuidados.

Os cuidados de enfermagem revestem-se de uma visão holística da criança/jovem, família e comunidade, onde o respeito e a valorização do papel do utente é central em todo o processo, promovendo os projectos de saúde individuais, a máxima autonomia na realização das actividades de vida e readaptação funcional através da aprendizagem para os desafios de saúde que se impõem.

Ao EESIP exige-se intervenções mais profundas e especializadas na prestação de cuidados de saúde à criança/jovem e família em situação de especial complexidade com vista à maximização da sua saúde, proporcionando um desenvolvimento saudável no seio da família. É o EESIP que tem a incumbência de promover o papel parental; garantir e proteger os direitos da criança; participar nas intervenções inerentes ao planeamento da saúde e à definição de políticas de saúde; promover a tomada de decisão da criança, juntamente com os pais; ser motor do desenvolvimento de conhecimentos através da investigação e reflexão sobre a prática de cuidados.

O tema do projecto desenvolvido permitiu a aquisição de competências no cuidado da criança e família em situação de especial complexidade e o desenvolvimento de actividades pertinentes, através do diagnóstico de situação anteriormente definido. As actividades desenvolvidas dirigidas à criança/jovem portadora de deficiência, família, equipa multiprofissional tiveram em consideração a pertinência dos factores protectores de maus-tratos como minimizadores desta problemática. Considerando a insuficiente resposta dos serviços de saúde definida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, foram preconizadas actividades de forma a fomentar a promoção da vinculação, a implementação da CAA nos serviços de saúde e a articulação entre instituições que cuidam de crianças portadoras de deficiência minimizando desta forma a ocorrência de maus-tratos. Contudo, é de realçar que nada se constrói sozinho, é preciso mobilizar, sensibilizar profissionais de saúde transformando-os em agentes de mudança nos cuidados de qualidade a prestar à criança/jovem portador de deficiência.

As competências adquiridas ao longo do módulo I realizado no CRPCCG proporcionaram a linha orientadora do restante percurso, tendo sido possível e pertinente disseminar os conhecimentos adquiridos.

Muitas foram as dificuldades e os obstáculos iniciais, pois o tema do projecto provocou constrangimentos iniciais ao longo dos módulos, à excepção da UP. Prestar cuidados a crianças portadoras de deficiência não é elementar para todos os profissionais de saúde e quando se integra o tema de maus-tratos os constrangimentos/barreiras ainda se tornam mais visíveis. Para alguns profissionais de saúde o flagelo em que as crianças são vítimas de maus-tratos é ignorado, tendo deste modo sido necessário demonstrar habilidades e recapitular a temática da prevenção face à intervenção, lembrando que o objectivo seria manter a unidade familiar, a vinculação segura, a protecção dos direitos da criança.

Integrar equipas multidisciplinares requer perícia. Muitas aprendizagens e competências foram promovidas pela prestação de cuidados a estas crianças/jovens e famílias. Com elas tornou-se exequível adquirir competências dentro do seu “mundo” que cada vez mais deverá ser o nosso mundo, pois a sua inclusão na sociedade a que pertencem diminuirá os factores de risco face à ocorrência de maus-tratos, promovendo os seus direitos. A formação de uma equipa promove o desenvolvimento profissional, pois é da consciência dos saberes reflectidos que se obtêm ganhos na qualidade nos cuidados prestados. Aprender é mais eficaz quando os indivíduos estão prontos para aprender, isto é, quando desejam fazer algo que modifique as suas práticas (Redman, 2002).

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio, preconizou mudanças, sugestões a realizar. A comunicação estabelecida com crianças portadoras de deficiência é fulcral face à intervenção, deste modo, a introdução de SAAC nos serviços de saúde seriam uma mais-valia face à defesa dos seus direitos. As especificidades das crianças/jovens portadores de deficiência dificultam o diagnóstico e intervenção adequada, motivo pelo qual seria uma mais-valia a existência de um elemento responsável dentro dos NACJR já existentes, detentor de

perícia na área. Desenvolver a articulação entre as várias instituições que cuidam de crianças/jovens portadoras de deficiência e a DGS, assim como a realização um estudo nacional contribuiria para a minimização do flagelo. Só conhecendo a realidade nacional é que se poderão desenvolver medidas eficazes face à prevenção da mesma.

Muito caminho há para percorrer na defesa dos direitos da criança/jovem portador de deficiência, contudo pequenos passos foram realizados face à protecção das crianças portadoras de deficiência e defesa dos seus direitos. Desde a sensibilização dos profissionais tornando-os mais despertos para a problemática; ao fortalecimento da vinculação entre pais e crianças; assim como a sugestão da criação de um NACJR portadora de deficiência; ao início da realização de um estudo sobre úlceras por pressão pós-cirurgia ortopédica no CRPCCG; integração da CAA nos serviços de saúde (Unidade de Ortopedia 5 e SUP do HDE); articulações entre os diferentes recursos da comunidade em prol da criança portadora de deficiência, muitas serão as mais-valias que os profissionais de saúde poderão proporcionar à criança/jovem portador de deficiência.

Em suma, emerge deste processo evolutivo a noção de que o EESIP é um mobilizador de recursos, sendo o elo de ligação entre os diversos contextos institucionais, criança/jovem, família e comunidade, garantindo que os ganhos em saúde sejam de facto uma realidade. Para isso, necessita de um amplo referencial teórico e de uma prática reflexiva que lhe permita dispor de competências específicas que contribuam para mudar as realidades e construir um cuidar com um elevado grau de adequação às necessidades de saúde da criança/jovem e família.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. – **Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2001. 328p. ISBN: 972-8485-21-2.

ALMEIDA, A.; ANDRÉ, I.; ALMEIDA, H. – “Sombras e marcas: os maus tratos às crianças em Portugal”. **Análise Social**. Lisboa. ISSN 0003-2573. Vol. XXXIV, nº 50. (Outubro/Dezembro 1999). p. 91-121.

ALMEIDA, F. – A vulnerabilidade da criança é a medida do seu cuidador. **Cadernos da Bioética**. Coimbra. ISSN 1646-8082. Ano XVII, nº 42. (Dezembro 2006). p. 286 – 294.

ALMEIDA, F.; SABATÉS, A. – **Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e a sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. 421p. ISBN 978-85-204-2201-4.

ANDRADA, M. [et al.]- **Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral – Estudo Multicêntrico Europeu**. Lisboa: Edição APPC, 2005. 122p.

ANDRADA, M. [et al.] – **Paralisia Cerebral – Aos 5 anos em Portugal – Crianças com Paralisia Cerebral Nascidas em 2001**. Execução Gráfica, Coimbra, 2009, 71p. ISBN 978-989-20-19956.

AZEVEDO, A.; AZEVEDO, C. – **Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. 178p. ISBN 978-972-54-0212-2.

AZEVEDO, L. [et al.] – **Inovação Curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiências neuromotora grave**. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 1999. 186p. ISBN972-9301-32-8.

AZEVEDO, M.; MAIA, A. – **Maus-tratos à Criança**. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 2006. 162 p. ISBN 972-796-220-3.

BARROSO, Zélia – *Contribuição para uma Tipologia de Maus-tratos Infantis: Síntese dos resultados obtidos num Hospital Público de Lisboa*. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 2004. Disponível em: <http://www.ces.fe.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel23/ZeliaBarroso.pdf>. [12/02/2011, 17:20].

BATALHA, L [et al.] – Relação de Parceria nos Cuidados Neonatais – **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN0872-8844. Nº22. (Janeiro 1999), p.21-23.

BENNER, P. – De iniciado a perito. 2ªed. Lisboa: Quarteto, 2005. 262p. ISBN: 9789895580521.

BOWLBY, J. – **Apego e Perda**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 426p. ISBN 853360906X.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B.. – **A Relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Terramar, 1993. 268p. ISBN 972710083-5.

BRAZELTON, T. Berry – **Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar. 1995. 274p. ISBN 972-710-056-2.

CANHA, J. – **Criança maltratada: o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos**. Coimbra: Quarteto. 2000. 239p, ISBN 972-8535-31-7.

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE - 1ª Conferência INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, 1986. Canadá [Ottawa]: OMS, 1986. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm). [10/02/2011, 12:23].

CARVALHO, A.; CARVALHO, G. – **Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência, 2006.168p. ISBN 972-8930-22-4.

CASEY, A. – Ideal partnerships. **Paediatric Nursing**. Middlesex. ISSN 0962-9513PN. vol. 2, nº5. (June, 2008), 3p.

CASEY, A. - Partnership nursing: influences on involvement of informal cares. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol. 22, nº6. (December 1995). p. 1058-1062.

CATARINO, H. [et al.] – *Parentalidade Positiva: Onde focar a atenção?* II Congresso de Investigação Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Escola Superior de Saúde, 2009. Disponível em: [http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4ADBS\\_enPT322PT324&q=parentalidade+positiva%2c+Catarino+2009](http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4ADBS_enPT322PT324&q=parentalidade+positiva%2c+Catarino+2009). [12/01/2011, 17:23].

COLLIÈRE, M. – **Promover a vida**. 5ª ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1999, 388p. ISBN 9789727571093.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Coimbra: Edições Almedina, 2009. 341p. ISBN 978-972-40-3967-1.

CORDEIRO, M. - **Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos** Ministério da Segurança Social e do Trabalho: Lisboa, 2003. 14p.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HDE - Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro de 2005.

COUTINHO, M. - Apoio à Família e Formação Parental. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol XXII, nº1 (Janeiro/Março 2004), p. 55-64.

DECLARAÇÃO DE JACARTA SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE - 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde Jacarta, 1997 –. República da Indonésia [Jacarta], 1997. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Jacarta.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Jacarta.htm). [10/02/2011, 12:23].

ESPÍRITO SANTO, C. – As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: contributos para a mudança. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº3. (Novembro 1999), p. 53-58.

ESTEVINHO, I. – Enfermeiros e mães a caminho... Da parceria ao empowerment no cuidado! **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol 56 (2). (Março/ Abril 2008), p. 151-156.

FARREL, M. – Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica – **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 7, nº 74. (Março 1994), p. 27-28.

FERNANDES, M.; RAMOS, F. – Reflexão sobre “parceria nos cuidados em pediatria”. **(Re)Encontro**. Porto. ISSN 0873-4050. Ano III, nº 1. (Janeiro/Agosto 2000), p. 20-25.

FERREIRA, M.; COSTA, M. – Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Millenium. Revista do ISPV**. Nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58.

FIGUEIREDO, B. – Massagem ao Bebé. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa. ISSN 0873-9781. Nº 38 (1). (2007), p 29-38.

FIGUEIREDO, B. – *Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé*. Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud. ISSN 1576-7329. Vol. 3, nº 3. 2003, p. 521-539. Disponível em: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-86.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf). [23/11/2010, 14:35].

FILIPPINI, M. [et al.] – *Infância, Deficiência & Violência*. Comissão Europeia no Âmbito do Programa Daphne. 2004. Disponível em: <http://www.makinglifeasafeadventure.eu/download/Miolo%20Daphne.pdf>. [25/11/2010, 14:50].

FORTIN, M. – **O processo de Investigação**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 388p. ISBN: 972-8383-10-X.

GABINETE DE APOIO TÉCNICO - **Última Caracterização do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian**. Lisboa: [s. n.], 2006. 16 p.

GOMES, A. – Vinculação mãe-bebé na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia. **Enfermagem** (2ª série). Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº44. (Outubro/Dezembro 2006). p.17-23.

GOMES PEDRO – O que é ser criança? Da genética ao comportamento – **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. XXII, nº1. (Janeiro/Março 2004), p.33-42.

GOMES PEDRO – Para um Reentender da Violência. **Acta Pediátrica**. Lisboa. ISSN: 0301-147X. Vol.35, nº 3. (Maio/Junho 2004), p.181-187.

GONÇALVES, M. – Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN: 0871-2379. Vol XXI, nº1. (Janeiro/Março2003), p.23-30.

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA (2002) – *Hospital Dona Estefânia*. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.hdestefania.min-saude.pt/>. [30/12/2010, 20:15].

JORGE, A. [et al.] – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde.** Documento Técnico. DGS, 2007. 79 p.

LEININGER, M. – **Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices.** 2ª ed. New York:Mc Graw-Hill, 2002. 621p. ISBN 978-0071-353-977.

MAGALHÃES, T. – **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais.** Quarteto Editora: Coimbra, 2004. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.

MAGALHAES, T. – **Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico.** Lisboa: Lidel – edições técnicas, 2010. 225p. ISBN 978-972-757-655-5.

MARGATO [et al.] – *Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão.* 2001. Disponível em : [http://ice-mac.org/pdf/escala\\_de\\_braden.pdf](http://ice-mac.org/pdf/escala_de_braden.pdf). [12-02-2011, 10:40].

MARIANO, Liliana – *Criança Maltratada.* Ver Port Clin Geral, 2001; 17: 459-69. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080305092715562328.pdf>. [17-02-2011, 10:45].

MARQUES, S.M.N.; SÁ, M.G.S. - Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. **Referência.** Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 11 (Março 2004), p. 33-41.

MÉGRE, P. - **Novas Competências numa Perspectiva de Desenvolvimento Profissional.** Pensar em Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873/8904. Vol.2. nº 2. (2º Semestre1998), p. 9-15.

MOTA, F. – A lei de protecção de crianças e jovens em perigo – Algumas considerações sobre a sua aplicação e o sistema de protecção de crianças e jovens. **Revista Portuguesa de Bioética.** Coimbra. ISSN 1646-8082. Suplemento nº I (2010), p.S57-S70.

NAVALHAS, J.C.- Projecto de intervenção no âmbito da visitação domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. **Enfermagem.** Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº 7 (2ª série), (Julho/Setembro 1997), p.6-14.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R.;– **Código Deontológico dos Enfermeiros: dos Comentários à Análise de Casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN 972-99646-0-2.

OLIVEIRA, M. – Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. Revista Formação Continua em Enfermagem **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 243, Ano 21, (Março 2009), p. 18-23.

OMS – *Classificação Internacional de Funcionalidade.* Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2003, 222p. Disponível em: <http://www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/CIFIS.pdf>. [11/05/2010, 13:40].

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.* Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187p.

PÉREZ LI, [et al.] - Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. **An Esp Pediatr**. Madrid. ISSN 0302-4342. Vol.44 nº2. (1996).

PORTUGAL. *Carreira de Enfermagem* - Ministério da Saúde – Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro de 1991. DR Série I Parte A, 257. p.5724-5741.

PORUGAL. Código Civil – Ministério da Justiça – Decreto-lei nº 47 344 de 25 de Novembro (Actualizado à lei 59/99, 30/06). Disponível em: <http://www.confap.pt/docs/codcivil.PDF>. [30-01-2011, 13:40].

PORTUGAL. *Código Penal* – Ministério da Justiça - Decreto-lei nº 400/82, de 23 de Setembro. D.R nº 170, Série I, p. 6181-6258.

PORTUGAL. *Convenção dos Direitos da Criança* – Decreto-Lei nº 40/90 de 12 de Setembro. D.R I Série Nº 211, p. 3738-(2) – 3738- (20).

PORTUGAL – *Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência*. Decreto-Lei nº 6949 de 25 de Agosto de 2009. Disponível em:

<http://www.inr.pt/uploads/docs/direitosfundamentais/convencao/ConvTxtOfPort.pdf>, [04/10/2010, 15:30].

PORTUGAL. *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo* – Decreto-Lei nº 147/99 de 1 de Setembro de 1999, com as alterações impostas pela Lei nº 31/2003 de 22 de Agosto. D.R I Série – A, 204. p. 6115-6132.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* – Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro D.R. II Série Parte E 35 (18/02/2011) p.8648-8653.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* – Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro D.R. II Série Parte E 35 (18/02/2011) p.8653-8655.

REDDMAN, B. K. – **Educação para a saúde na gravidez: A prática da educação para a saúde**. Loures: Lusociência, 2002. 320p. ISBN 978-972-8383-39-8.

SEQUEIRA, P. – Identificação das Necessidades de Formação no Processo Formativo. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-1586. Nº18, (Abril/Maio/Junho. 2009), p. 11-14.

SILVA, A. – “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN: 0871-2379. Vol. 55, n.º 01-02. (Janeiro/Abril 2007), p. 11-20.

STRECHT, P. – **Final feliz – novas crónicas para pais e filhos**. Odivelas: Assírio & Alvim, 2008. 144 p. ISBN 978-972-37-1299-5.

TAVARES, J.; ALARCÃO, I.- **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem**. Coimbra: Almedina. 1992, 232p. ISBN 9789724005195.

TEIXEIRA, C. - Aprender ao Longo da Vida. **Dirigir**. Lisboa. ISSN: 087-7354. Ano VIII. nº 42. (Março / Abril 1996), p. 3-5.

TEIXEIRA, P. – **Maus tratos infantis**. Rio Tinto: artEscrita. 2008. 95p. ISBN: 978-989-8121-31-8.

**VALANSI, L. & MORSCH, D. S.** - *O psicólogo como facilitador na interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais*. Psicologia: Ciência e Profissão, vol.24 (2) (2004). Disponível em: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1411498932004000200012&lng=pt&nrm=isVIEIR](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1411498932004000200012&lng=pt&nrm=isVIEIR) [12/11/2010, 14:30].

VIEIRA, M. – **Ser Enfermeiro, Da Compaixão à Proficiência**.2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. 155p. ISBN 978-972-54-0195-8.

WERNET, M. – Resiliência Familiar: A importância do conceito para a enfermagem – **Informar**. Porto. Ano XI, nº35 (Julho/Dezembro 2005), p.15-16.

WILLIAMS, L. – *Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão da área* – Revista Bras. Ed. Esp.. Marília. vol 9 n2, (Jul/ Dez. 2003), p.141-154. Disponível em:

[http://www.ufscar.br/laprev/arquivos/publicacoes/Sobre\\_deficiencia\\_e\\_violencia-reflexoes\\_para\\_uma\\_analise\\_de\\_revisao\\_de\\_area.pdf](http://www.ufscar.br/laprev/arquivos/publicacoes/Sobre_deficiencia_e_violencia-reflexoes_para_uma_analise_de_revisao_de_area.pdf). [07-12-2010, 10:15].

WONG, D. – **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5.ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 910p. ISBN 85-226-0329-4.

## **6 - ANEXOS**

## **Anexo I – Questionário do CRPCCG**



## UM CONVITE PARA PARTICIPAR

Como estudante do Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar estágio no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.

O projecto de estágio a desenvolver é subordinado ao tema **Prevenção de maus-tratos em crianças com doença crónica/deficiência**. O trabalho de projecto é um desafio, contribui para que o estudante desenvolva as suas múltiplas capacidades, num processo de ensino/ aprendizagem.

Neste sentido, peço a vossa colaboração neste percurso de ensino/aprendizagem que me proponho realizar, com a realização de um breve questionário.

O prazo de entrega é de 1 semana e destina-se a todos os profissionais que contactam com crianças portadoras de doença crónica/deficiência e suas famílias.

Obrigado, pela sua colaboração

Estudante de Enfermagem

Sónia Tavares

28/04/2010

## QUESTIONÁRIO

Idade \_\_\_\_\_

Sexo F  M

Profissão \_\_\_\_\_

Experiência profissional na área da criança com doença crónica/deficiência

< 5anos  5 – 10 anos  10 – 20 anos  > 20 anos

De acordo com a sua experiência profissional, já contactou com crianças vítimas de maus-tratos?

Sim  Não

Se sim, com que tipos de maus-tratos já contactou? \_\_\_\_\_

---

---

---

Quais os factores de risco inerentes a esses maus-tratos?

Vinculação insegura  Abuso de substâncias  Prematuridade

Doença crónica  Deficiência  Gravidezes muito próximas

Antecedentes de maus-tratos familiares  Fenómenos migratórios

Pobreza  Desemprego  Doença mental

Contextos sociais problemáticos  Outros  \_\_\_\_\_

---

Que dificuldades sentiu face à problemática?

---

---

---

Considera pertinente o tema do projecto – *Prevenção de maus-tratos em crianças com doença crónica/ deficiência*? Sim  Não

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O que considera importante ser realizado no seu local de trabalho, inerente à prevenção de maus-tratos em crianças com doença crónica/ deficiência?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada, pela sua colaboração

E.E. Sónia Tavares

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde

## **Anexo II – Análise do Questionário do CRPCCG**

## RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

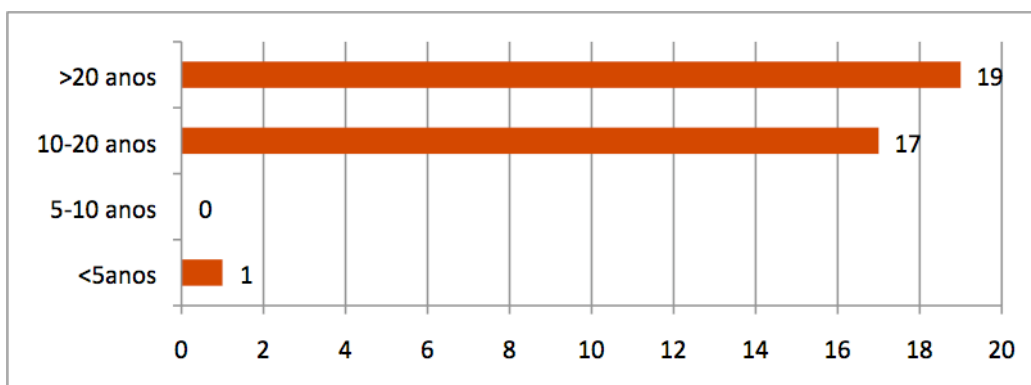
Com o intuito de realizar um diagnóstico de situação e de acordo com a escassez de estudos a nível nacional sobre a temática foi aplicado o questionário à equipa multidisciplinar do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian. Deste modo, foi obtida uma percepção sobre o contexto de estágio.

Os técnicos que participaram foram: professores, educadores, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médicos, assistentes operacionais, motoristas e secretárias de unidade. A participação de diferentes profissionais deveu-se ao contacto diário que todos têm com crianças/jovens portadores de deficiência e sua família. Desde os primeiros contactos com o CRPCCG foi notório a importância de diferentes técnicos, pois o tipo de vinculação existente, assim como os cuidados prestados por vezes poderão tornar-se mais evidentes em locais onde a criança e família não estão sujeitos a terapias.

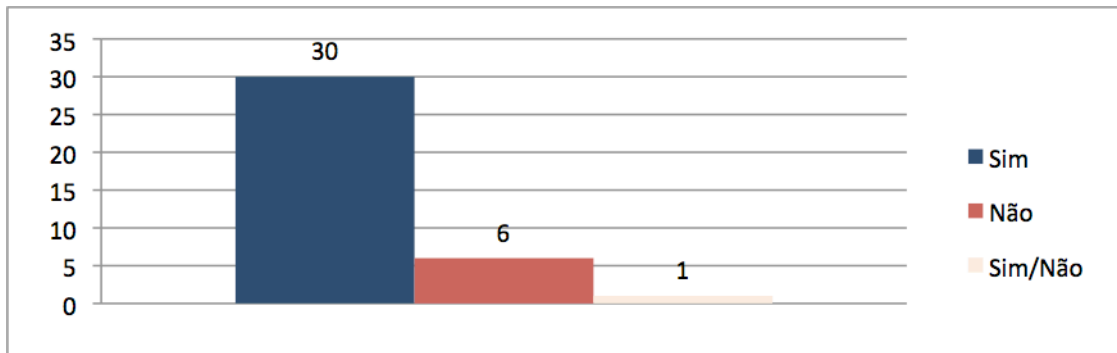
Do total de 41 questionários entregues, participaram 37 pessoas, num total de 90% de adesão.

### Experiência profissional na área da criança com doença crónica/deficiência

A maioria da equipa multidisciplinar apresenta considerável experiência profissional.



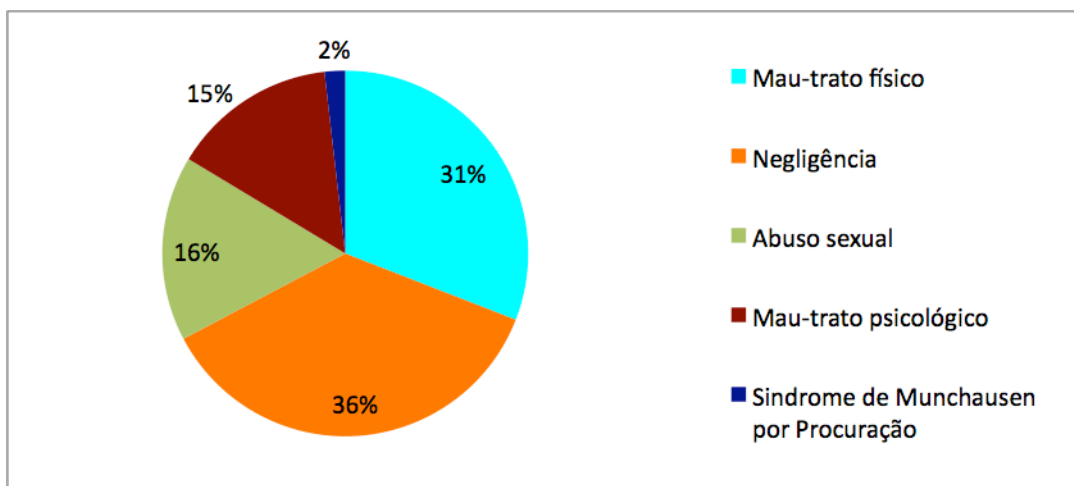
**De acordo com a experiência profissional já contactou com crianças vítimas de maus-tratos?**



Detectar, diagnosticar a ocorrência de maus-tratos não é linear, pois a maioria dos maus-tratos ocorre no seio familiar. Segundo Magalhães (2004), estima-se que somente 30-35% dos casos são detectados.

A maioria dos profissionais respondeu que obteve contacto com crianças vítimas de maus-tratos, seis pessoas responderam que não e uma pessoa respondeu que sim/não dependendo do contexto sócio-económico presente.

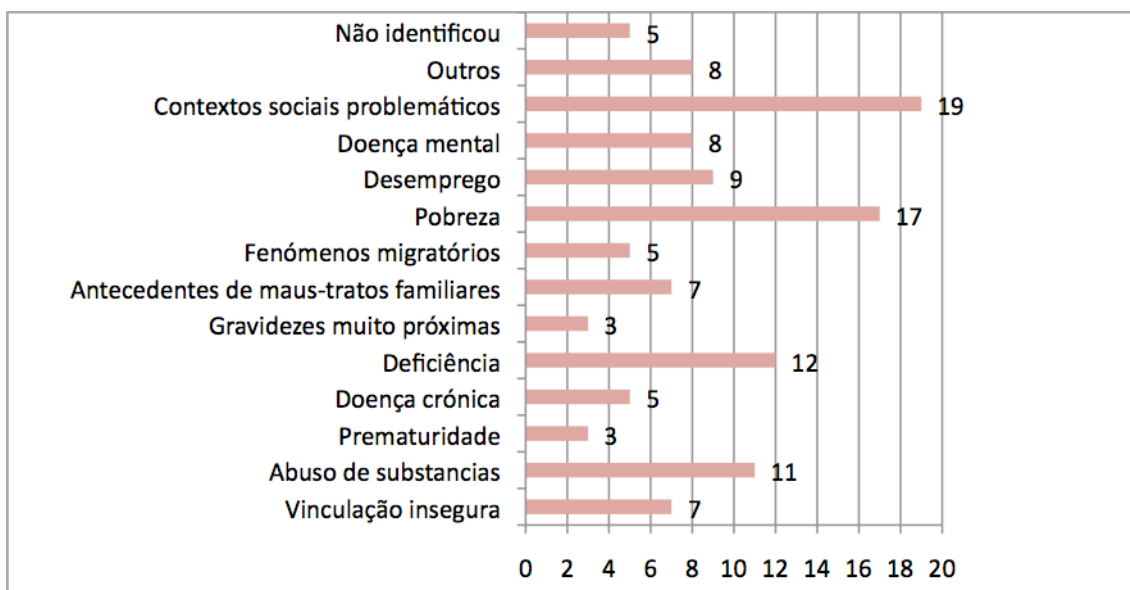
**Se sim, com que tipos de maus-tratos?**



Comparando com o estudo realizado por Fausto Amaro, em 1986, existe concordância em relação à negligência como principal tipo de maus-tratos, invertendo as percentagens relativamente aos maus-tratos físicos e psicológicos, talvez devido à dificuldade em

diagnosticar maus-tratos psicológicos. Os estudos existentes a nível nacional retratam a problemática dos maus-tratos infantis, não especificam a área da deficiência.

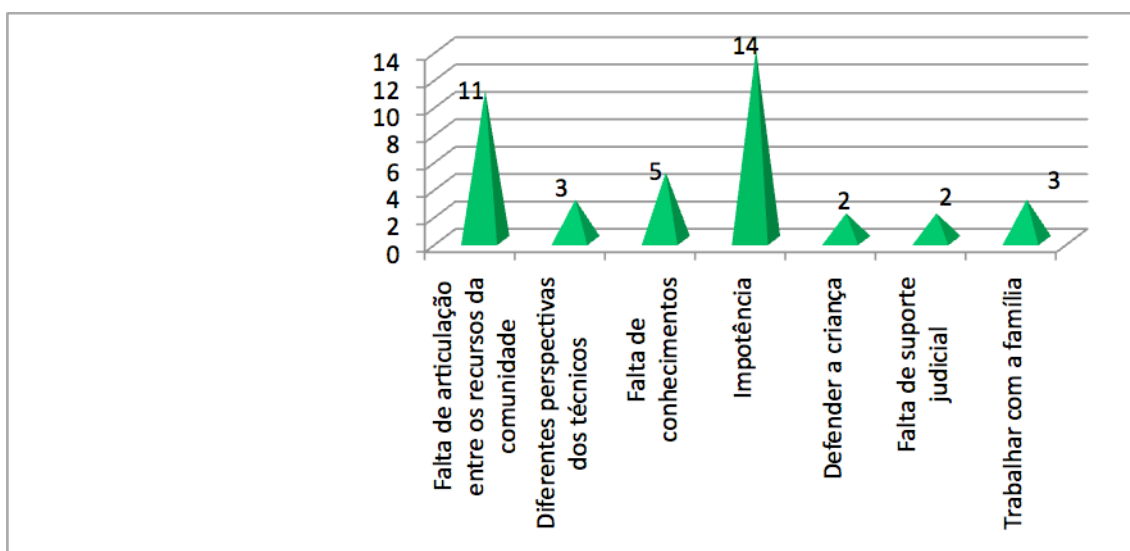
### Quais os factores de risco inerentes a esses maus-tratos?



Nesta questão, apesar de 5 intervenientes terem identificado maus-tratos incutidos às crianças, não identificaram factores de risco.

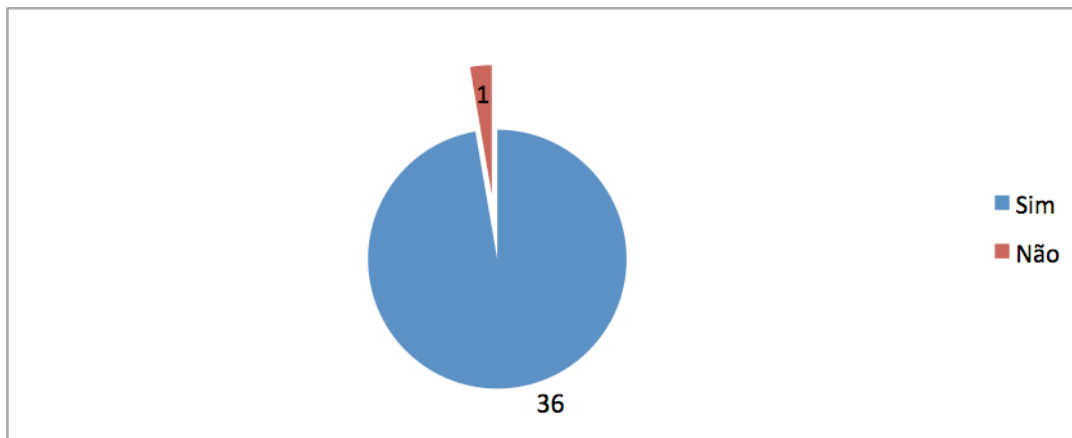
Os contextos sociais problemáticos e a pobreza sobressaem, pois a facilidade no diagnóstico prevalece em famílias cujo estrato sócio-económico é baixo.

### Que dificuldades sentiu face à problemática?



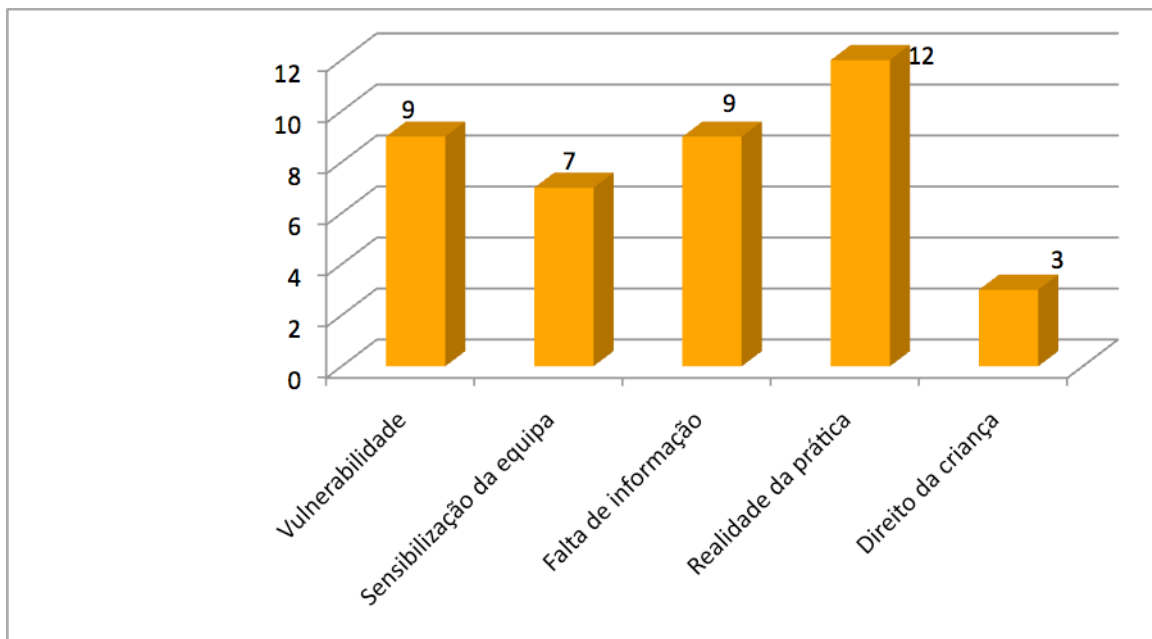
Onze dos intervenientes referiram a falta de articulação entre os recursos da comunidade e três as diferentes perspectivas dos técnicos que prestam cuidados.

Considera pertinente o tema do projecto “Prevenção de maus-tratos em crianças com doença crónica/deficiência”?

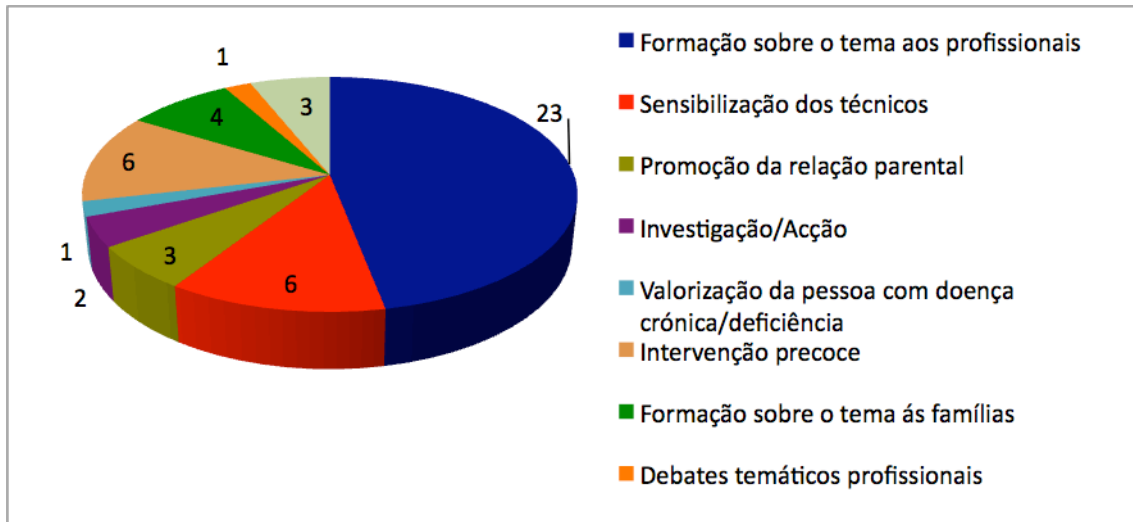


A pessoa que referiu que não, afirmou que na sua pratica de cuidados diários visualizava no rosto das crianças os maus-tratos a que são sujeitas.

Porquê?



**O que considera importante ser realizado no seu local de trabalho, inerente à prevenção de maus-tratos em crianças com doença crónica/deficiência?**



Da necessidade de formação surgiu a acção de formação “Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência”.

**Anexo III – Acção de formação “Prevenção de Maus-tratos em Crianças  
com Deficiência”**



## INSCRIÇÕES

No decorrer do questionário aplicado, irá ser realizada uma acção de formação no dia 28/05/2010, subordinada ao tema ***Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência.***

Local – Sala de Formação do CRPCCG. Horário – 10h às 12h.

**Gostaríamos de contar com a sua participação.**

Para tal, preencha a folha e entregue na sala de enfermagem.

Nome \_\_\_\_\_

Categoria profissional \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

# **CENTRO DE REABILITAÇÃO PARALISIA CEREBRAL CALOUSTE GULBENKIAN**

## **Prevenção de Maus- tratos em Crianças com Deficiência**

**DATA / HORA: 28/05/2010  
10h-12h  
LOCAL: Sala de Formação**

**Formador: Sónia Tavares  
(Aluna do Mestrado U.C.P)  
Orientada por: Enf.<sup>a</sup> Esp. Teresa Folha**

## CENTRO DE REABILITAÇÃO PARALISIA CEREBRAL CALOUSTE GULBENKIAN



### FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência

Local: Sala de Formação do CRRPCCG

Data: 28/05/2010

Hora: 10h00

Duração: 2h30

Objectivo geral: Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a prevenção/despiste e encaminhamento de maus-tratos em crianças com deficiência

Objectivos específicos: Contribuir para a formação sobre a problemática dos maus-tratos

Dar resposta às necessidades da equipa identificada com a aplicação do questionário

Contribuir para uma eficaz articulação entre o I.A.C e o CRPCCG (protocolo)


Formadores: Sónia Tavares

Colaboração: Dra. Ana Perdigão (I.A.C)

Fases da sessão	Conteúdos programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formadores
Introdução	Objectivos Resultados dos questionários	Exposição oral	Power-point	10m'	
Desenvolvimento	Definição de Maus-tratos Factores de Risco Tipologia Sinais e sintomas Factores protectores Prevenção Princípios orientadores da intervenção	Exposição oral	Power-point	60m'	
Conclusão	Reflexão Poema Dúvidas	Exposição oral	Power-point	20m'	
Avaliação	Folha de avaliação		Papel	10m'	

Centro de Reabilitação Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

## PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS



### EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA


Realizado por:  
Sónia Tavares

Orientada por:  
Enf.ª Esp. Teresa Folha

Maio 2010

Centro de Reabilitação Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

## PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS



### EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

Realizado por:  
Sónia Tavares

Orientada por:  
Enf.ª Esp. Teresa Folha

Maio 2010

## OBJECTIVOS

### Geral

- Sensibilizar os profissionais para a problemática dos maus-tratos na área da deficiência

### Específicos

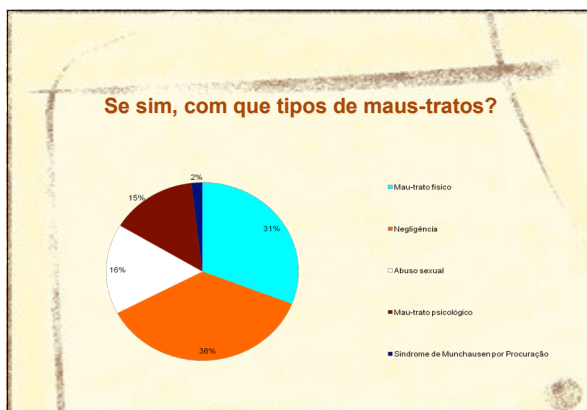
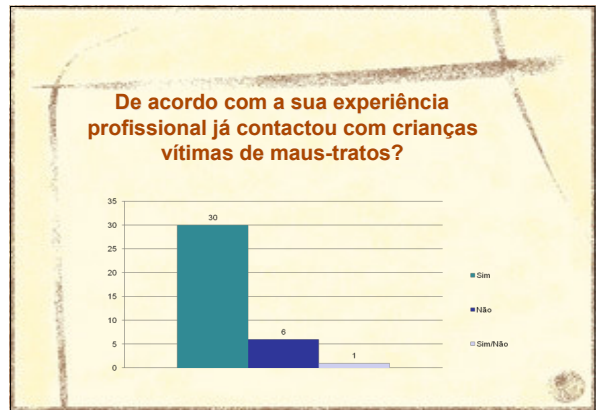
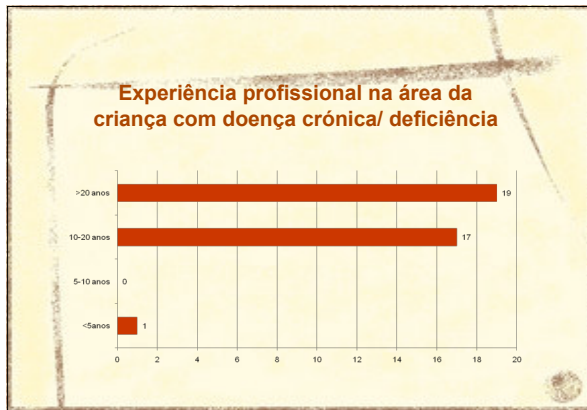
- Contribuir para a formação sobre maus-tratos
- Dar resposta às necessidades da equipa identificadas no questionário
- Contribuir para a eficácia na articulação entre o CRPCCG e o IAC

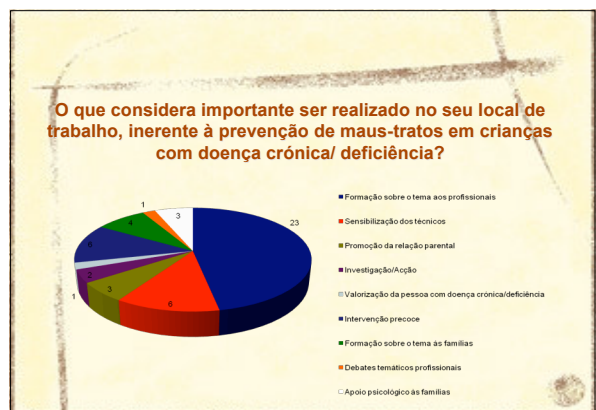
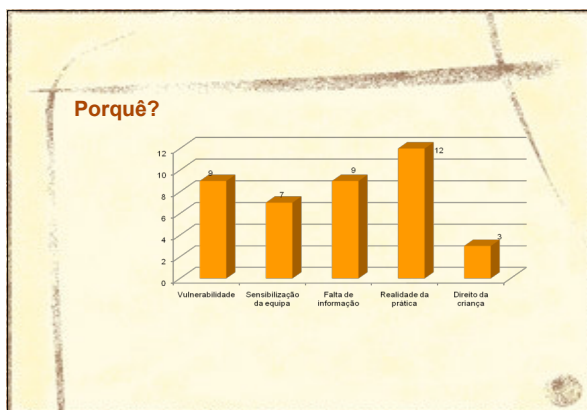
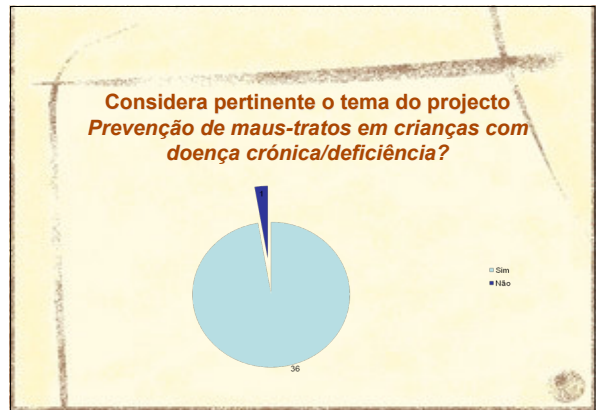
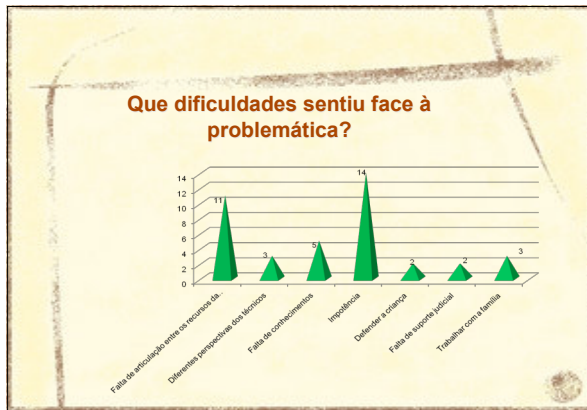
## QUESTIONÁRIO

- Aplicado à equipa multidisciplinar no Centro de Reabilitação Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

Total de questionários entregues – 41  
Total de participantes - 37

**90% de participação**









## CRIANÇA

A criança é um ser humano de condição frágil, único na sua fraqueza, na sua inocência.



A criança é um fim em si.

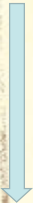
## CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA



“Uma criança com problemas de saúde ou portadora de uma deficiência física ou mental correrá maior risco de abuso infantil do que uma criança aparentemente saudável ou sem qualquer tipo de deficiência”.

Azevedo, 2006

## Evolução histórica dos maus-tratos infantis




- Desconhecimento (até 1946)
- Descrição de síndromas sem as identificar (1946 – 1961)
- Identificação (1962 até meados de 1970)
- Reconhecimento (meados da década de 70 a meados da década de 80)
- Prevenção (desde a década de 80)

Díaz Huertas, citado por Teresa Magalhães

**Portugal**

1983



1985 – Estudo 20 000 Crianças maltratadas

48% negligência  
31 a 36% maus-tratos psicológicos  
16% a 21% maus-tratos físicos


Fausto Amaro

**Diversidade dos maus-tratos**

- 11% das crianças da amostra tinham uma doença crónica
- 10% tinham doença mental
- 8% eram portadoras de deficiência física

Assembleia da Republica Portuguesa, 1996 e 1998  
Ana Almeida, 1999

**MAUS-TRATOS INFANTIS**



*“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”.*

Teresa Magalhães, 2004

**RISCO**

Há factores de risco que contribuem para a ocorrência de maus-tratos e que funcionam como indicadores, são sinais de alerta.

Relacionados com características dos:

- Pais
- Crianças
- Ambiente

**PERIGO**


As situações de perigo implicam um grau de risco elevado para a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança e jovem, comprometendo a sua identidade física e psíquica



### Factores de Risco

#### Características individuais dos pais

- Alcoolismo, toxicodependência
- Perturbações da saúde mental ou física
- Antecedentes de comportamentos desviantes
- Personalidade imatura e impulsiva;
- Baixo auto-controlo e reduzida tolerância às frustrações
- Grande vulnerabilidade ao stress
- Baixa auto-estima




#### Características individuais dos pais

- Atitude intolerante, indiferente ou excessivamente ansiosa face às responsabilidades relativas à criação dos filhos
- Incapacidade de admitir que o filho foi vítima de mau-trato e de o proteger no futuro
- Antecedentes de maus-tratos
- Idade muito jovem (inferior a 20 anos, principalmente as mães)
- Gravidezes muito próximas

#### Características individuais dos pais

- Baixo nível económico e cultural, inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança
- Vinculação insegura
- Excesso de vida social ou profissional que dificulta o estabelecimento de relações com os filhos



## Factores de Risco

### Características da criança

- Vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades (deficiência)
- Prematuridade e baixo peso ao nascer
- Perturbações de saúde mental ou física
- Sexo
- Personalidade e temperamento não ajustados aos pais



## Factores de Risco

### Características do contexto familiar

- Gravidez indesejada
- Família monoparental
- Família reconstituída com filhos de outras ligações
- Família com muitos filhos
- Família desestruturada (ex: violência doméstica, morte, divórcio, ...)
- Famílias com problemas sócio-económicos e habitacionais (ex: pobreza, isolamento social, ...)



## Factores de Risco

### Características do contexto social e cultural

- Atitude social para com as crianças (ex: até que ponto o abuso físico é considerado educativo?, ...)
- Atitude social para com as famílias (ex: a família é sempre o melhor grupo para a criança viver?, ...)
- Atitude social em relação à conduta violenta (ex: aumento das molduras penais; características das redes de apoio à vítima)



## Tipos de Maus-tratos

- Negligência
- Maus-tratos físicos
- Abuso sexual
- Maus-tratos psicológicos
- Síndrome de Munchausen por Procuração



(DGS, 2007)

### **Negligência**



Incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades básicas de vida em termos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afecto, estimulação e apoio, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

DGS, 2007

### **Maus-tratos Físicos**



O 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 provocar) dano físico.

DGS, 2007

### **Abuso sexual**



O abuso sexual consiste em práticas que visam a satisfação sexual de um adulto ou de um jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre ele e sobre as quais o menor não tem capacidade de compreensão e para as quais não está preparado. Pode ser intra ou extra familiar, ocasional ou repetido ao longo da infância.

DGS, 2007

### **Maus-tratos Psicológicos**



O abuso psicológico está presente em todos os tipos de maus-tratos. Incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.

DGS, 2007

### Síndrome de Munchausen por Procuração



Existe um elemento da família que atribui à criança sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, gerando hospitalizações, técnicas invasivas e procedimentos de diagnóstico exaustivos.

DGS, 2007



SINAIS  
E  
SINTOMAS

### Sinais de Negligência



- ✓ Carência de higiene
- ✓ Inexistência de rotinas
- ✓ Vestuário desadequado em relação à estação do ano
- ✓ Infecções recorrentes ou persistentes sem causa aparente
- ✓ Intoxicações acidentais repetidas
- ✓ Doença crónica sem cuidados adequados
- ✓ Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas
- ✓ Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e/ou Vacinação

### Sinais físicos de negligência prolongada

- ✓ Progressão ponderal deficiente
- ✓ Cabelo fino
- ✓ Abdómen proeminente
- ✓ Arrefecimento persistente
- ✓ Mãos e pés avermelhados
- ✓ Atraso no desenvolvimento sexual



## Sintomas de Negligência



- ✓ Atraso no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização)
- ✓ Perturbações sono, sonolência, apatia, depressão, agressividade
- ✓ Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros
- ✓ Dificuldade na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação

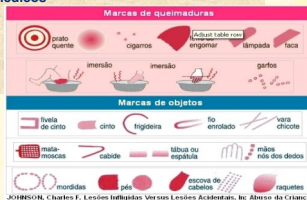
## Sinais de Mau-trato Físico



- Lesões com diferentes estadios de evolução
- Sequelas de traumatismo antigo
- Fracturas das costelas e corpos vertebrais
- Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental
- Lesões desenhando marcas de objectos
- Queimaduras múltiplas actuais e/ou cicatrizadas
- Alopecia traumática

## Indicadores de Mau-trato Físico

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação
- Demora na procura de cuidados médicos
- História de lesões repetidas
- Faltas frequentes à escola



## Sinais de Abuso Sexual

- ❖ Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, laceração, fissuras, edema, ...)
- ❖ Leucorreia vaginal persistente ou recorrente
- ❖ Laceração do hímen
- ❖ Hemorragia vaginal ou anal
- ❖ Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais
- ❖ Infecções sexualmente transmissíveis
- ❖ Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios
- ❖ Presença de esperma, sangue no corpo ou roupa
- ❖ Gravidez



### Sintomas de Abuso Sexual

- ❖ Dor, prurido na região genital e/ou anal
- ❖ Disúria
- ❖ Obstipação
- ❖ Enurese secundária
- ❖ Masturbação compulsiva
- ❖ Desenhos ou brincadeiras sexuais específicas
- ❖ Alterações padrão alimentar
- ❖ Dificuldade no relacionamento com outras crianças
- ❖ Obediência exagerada a adultos e preocupação em agradar
- ❖ Comportamentos agressivos



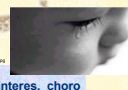
### Sinais de Mau-trato Psicológico

- ❑ Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura
- ❑ Auto-mutilação



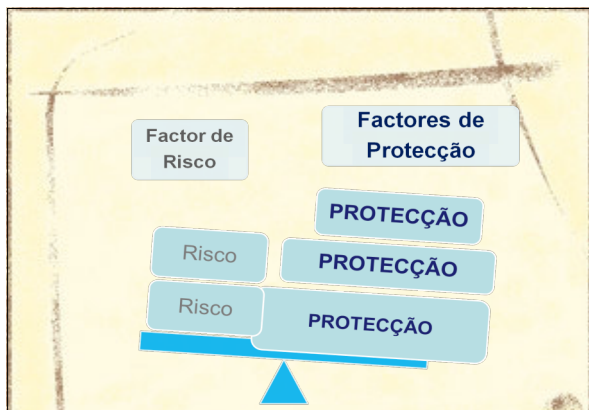
### Sintomas de Mau-trato Psicológico

- ❑ Perturbações funcionais (sono, apetite, controlo dos esfínteres, choro incontrolável no primeiro ano de vida, cefaleias, interrupção da menstruação na adolescência)
- ❑ Perturbações cognitivas e relacionais (atraso no desenvolvimento da linguagem, dificuldades de aprendizagem, baixa auto-estima, sentimentos de vergonha e culpa, medos, pesadelos, alucinações, ....)
- ❑ Perturbações do comportamento (falta de curiosidade, desinteresse total na imagem, fugas de casa, acidentes muito frequentes, comportamentos bizarros, ...)




### Maus-tratos

The collage includes three distinct images: a cartoon illustration of a man in a white shirt hitting a child on the back; a photograph of a modern residential building with a paved walkway; and a photograph of a large, dense crowd of people, possibly at a public event or protest.




### Factores de Protecção



- Factores individuais** – Boa auto-estima; Desejo autonomia; Capacidade de pedir ajuda
- Factores relacionais** – Vinculação segura; Relação afectiva securizante
- Factores de comunicação** – Meio escolar integrador; Apoio escolar disponível; Grupo formais e informais de pares

### Prevenção




- Primária** – Consciencializar a população
- Secundária** – Implementar programas e actividades de suporte emocional e social
- Terciária** – Encaminhamento  
Protecção das crianças  
Abordagem psicossocial  
Abordagem jurídica

### A vulnerabilidade da criança é a medida do seu cuidador

Pais	Prestador de cuidados	
Profissional de saúde	Outros profissionais	Cidadão & Sociedade

### Instituições




O Estado tem o direito e dever de garantir o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens institucionalizados com ou sem deficiência

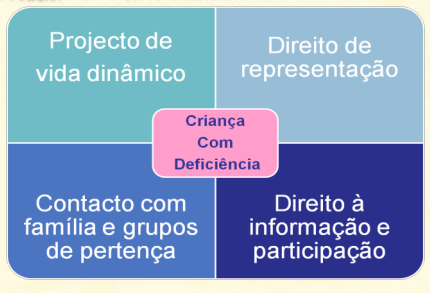
As instituições devem servir as pessoas, devendo orientar-se para a ética do cuidado dos mais vulneráveis

A intervenção precoce e mínima são princípios a enfatizar

Abertura das instituições ao exterior



### Instituições



Projecto de vida dinâmico

Direito de representação

Criança Com Deficiência

Contacto com família e grupos de pertença

Direito à informação e participação

### Obrigações



Constituição da República Portuguesa

Convenção dos Direitos da Criança

Código Deontológico

### Princípios Orientadores da Intervenção



Interesse superior da criança

Privacidade

Intervenção precoce

Responsabilidade parental

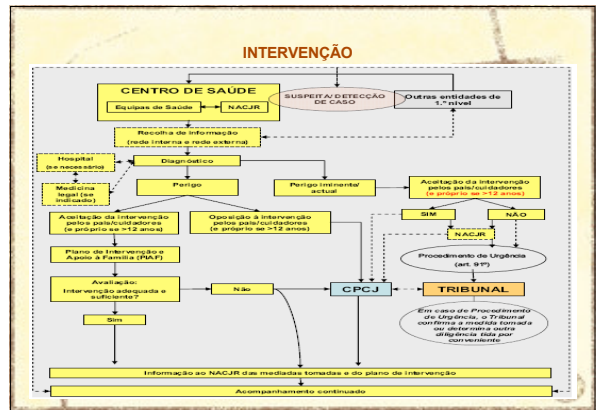
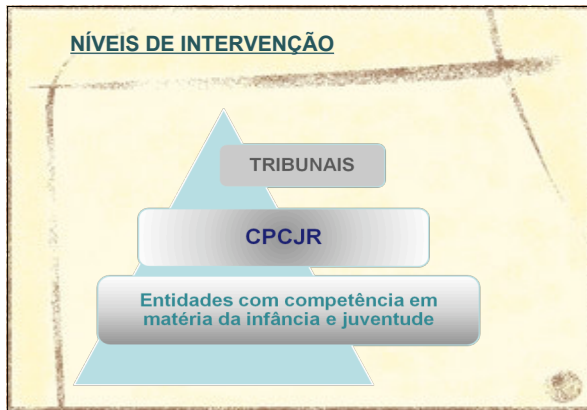
Intervenção proporcional e actual

Intervenção mínima

Obrigatoriedade da informação

Participação

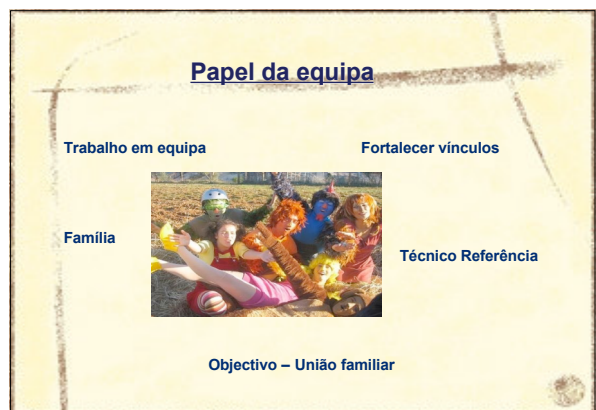
Subsidiariedade na intervenção



### Profissional

Ouvir a criança!!! É.... Prevenir, identificar, diagnosticar, actuar, intervir, não criticar, estar, compreender, reconhecer, acompanhar, conhecer

É AGIR ..... É CUIDAR





"Ser criança só por si  
 Já é algo especial  
 Mas se a vida ainda lhe deu  
 Algo que a diferencia  
 E que a faz especial  
 Essa doença tão rara  
 que nessa criança existe  
 Algo que a faz ser tão triste  
 tão diferente sendo igual  
 Que faz aquela criança  
 Viver sem esperança  
 E até sentir-se mal  
 Então compete a nós  
 Aos Pais, familiares  
 Amigos e professores  
 Todos juntos com carinho  
 E todos em união  
 Ajudar um bocadinho  
 Dar-lhe força p'ra viver  
 Fazendo-a sentir a vida  
 Como bem encantador  
 Fazer das suas diferenças  
 Uns valores especiais

Porque assim é de verdade  
 Se pensardes que na vida  
 Uma criança assim  
 Faz um esforço bem maior  
 Com a diferença que tem  
 Que uma criança normal  
 E tem de parecer igual  
 E tornar-se ainda pior  
 Se a diferença for menor  
 Porque esqueçamos enfim  
 Que aquela criança belíssima  
 É criança especial  
 Tem uma doença raríssima  
 Por isso queridos pais  
 Que a nossa força se junte  
 Fazendo com que estas crianças  
 Tenham um mundo melhor  
 E que a sua força e coragem  
 Por toda a diferença que tem  
 Ilumine este Natal  
 Nos dê força sem igual  
 E um Novo ano feliz"

Lina Ferreira

**Bibliografia**

- ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida; ALMEIDA, Helena Nunes de – "Sombras e marcas: os maus tratos às crianças em Portugal", **Análise Social**. Lisboa. Vol. XXXIV, nº 50 (Outubro/Dezembro 1999), p. 91-121. ISSN 0003-2573.
- AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Ângela da Costa – **Maus-tratos à Criança**. CLIMEPSI EDITORES: Lisboa, 2006. 162 p. ISBN 972-796-220-3.
- JORGE, Ana [et al.] – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde**. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2007. 79 p.

- MAGALHÃES, Teresa – **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais**. Quarteto Editora: Coimbra, 2002. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.
- Ministério da Segurança Social e do Trabalho – **Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos**. Lisboa, 2003. 14p.



Obrigada pela Vossa Atenção



# **CENTRO DE REABILITAÇÃO PARALISIA CEREBRAL CALOUSTE GULBENKIAN**

## ***AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO***



## ***PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA***

**Realizado por:**

Sónia Tavares (aluna U.C.P)

**Orientada por:**

Enf.ª Esp. Teresa Folha

Maio 2010

A acção de formação “Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência” decorreu no dia 28/05/2010, com a orientação e coordenação da Enf<sup>a</sup>. Teresa Folha.

Como formadores – Sónia Tavares.

Solicitei a colaboração da jurista do I.A.C que aceitou a participação. O objectivo desta participação teve em vista uma melhoria na articulação entre as duas instituições com vista à realização de um protocolo futuro. Esta participação foi essencial pois a sua experiência vasta enriqueceu em muito a acção de formação.

Nesta acção de formação participaram cerca de 19 formandos, principalmente ajudantes operacionais, como solicitado pela directora da instituição. Participaram ainda assistentes sociais, enfermeiros, educadoras, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Devido à vasta adesão foi agendada nova acção de formação para 17 de Setembro de 2010.

Durante a acção de formação foi possível a partilha de experiências entre os diferentes técnicos e principalmente sensibilizá-los para esta problemática, formar, pois tinha sido uma necessidade levantada com a aplicação do questionário.

A acção de formação estava prevista por 2 horas mas o tempo foi excedido em 45 minutos. Este tema poderia ser debatido numa formação a decorrer durante um dia inteiro, mas a próxima fica planeada para 3 horas.

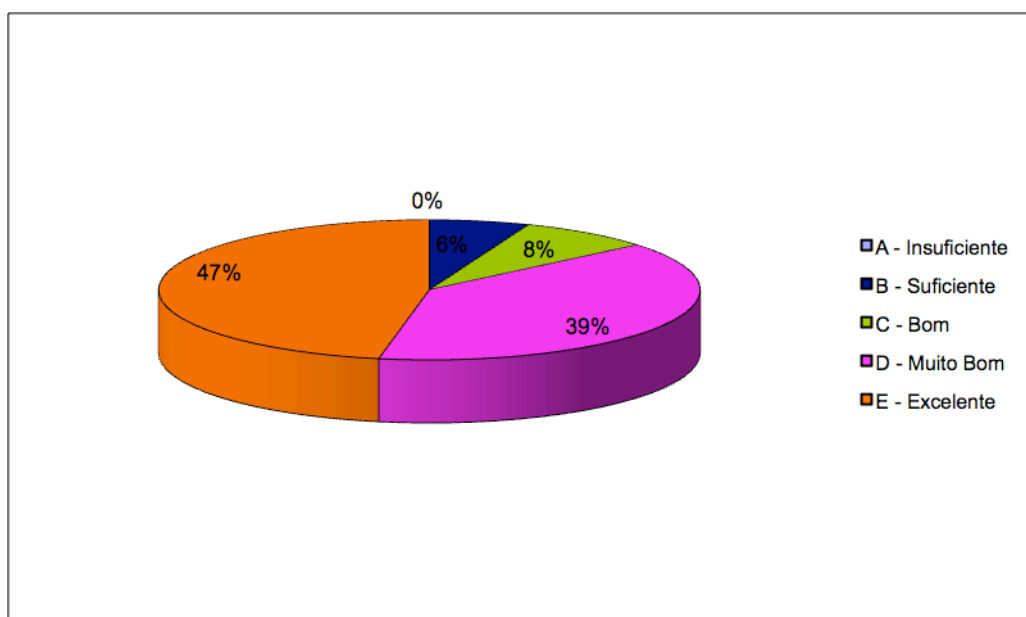
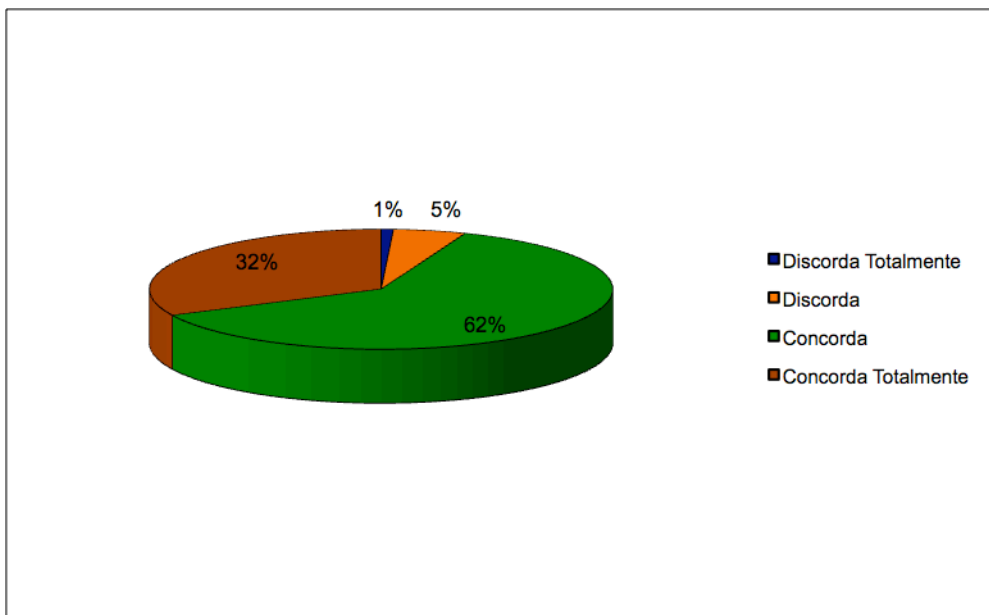
Os materiais disponibilizados a cada formando foram os diapositivos da acção de formação em papel, avaliação da sessão e contactos úteis do S.O.S Crianças e Crianças Desaparecidas.

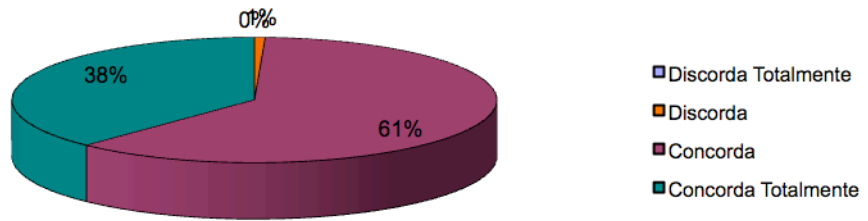
Foi realizado um intervalo para café com cerca de 15 minutos.

Em relação à avaliação da sessão:

- Apreciação global – uma pessoa discordou que a teoria estava relacionada com a prática. Nos restantes itens todas as pessoas concordaram e concordaram totalmente.
- Organização da acção de formação – no item os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida 1 pessoa discordou totalmente. No item a duração da formação foi adequada 3 pessoas discordaram e posteriormente referiram que gostariam que tivesse sido mais tempo. Uma pessoa discordou com o horário da formação e duas pessoas referiram que a divulgação foi insuficiente. Os restantes formandos concordaram e concordaram totalmente com os itens questionados.
- Formadores e Metodologia – uma pessoa referiu incapacidade de motivar, despertar interesse nos formandos e uma pessoa referiu a incapacidade de gerir o tempo. Os restantes formandos classificaram os itens em suficiente, bom, muito bom e excelente, com maior incidência na classificação de muito bom e excelente.
- Dentro da temática apresentada redirá dois aspectos que considerou importantes para o seu desempenho – enquadramento jurídico (7 pessoas), troca de experiências (6 pessoas) e enquadramento teórico (6 pessoas).

- Dentro da temática apresentada refira dois aspectos que considerou menos importantes para o seu desempenho – não se obtiveram resposta.
- Comentários e sugestões de melhoria
  - ✓ Mais tempo de formação
  - ✓ Mais acções de formação





**Anexo III.I – Dossier de Apoio “Maus-tratos Infantis”**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**Instituto de Ciências da Saúde  
Escola Superior Politécnica de Saúde**

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional  
Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria**

# **MAUS-TRATOS INFANTIS**

**Autora:**

Sónia Tavares

Aluna nº 192009007

**Orientação pedagógica:**

Prof. Elisabete Nunes

**Lisboa, 2010/2011**

## **SIGLAS**

C.P – Código Penal

CPCJR - Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

CRPCCG – Centro de Reabilitação Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

C.S. – Centros de Saúde

D.G.S – Direcção Geral de Saúde

H.D.E – Hospital Dona Estefânia

I.A.C – Instituto de Apoio à Criança

N.A.C.J.R – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

N.H.A.C.J.R – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

O.M.S – Organização Mundial de Saúde

UCF – Unidades de Cuidados Familiares

## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
1 – INTRODUÇÃO	5
2 - DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS INFANTIS	6
2.1 – Risco e Perigo	7
2.2 – Factores de Risco	9
2.3 – Factores Protectores	11
2.4 - Indicadores e Caracterização dos Maus-tratos	12
2.4.1 – Indicadores	12
2.4.2 – Tipologia de Maus-tratos	15
<u>2.4.2.1 – Negligência</u>	15
<u>2.4.2.2 – Maus-tratos Físicos</u>	17
<u>2.4.2.3 - Abuso sexual</u>	19
<u>2.4.2.4 – Maus-tratos Psicológicos</u>	19
<u>2.4.2.5 – Síndrome de Muschausen por Procuração</u>	24
2.5 – Prevenção	27
2.6 – Princípios Orientadores da Intervenção Junto de Crianças e Jovens em Risco/Perigo	28
2.7 – Relacionamento com as Famílias/Cuidadores	31
2.7.1 – Atitude dos Profissionais	31
2.8 – Envolvimento dos núcleos de Apoio a crianças e jovens em risco	32

2.9 – Avaliação, Diagnóstico e Intervenção em situações de maus-tratos	33
2.10 – Acompanhamento Continuado	33
3 – CONCLUSÃO	35
4 – BIBLIOGRAFIA	36

## 1 - INTRODUÇÃO

A concepção e definição de criança nem sempre foram conceptualizadas como actualmente. Desde o nascimento, que o processo de inclusão da criança na sociedade a que pertence marca para sempre o seu desenvolvimento futuro.

A criança não é um adulto, é um ser humano de condição frágil, único na sua fraqueza, na sua dependência e na sua inocência.

Até ao século XII não existia lugar no mundo para a criança. É a partir do século XIII que a noção de criança começou a ter algum significado, associada à figura do Menino Jesus. Estas participavam em festas de adultos, vestiam as mesmas roupas e iniciavam a actividade profissional muito cedo. *“Eram adultos em miniatura”* (Azevedo, 2006).

Durante o século XVII, com Rosseau inicia-se a conceptualização da criança como um ser com valor próprio e digno de respeito.

Falar de maus-tratos infantis, de acordo com a perspectiva histórica, nem sempre foi consensual, primeiro porque a criança nem sempre foi considerada como ser humano com direitos, posteriormente porque o castigo corporal foi um método muito utilizado para “disciplinar” as crianças. Os maus-tratos eram socialmente aceites. As crianças eram consideradas propriedades dos seus pais, e estes, por sua vez, podiam cometer qualquer acto atroz.

Diagnosticar e intervir em situações em que as crianças são vítimas de maus-tratos ainda causa constrangimentos aos profissionais de saúde e população em geral, motivo pelo qual o número de crianças identificadas como vítimas de maus-tratos se torna escasso face à realidade existente.

A Constituição da República Portuguesa (alínea 1, artigo 69º) refere *“as crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições”* (2009, p.39).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 dá ênfase a esta problemática, ao referir a insuficiente resposta dos serviços de saúde aos maus-tratos a crianças e jovens.

## 2 – DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS INFANTIS

Os maus-tratos infantis são uma problemática mundial, actual.

Exige uma abordagem interdisciplinar, sistemática e global, quer no domínio do estudo do fenómeno, quer nas acções para o prevenir ou nas respostas aos casos que não foi possível evitar.

É um fenómeno complexo e multifacetado, podendo ocorrer a morte ou sequelas graves a nível físico e psicológico, afectando para sempre a vida das crianças. Trata-se por isso de um grave problema de saúde pública, em que os profissionais de saúde têm um papel importantíssimo na prevenção, despiste e tratamento/encaminhamento.

O conceito de maus-tratos não é consensual, o que torna esta problemática ainda mais complexa, isto porque depende dos factores socioculturais e da própria concepção de maus-tratos de cada um. Contudo, provoca sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, a morte.

O artigo 19º da Convenção da Nações Unidas sobre os direitos da criança determina o direito à protecção integral de todas as crianças contra qualquer forma de violência.

Teresa Magalhães define maus-tratos como *“qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”* (2004, p. 32).

As primeiras referências a maus-tratos surgiram, esporadicamente, em revistas científicas ao longo do século XIX.

Tardieu, francês, em 1860 escreveu o primeiro artigo médico sobre o assunto, baseando-se em resultados de autópsias a um conjunto de crianças com menos de 5 anos de idade vítimas de morte violenta, sugerindo terem sido os pais os respectivos agressores.

Mary Ellen, em 1874, menina americana de 9 anos, vítima de abandono e maus-tratos por parte dos pais, foi encontrada amarrada com correntes aos pés da cama. Na altura, como não existia legislação que protegesse as crianças, em tribunal foi argumentado que as crianças mereciam, pelo menos a mesma protecção que um animal.

Segundo Díaz Huertas, os maus-tratos encontram-se divididos em 5 épocas:

- Desconhecimento (até 1946)
- Descrição de síndromas sem as identificar (1946-1961)

- Identificação (1962 até meados de 1970)
- Reconhecimento (meados da década de 70 a meados da década de 80)
- Prevenção (desde a década de 80)

Em Portugal a problemática dos maus-tratos à criança surgiu nos anos 80 com a opinião pública.

O Instituto de Apoio à Criança (IAC) é uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, fundada em 1983, cujo principal objectivo é *“contribuir para o desenvolvimento integral da criança na defesa e promoção dos seus direitos”*.

Em 1984 surgem os Núcleos de Apoio à Criança Maltratada em vários hospitais.

Fausto Amaro, em 1985, realiza o primeiro estudo sociológico sobre crianças maltratadas em Portugal, no qual foram estimados cerca de 20.000 crianças maltratadas, sendo 48% de casos de negligência, entre 31% a 36% de maus-tratos psicológicos e 16% a 21% de maus-tratos físicos.

Em 1987, foi criado, pelo IAC, o S.O.S criança, primeira linha telefónica de apoio às crianças e famílias em risco e em 1991 surgem as Comissões de Protecção de Menores.

Entre 1996 e 1998, a Assembleia da Republica Portuguesa encomendou uma investigação acerca da diversidade dos maus-tratos onde cerca de 11% das crianças da amostra tinham uma doença crónica, 10% tinham doença mental e 8% eram portadoras de deficiência física.

Segundo a UNICEF (2003), no nosso país morrem por ano cerca de 66 crianças vítimas de maus-tratos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, estimou em cerca de 30 mil os óbitos ocorridos por homicídio em crianças com menos de 15 anos. Contudo, apenas uma pequena parcela de situações de maus-tratos é denunciada e investigada.

No último semestre de 2009, os núcleos encaminharam para o 3º nível de intervenção (tribunal) 2815 crianças, das quais 72% vítimas de negligência; 9% maus-tratos físicos; 7% abusos sexuais e 12% maus-tratos psicológicos.

A Declaração dos Direitos da Criança, no seu artigo 9º, protege a criança contra qualquer tipo de maus-tratos. Esta Convenção não foi rectificada por todos os países mundiais.

## **2.1 – RISCO E PERIGO**

O conceito de risco de ocorrência de maus-tratos em crianças e jovens é lato face ao perigo. As situações de perigo dizem respeito ao perigo potencial face à efectivação dos direitos da criança, no âmbito da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Quando não é efectuada uma intervenção eficaz face a situações de risco, surge o perigo. As diferenças existentes entre situações em que a criança/jovem se encontra em risco ou perigo, efectivam o nível e a legitimidade de intervenção.

Nas situações de risco, segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), a legitimidade de intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo, tendo em vista o eclodir do perigo, através de políticas, estratégias e acções integradas dirigidas à população, em geral, ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade.

Nem todas as formas de risco legitimam a intervenção do Estado e Sociedade na vida e autonomia das famílias, jovens e crianças. Limita-se, assim, às situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e/ou desenvolvimento da criança ou jovem.

A intervenção dos Serviços de Saúde, para além da detecção de contextos e factores de risco, do reforço de factores protectores e da intervenção atempada, progride, também, no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo.

#### **SITUAÇÕES DE PERIGO PARA A CRIANÇA OU JOVEM**

- a) 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.

## **2.2 – FACTORES DE RISCO**

Os **factores de risco** dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência e/ou manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens.

Os factores de risco não surgem isolados, frequentemente existem vários, associados entre si. Funcionam como indicadores inespecíficos, não podendo, contudo, ser considerados causa directa de aparecimento ou persistência do fenómeno.

A avaliação das situações deverá atender ao contexto global, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

### **SITUAÇÃO DE URGÊNCIA**

Entende-se por **situação de urgência** a situação de perigo, actual ou eminente, para a vida ou integridade física da criança ou do jovem. Neste caso, qualquer entidade pode e deve tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança e do jovem, devendo solicitar a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.

### **ASPECTOS DO CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL**

A intervenção dos Serviços de Saúde e da sociedade devem abranger os aspectos culturais, sociais, económicos e legais que determinam, enquanto factores de risco ou de protecção, a expressão dos maus-tratos. Todas as crianças/jovens são detentoras de direitos e os profissionais deverão contribuir para a protecção dos mesmos.

Algumas reproduções sociais sobre o papel da criança/jovem na família e na sociedade contribuem para potenciar o risco, nomeadamente:

- **Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal;**
- **Exaltação mediática da violência;**
- **Tolerância social para a educação através da punição física;**
- **Escassez na efectividade dos mecanismos de punição da violência intra familiar;**
- **Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar.**

- Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade);
- Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.

#### **ASPECTOS DA DINÂMICA FAMILIAR E INSTITUCIONAL**

No que respeita às vivências em contexto familiar ou institucional, os percursos de vida e ocorrências diversas podem constituir focos de tensão que propiciam eventuais situações de maus-tratos.

No âmbito do quadro familiar e institucional, é de considerar estar-se em presença de factores de risco quando ocorrem as seguintes situações:

- Vinculação insegura, problemas de comunicação e/ou *deficit* no exercício das responsabilidades parentais;
- Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares - situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.;
- *Deficit* de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável;
- Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar – relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio;
- Crianças e jovens desprovidas de meio familiar e que, por decisão negociada (CPCJ) ou decisão judicial, se encontram institucionalizadas;
- Vivências escolares pautadas por diversas formas de violência, nomeadamente o bullying.

#### **ASPECTOS LIGADOS AOS PAIS OU A QUEM TENHA A GUARDA DE FACTO**

Além dos aspectos sociais genéricos, da coesão e funcionalidade familiar – e em interacção com estes – existe um conjunto de factores de ordem pessoal, no que respeita aos pais (ou quem os substitui) que podem estar relacionados à ocorrência de maus tratos, nomeadamente:

- Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem;
- Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências;

- Perturbação da saúde mental ou física (diversos *handicaps*);
- Antecedentes de comportamento desviante;
- Dificuldade em lidar com as frustrações, vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima e perturbações emocionais e deficit de auto-controlo, personalidade imatura e impulsiva;
- Antecedentes de vivência pessoal de maus-tratos;
- Parentalidade em idade muito jovem;
- Gravidezes muito próximas e/ou gravidezes não vigiadas;
- Inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança;
- Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade.

### **ASPECTOS LIGADOS À CRIANÇA/JOVEM**

As crianças e jovens poderão apresentar alguns aspectos específicos, que lhes são particulares, no entanto, poderão constituir factores de risco para a ocorrência de maus tratos:

- Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades;
- Traços de personalidade e temperamento que conflituem com as expectativas dos pais/responsáveis;
- Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar);
- Crianças com *handicap* e portadoras de necessidades de saúde especiais;
- Sexo da criança ou jovem (em particular, quando não corresponde às expectativas familiares).

### **2.3 - FACTORES PROTECTORES**

Entende-se por **factores de protecção** as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como minimizadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacte.

Quando os factores de protecção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a possibilidade de ocorrer uma situação crítica.

- **Características individuais:**
  - ✓ **Boa auto-estima;**



- ✓ **Desejo de autonomia ou a capacidade de pedir ajuda.**
- **Características relacionais:**
  - ✓ **Forte vinculação construída com um dos progenitores (pelo menos);**
  - ✓ **Relação afectiva securizante estabelecida com um adulto significativo;**
- **Recursos adequados na comunidade:**
  - ✓ **Meio escolar integrador;**
  - ✓ **Apoio social disponível;**
  - ✓ **Grupos formais e informais de pares.**
- **Características das crianças**
  - ✓ **Crianças saudáveis e atractivas;**
  - ✓ **Ter desejo de autonomia e comportamentos exploratórios;**
  - ✓ **Ter capacidade de pedir ajuda quando necessário;**
  - ✓ **Crianças com competências adaptativas.**

## **2.4 - INDICADORES E CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS**

### **2.4.1 - INDICADORES**

Os **sinais** e **sintomas** que representam os designados “sinais de alarme” são indicadores da possibilidade de existência de uma situação de risco ou perigo da ocorrência de maus-tratos na criança.

A presença de sinais e sintomas são uma orientação face ao diagnóstico e possível intervenção, mas é essencial investigar a presença de vários sinais e sintoma, assim como a congruência das justificações apresentadas para o fenómeno. No caso de crianças com deficiência, por vezes, estes sinais e sintomas ainda se podem tornar mais dúbios, até porque a vulnerabilidade destas crianças é superior e os sinais e sintomas poderão confundir-se coma própria patologia.

Em presença de uma situação de risco ou de perigo, consoante o tipo e a gravidade da matéria em questão, terão lugar diferentes tipos de procedimentos, a aplicar isolada ou conjuntamente.

### **SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AOS MAUS-TRATOS EM GERAL**

Os sinais e sintomas, não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus-tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de que os direitos da criança não se encontram salvaguardados, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

### *História*

- ✓ Passado de abuso ou violência familiar;
- ✓ Exposição a violência familiar, pornografia, abuso de álcool e drogas;
- ✓ Pais abusados em criança;
- ✓ Isolamento e ausência de rede social de suporte;
- ✓ Oprimir, humilhar e/ou aterrorizar;
- ✓ Doença mental (ex. depressão pós-parto);
- ✓ Disciplina inconsistente ou desadequada;
- ✓ Factores de *stress* social graves;
- ✓ Demora no recurso aos cuidados;
- ✓ Justificação inconsistente com as lesões;
- ✓ Promover dependência excessiva na criança;
- ✓ Recusa activa na procura de cuidados médicos;
- ✓ Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.);
- ✓ Procura frequente de cuidados em locais diferentes (sintomas dificilmente explicáveis e pedido de exames complementares).

### **Sinais físicos**

- ✓ Perturbações do desenvolvimento psicomotor com atraso de crescimento (*Failure to thrive – FTT*);
- ✓ Deficiente higiene;
- ✓ Desidratação ou má nutrição;
- ✓ Envenenamento (especialmente se recorrente);
- ✓ Fracturas com padrões específicos, especialmente em crianças, ou calos ósseos correspondentes a fracturas anteriores;
- ✓ Fracturas das metáfises dos ossos longos (*corner fracture*);
- ✓ Fracturas das costelas – posterior ou lateral;
- ✓ Lesões do sistema nervoso central em crianças (hematoma, edema cerebral, principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade);
- ✓ Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução: equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc;
- ✓ Queimaduras, em particular se com distribuição anormal (padrão “luva e meia” ou formato de objecto identificável);
- ✓ Lesões genitais;
- ✓ Infecções de transmissão sexual;
- ✓ Gravidez.

### **Sinais comportamentais e de desenvolvimento**

- ✓ Atrasos de desenvolvimento (a nível motor, emocional, social, cognitivo, linguagem, visual e auditivo);
- ✓ Agressividade;
- ✓ Ansiedade e comportamentos regressivos (mudanças súbitas no padrão de comportamento, alteração do rendimento escolar);
- ✓ Obsessões;
- ✓ Tristeza e medo;
- ✓ Comportamentos de desafio;
- ✓ Ideação suicida;
- ✓ Desvinculação da família;
- ✓ Abuso de substâncias;
- ✓ Comportamentos de auto-mutilação;
- ✓ Comportamentos sexualizados;
- ✓ Comportamento excessivamente responsável.

## **2.4.2 - TIPOLOGIA**

### **2.4.2.1 - NEGLIGÊNCIA**

À incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, dá-se o nome de negligência. A negligência, em regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis. A negligência pode assumir diversas formas: ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicidade, entre outras.

Os Centros de Saúde, como instituição que presta cuidados de saúde primários, detecta mais facilmente este tipo de maus-tratos do que a nível hospitalar. A presença de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados; como o não cumprimento persistentemente o

Programa Nacional de Vacinação; ausência nas consultas programadas, ou, ainda, não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente faz com que os profissionais de saúde, através da visita domiciliária detectem o estado de saúde da criança/jovem.

Há que realçar, contudo, que é imprescindível atender ao contexto de vida em que as evidências são observadas, uma vez que os sinais podem não ser resultante directa de uma carência na relação entre cuidadores e criança ou jovem mas, antes, terem origem na precariedade do contexto familiar, cultural, social e/ou económico em que a criança vive. Para responder ao problema, a estratégia a seguir pelos serviços terá que ser planeada em conjunto com a família e criança/jovem.



<http://www.janamagalhaes.com/wp-content/uploads/2009/08/Negligencia-450x655.jpg>

## SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS À NEGLIGÊNCIA

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus-tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de negligência, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

### *Sinais*

- Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e o meio familiar*):
  - Sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos;
  - Eritema perineal prolongado ou recorrente.
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada;
- Intoxicações acidentais repetidas;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falte de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados);
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou no do Programa de Vacinação.

**Sinais físicos de negligência prolongada** (*quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal*): - progressão ponderal deficiente

- Cabelo fino;
- Abdómen proeminente;
- Arrefecimento persistente;
- Mãos e pés avermelhados;
- Atraso no desenvolvimento sexual.

### **Sintomas**

- Atraso no desenvolvimento e nas aquisições sociais:
  - Linguagem;
  - Motricidade;
  - Socialização
- Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agressividade;
- Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (por exemplo, roubar alimentos ou comer obsessivamente);
- Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação.

### **2.4.2.2 – MAUS-TRATOS FÍSICOS**

Os **maus-tratos físicos** resultam da acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Os maus-tratos físicos surgem de diferentes formas. Desde a criança batida, abanada, queimada, com fracturas, traumatismos, lesões abdominais, intoxicadas, sufocadas, muitas são as variantes possíveis de encontrar numa criança/jovem.

Devido à sua evidência aos “olhos” dos profissionais de saúde, é a forma mais frequentemente diagnosticada, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se a negligência tem mais probabilidades de ser detectada através

do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS, os maus-tratos físicos são frequentemente detectados nas urgências hospitalares.



[http://1.bp.blogspot.com/\\_1PAQ2Yv7Pr0/TQyhp2iV0I/AAAAAAAAAWk/1Fk4Hn1\\_Yqg/s200/violencia.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_1PAQ2Yv7Pr0/TQyhp2iV0I/AAAAAAAAAWk/1Fk4Hn1_Yqg/s200/violencia.jpg)

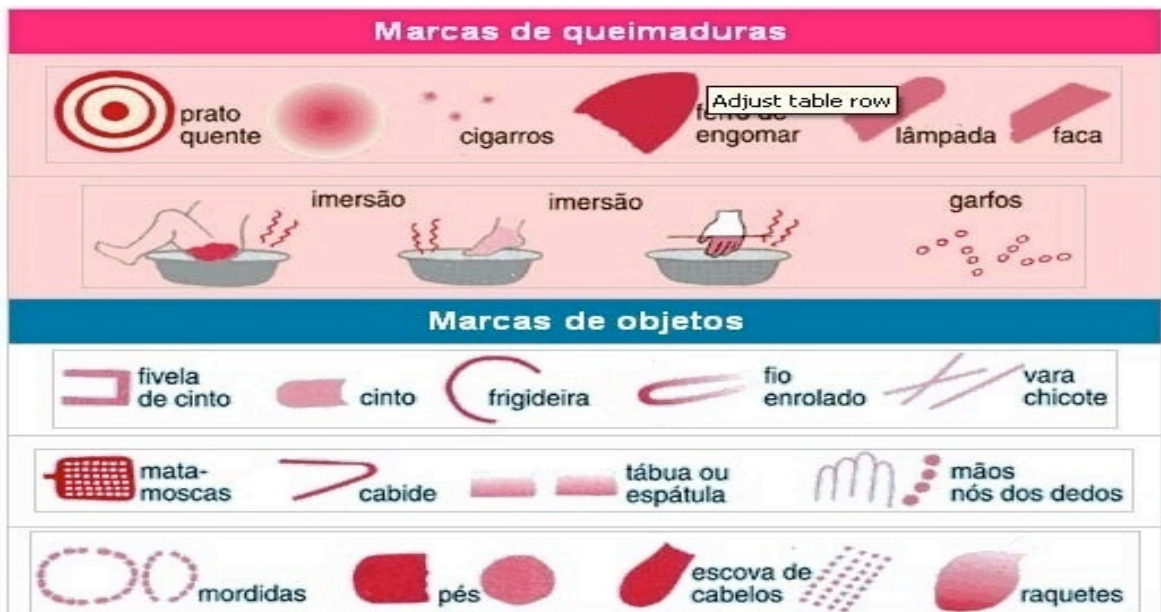
## SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AO MAU-TRATO FÍSICO

Os sinais e indicadores adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus-tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de maus-tratos físicos, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

### **Sinais**

- Lesões com diferentes estadios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise (*corner fracture*);
- Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano de idade;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (equimoses ou outros ferimentos na face, à volta dos olhos, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão accidental;
- Lesões desenhando marcas de objectos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua);
- Queimaduras múltiplas e/ou simulando acto voluntário, actuais ou cicatrizadas (por exemplo, queimadura de cigarro na palma da mão, na planta do pé, genitais e nádegas ou padrão “luva e meia” correspondente a imersão forçada) e com fácil identificação do objecto causador (por exemplo, ferro de engomar);
- Alopecia traumática;

Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais), devem ser pesquisadas se existe suspeita de maus-tratos.



JOHNSON, Charles F. Lesões Infligidas Versus Lesões Acidentais. In: *Abuso da Criança*. adaptado: *Clínica Pediátrica da América do Norte*. Interlivros, v.4, p.874 e 878, 1990.

<http://www.estilors.com.br/conteudo/kids/materias/comportamento-abuso.jpg>

### Indicadores

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;
- Demora na procura de cuidados médicos;
- História de lesões repetidas;
- Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões).

### 2.4.2.3 - ABUSO SEXUAL

O **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 e mais forte. Numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Este tipo de maus-tratos pode manifestar-se de diferentes formas:

- Importunar a criança ou jovem,
- Obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espectáculos obscenos,
- Utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens,
- Prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras

### **FORMAS DE MANIFESTAÇÕES DO ABUSO SEXUAL**

O abuso sexual pode ser ocasional ou repetido, ocorrendo no contexto extra ou intra familiar. O fenómeno adquire contornos particulares sempre que é perpetrado por um adulto significativo para a criança/jovem, podendo esse facto dificultar o esclarecimento da situação. Nestes casos há, frequentemente:

- Imposição do segredo e do silêncio;
- Sentimento incutido à criança de que ela é “especial” e que por isso foi “escolhida” e recebe esse “apreço”;
- Ideia de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor imenso.

Estes casos colocam grandes dificuldades de detecção e diagnóstico dado que:

- Raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios físicos e/ou biológicos de outro tipo de evidência que constituam indicadores, por isso:

- ❖ Na maior parte dos casos não há penetração anal ou vaginal, em particular com crianças pequenas;
- ❖ Quando existe penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes, fora das cavidades;
- ❖ Frequentemente, a criança e as roupas são lavadas;
- ❖ Regra geral, o período entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior a 48 horas, o que torna difícil, se não impossível, os estudos para pesquisa de esperma;
- ❖ O tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda;
- ❖ As crianças, sobretudo as mais novas, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva “normal” ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador;
- ❖ Frequentemente os sintomas surgem desfasados no tempo, em relação à data dos acontecimentos.

Assim, no decurso da investigação clínica, há que ter em conta um conjunto de procedimentos que visam estabelecer uma relação de confiança e abertura entre o profissional

e a criança/jovens, com vista à clarificação da situação, da forma menos traumatizante possível.

### **SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AO ABUSO SEXUAL**

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus-tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de abuso sexual, em particular quando coexistem vários destes aspectos.



[http://1.bp.blogspot.com/\\_1PAO2Yv7Pr0/TQvjTKT3X7I/AAAAAAAAAW0/AlavrQfGnpU/s1600/girl-domestic-violence11.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_1PAO2Yv7Pr0/TQvjTKT3X7I/AAAAAAAAAW0/AlavrQfGnpU/s1600/girl-domestic-violence11.jpg)

#### **Sinais**

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção) – as lesões genitais têm uma cicatrização muito rápida e completa;
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- A presença de verrugas ou condilomas perineais e anais deve conduzir a uma investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão do abuso;
- Sexo feminino: vulva (principalmente rafe posterior);
- Sexo masculino: pele e sulco balano-prepucial, glande (podem coexistir balanite e parafimose);
- Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de espermatozoides no corpo ou roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Gravidez.

### ***Sintomas gerais***

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;
- Obstipação e encopresis;
- Enurese secundária.

### ***Sintomas nas crianças***

- Conduas sexualizadas:
  - Interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (uso de linguagem desapropriada para a idade)
  - Masturbação compulsiva
  - Desenhos ou brincadeiras sexuais específicas;
- Perturbações funcionais:
  - Appetite: anorexia, bulimia;
  - Terrores nocturnos;
  - Regulação dos esfínteres: enurese e/ou encoprese;
  - Dores abdominais recorrentes e inexplicáveis;
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldade no relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos agressivos.

### **Sintomas nos jovens**

- Comportamentos aparentemente bizarros:
  - Dormir vestido com roupa de dia;
  - Urinar de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as/os toque;
  - Destruir e ocultar características pessoais que possam ser atractivas;
  - Recusa em tomar banho ou despir nos vestiários;
  - Recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual:
  - Comportamentos eróticos desadequados (por exemplo, masturbação em frente dos outros, interações sexuais com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos);
  - Repulsa em relação à sexualidade.
- Outras perturbações:
  - Depressão;
  - Auto-mutilação;
  - Comportamento ou ideação suicida;
  - Fuga.
- Comportamentos desviantes:
  - Abuso de álcool e drogas;
  - Delinquência;
  - Prostituição.

#### 2.4.2.4 – MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS (ABUSO EMOCIONAL)



[http://1.bp.blogspot.com/\\_zIF8I6UZV68/Sa1Hn8-akjI/AAAAAAAAAIA/P68yWcLEoxQ/s1600/crian%C3%A7s.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_zIF8I6UZV68/Sa1Hn8-akjI/AAAAAAAAAIA/P68yWcLEoxQ/s1600/crian%C3%A7s.jpg)

Os **maus-tratos psicológicos** resultam da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus-tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras actividades da criança ou do jovem.

##### **ALGUMAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DE MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS**

- Abandono temporário;
- Insultos verbais;
- Abandono afectivo;
- Ausência de afecto;
- Ridicularização e desvalorização;
- Hostilização e ameaças;
- Indiferença;
- Discriminação;
- Rejeição;
- Culpabilização;
- Humilhação;
- Observação ou envolvimento em situações de violência doméstica;
- Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos considerados inadequados.

Os maus-tratos psicológicos têm implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais.

Em famílias cujas condições sócio-económicas são mais favoráveis este tipo de maus-tratos torna-se mais difícil de diagnosticar.

Um outro aspecto não pode deixar de ser realçado é a presença de maus-tratos psicológicos quando referimos que as crianças são vítimas de outros tipos de maus-tratos.

## SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AOS MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS

### **Sinais**

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

### **Sintomas** (dependem do grupo etário)

#### **Perturbações funcionais:**

- Appetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- Controle dos esfíncteres (enurese, encompres);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Interrupção da menstruação na adolescência.

#### **Perturbações do comportamento:**

- Desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- Falta de curiosidade (ausência de comportamento exploratório);
- Défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- Fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
- Comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos (com agressões físicas a outras crianças ou adultos, incluindo o abusador e a família);
- Comportamentos obsessivos,
- Comportamentos bizarros (por exemplo, colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto para protecção contra supostas agressões);
- Acidentes muito frequentes.

#### **Perturbações cognitivas e relacionais:**

- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Perturbações da memória para as experiências do abuso;
- Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- Alterações da memória, concentração e atenção;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Sentimentos de vergonha e culpa;
- Medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- Perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil ou excessivamente adulto);
- Dificuldade em lidar com situações de conflito;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais (isolamento, afastamento dos amigos e familiares, hostilidade, falta de confiança nos adultos, agressividade, manifestações de raiva contra pessoas específicas);
- Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta ante estímulos sociais.

#### **2.4.2.5 - SINDROME DE MUSCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**

Na **Síndrome de Munchausen por Procuração** um dos elementos da família incute na criança (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar) sinais e sintomas, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Trata-se de uma forma rara de maus-tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico, pois os elementos da família recorrem a diversas urgências pediátricas. Algumas formas de manifestação desta síndrome são, por exemplo, ministrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes

bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente, a criança e, depois, procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia.

## 2.5 - PREVENÇÃO

A estratégia de prevenção surge como a mais adequada, capaz de promover a reabilitação do sistema familiar, fortalecendo os factores protectores e diminuindo as situações de risco/perigo.

A prevenção é fundamental à ocorrência de novos casos. Comporta três níveis: primário, secundário e terciário.

Na **prevenção primária**, pretende-se evitar o aparecimento de problemas, através de acções dirigidas à população. De componente essencialmente formativa e informativa, procura-se a minimização de projectos comunitários, que incorporem equipas multidisciplinares, capazes de intervir na dinamização de programas de apoio às famílias e suas crianças.

O objectivo desta prevenção deverá incidir sobre a redução do impacto dos factores de risco, promovendo as competências sociais e pessoais dos pais, professores, técnicos de saúde, justiça, segurança social, entre outros.

Alguns exemplos da prevenção primária:

- Legislação adequada;
- Serviços Sociais eficientes;
- Actividades de esclarecimento público;
- Programas de educação comunitária para adultos e crianças;
- Educação Cívica ao nível da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

A **prevenção secundária**, visa permitir uma maior consciencialização da existência de grupos sociais, cujas condições e características, permitem identificá-los como unidades de risco. Alguns autores referem mesmo indicadores de alerta, que se prendem com a instabilidade, desestruturação familiar ou falta de segurança existentes entre determinados grupos social e culturalmente definidos.

Nestes grupos identificados, é aconselhável uma intervenção precoce, antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais de mal-estar ou desajustamento. A intervenção deve contemplar um trabalho com a família, facilitando a comunicação empática e com a criança, ajudando-a a desenvolver os seus mecanismos de resiliência. São exemplos:

- Identificação pré-natal e continuada de famílias “em risco”;

- Programas de tratamento de abuso de substâncias tóxicas;
- Redes de suporte a nível comunitário e centradas na família;
- Cuidados de saúde pré e peri-natais que melhorem as condições de gravidez e reforçam os vínculos precoces;
- Actividades escolares pela “não violência”;
- Educação sobre segurança para crianças.

Na **prevenção terciária** deverá ser realizado o encaminhamento de casos e protecção das crianças, abordagem psicossocial e jurídica. Procura-se reduzir a duração da gravidade das sequelas do problema, bem como a reabilitação e cura das pessoas afectadas.

Os profissionais de saúde deverão atender e acompanhar o agressor.

A este nível, actuam os Serviços/Instituições oficiais, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e as Instituições de Acolhimento de Menores.

Deverá ser realizado:

- Diagnóstico precoce de maus-tratos;
- Serviços interdisciplinares adequados que assegurem tratamento médico, cuidados básicos, aconselhamento e suporte às vítimas e famílias;
- Reintegração numa comunidade/escola segura e que potencie boas experiências;
- Leis de protecção da infância mais adequadas e tribunais de menores mais eficientes e eficazes.

A reflexão sobre todas as questões relacionadas com as situações dos menores em risco/perigo, demonstra que não existem receitas, nem situações a que individualmente possamos recorrer para as resolver.

## **2.6 - PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA INTERVENÇÃO JUNTO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO/PERIGO**

1. O **interesse superior da criança** e do jovem como referencial primeiro da acção, sem prejuízo da ponderação devida a outros interesses legítimos presentes em cada situação;
2. A **privacidade**, relacionada com o respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da vida privada da criança ou do jovem;

3. A **intervenção, o mais precoce possível**, a desencadear logo que conhecida a situação de perigo;

4. A **intervenção mínima**, salvaguardando que apenas intervêm os agentes indispensáveis à promoção de direitos e protecção da criança ou do jovem em perigo;

5. A **intervenção proporcional e actual**, assegurando que a mesma se processa segundo princípios de razoabilidade e no momento imediato à tomada de decisão, produzindo impacto mínimo na vida da criança, do jovem e respectiva família da forma estritamente necessária à finalidade pretendida;

6. O exercício da **responsabilidade parental**, sendo a intervenção accionada de forma que os pais assumam os respectivos deveres para com a criança e o jovem;

7. A **obrigatoriedade da informação**, tendo em conta que a criança, o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a respectiva guarda de facto devem ser informados acerca dos seus direitos, dos motivos que determinam a intervenção e da forma como esta se processa;

8. A **participação** nos actos e na definição das medidas e a **audição obrigatória** são asseguradas, quer à criança ou jovem a partir dos 12 anos de idade, quer aos pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto;

9. A **subsidiariedade na intervenção**, a qual deve caber, **em primeira instância, às entidades com competência em matéria de infância e juventude**, em segunda instância, às CPCJ e, em terceira instância, aos Tribunais.

Para poder haver intervenção dos profissionais, a lei exige, excepto em situações de urgência que seja prestado o **consentimento livre e esclarecido** por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informados desse direito.

É igualmente reconhecido o direito da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos, a não autorizar a intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude, ou das CPCJ, devendo nesse caso ser referenciada a situação ao 3º nível de intervenção.

#### **Motivos de referenciação de crianças aos NACJR/NHACJR**

- Malformações da criança à nascença;
- Falta de competências parentais;
- Situação familiar;
- Situação sócio-económica;
- Maus-tratos;
- Pais com patologias de risco.

## Níveis de Intervenção



- **Primeiro nível** - é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude (saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros), podendo desenvolver actividades de forma a promoverem os direitos e protecção das crianças e dos jovens;
- **Segundo nível** - quando as entidades acima mencionadas não são capazes de remover o perigo, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR), intervém na realização de projectos de vida;
- **Terceiro nível** – é o último nível de intervenção. À intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, os Centros de Saúde (CS) e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJR e aos Tribunais, que apenas devem de intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo – após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance, e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o chamado **Princípio da Subsidiariedade**.

## **2.7 - RELACIONAMENTO COM AS FAMÍLIAS/CUIDADORES**

No que diz respeito à apreciação e ao relacionamento com as famílias, é indispensável:

- **Assegurar um tratamento digno a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos**

- **Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade**

- **Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar os seus membros**

- **Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências**

- **Intervir *com* as famílias (não *para* elas) e responsabilizar**

A relação empática estabelecida entre a criança/jovem/família e profissional de saúde assume extrema importância na intervenção. Demonstrar a atribuição de credibilidade ao testemunho e ao facto de ter falado, evidenciar disponibilidade para ajudar e ser capaz de pedir auxílio técnico são exemplos da postura desejável por parte dos profissionais.

### **2.7.1 - ATITUDE DOS PROFISSIONAIS**

***Na condução da entrevista, é necessário que a atitude do profissional permita:***

- Escutar o testemunho da criança ou do jovem
- Entender os pontos essenciais da situação
- Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente
- Transmitir confiança, orientar e proteger
- Denunciar o(s) perpetrador(es), do mau trato, se for caso disso
- Utilizar linguagem simples
- Mostrar-se disponível para a criança/jovem
- Se não se sentir apto ou com estas condições, deve pedir sempre ajuda a um colega com mais experiência e maior disponibilidade no momento

**O que pode/deve dizer-se à criança ou jovem na altura do depoimento:**

- Que se dá credibilidade ao seu testemunho
- Que não é culpada da situação
- Que é muito importante ter falado

- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas
- Que pode fazer perguntas
- Que não vai ser enganada nem manipulada nem serão quebradas promessas feitas
- Que tem tempo
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos (respeitar os silêncios)

Sob risco de se perder a confiança e dificultar o apuramento adequado das situações, há que evitar a todo o custo enganar, manipular ou quebrar promessas feitas à criança ou jovem. Por outro lado, sempre que não estejam reunidas as condições apontadas, ou que os factos ultrapassem o saber ou as competências do profissional, é importante que seja pedida ajuda a outro mais habilitado ou disponível para prestar o apoio necessário.

A informação entre os diferentes profissionais que trabalham a criança/jovem e família constitui um dos pilares essenciais da resposta adequada à maioria das situações de maus-tratos. A confidencialidade e protecção dos dados pessoais deverá ser assegurada. A troca de informações deverá ser a necessária à intervenção. Essa intervenção deverá centrar-se nos princípios éticos, deontológicos e legais para a gestão correcta de cada caso.

## **2.8 - ENVOLVIMENTO DOS NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO**

Sem prejuízo do assumir de responsabilidades por parte de todos os profissionais no âmbito dos maus-tratos em crianças e jovens, o dever de colaboração e a concertação das acções através do funcionamento de equipas de trabalho com vocação específica para o efeito constitui uma mais-valia, neste domínio.

Assim, os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que estão a ser dinamizados nos CS (Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NACJR) e nos Hospitais (Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NHACJR), adquirem um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de primeiro nível, trabalham na prevenção dos maus-tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção. Na articulação necessária entre os Núcleos dos CS e os dos Hospitais, as respectivas UCF adquirem um papel facilitador.

Além disso, nos casos que, pelas características e complexidade que apresentam, são merecedores de avaliação e acompanhamento que ultrapassam as possibilidades dos profissionais/equipas que directamente lidam com eles, os Núcleos permitem tornar mais

exaustiva a mobilização e articulação dos recursos na intervenção de primeiro nível, já mencionada.

Por outro lado, os Núcleos permitem agilizar a comunicação com as CPCJR, e também com os Tribunais, no que respeita à comunicação dos casos que necessitam de transitar para segundo e terceiro nível. Além disso, contribuem, em larga medida, para que se torne efectivo o apoio continuado, quer no âmbito da aplicação de medidas determinadas pelas CPCJR e Tribunais, quer na continuidade do apoio prestado quando, na sequência daquelas, se consegue reverter as situações de perigo e os processos são encerrados.

## **2.9 - AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE MAUS-TRATOS**

A detecção que os direitos das crianças estão a ser infringidos, nem sempre constitui uma tarefa simples face à intervenção dos profissionais de saúde. Contudo, face às consequências e danos causados os profissionais de saúde não negligenciam o problema e intensificam a capacidade de resposta por parte dos serviços.

Pelo tipo de inserção e pela intervenção diversificada que têm junto dos vários grupos populacionais, as equipas dos cuidados de saúde primários reúnem condições efectivas para a identificação de contextos específicos de risco e para a detecção, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, de casos problemáticos. Além disso, as relações de proximidade estabelecidas com outras estruturas comunitárias propiciam o trabalho articulado, em rede, o qual se reconhece ser o mais eficiente numa matéria tão complexa quanto esta.

### **2.10 - ACOMPANHAMENTO CONTINUADO**

As equipas de saúde e os Núcleos monitorizam as situações de risco de maus-tratos, prevenindo a ocorrência do perigo.

Por outro lado, os CS e Hospitais podem ser chamados a apoiar a aplicação, ou a subscrever, o acordo que consubstancia as medidas de promoção e protecção acordadas nas CPCJR, ou, ainda, serem solicitados a intervir no âmbito de uma decisão do Tribunal. Neste contexto, os NACJR e os NHACJR podem representar um pólo de referência nas instituições de saúde, estabelecendo uma interface com os profissionais das equipas de saúde que directamente lidam com as crianças e jovens em causa, ou por si próprias, assumirem também o acompanhamento do processo.

Mesmo não tendo intervenção directa nas situações, os Núcleos devem ser informados da existência dos casos que estão a ser acompanhados na instituição a que pertencem, bem

como receber notificação daqueles que cursaram noutras instâncias, nomeadamente CPCJR, e que foram encerrados. Tal objectivo concretiza-se mediante a promoção do funcionamento da rede externa dos serviços de saúde, nomeadamente pela sensibilização dos técnicos das CPCJR para esta necessidade. Só assim se torna possível proceder ao acompanhamento continuado das situações que, tendo sido eliminada a matéria de risco, não deixam de merecer seguimento posterior.

Existem situações que continuarão a ser acompanhadas nos Hospitais, em consulta de especialidade pediátrica, outras nos CS. Nas tarefas de monitorização através, por exemplo, das visitas domiciliárias, há que dar relevo, uma vez mais, à cooperação interinstitucional que deve presidir à relação entre os diversos parceiros da comunidade, contemplando, nomeadamente, suporte familiar nos momentos de crise; quando possível, outro tipo de iniciativas podem ser estimuladas, tais como a criação de grupos de suporte de pais/cuidadores, programas de formação em competências parentais, etc.

### **3 - CONCLUSÃO**

Os maus-tratos infantis são transversais a toda a sociedade. Não escolhe idades, género nem classes. No entanto, a pobreza, o analfabetismo, o abuso de substâncias ilícitas, a deficiência, doença crónica, entre outros, são factores de risco, permeáveis à sua ocorrência. Neste sentido, é urgente estar alerta a todas as formas de violência encapotadas.

É necessário estar vigilante pois os maus-tratos cometidos a crianças ocorrem em qualquer família. Uma família de um nível sócio-económico alto pode maltratar tanto a sua criança como outra qualquer. A grande diferença está na dificuldade de intervenção, logo é mais fácil intervir em meios sócio-económicos degradados, pois a sua vulnerabilidade é superior.

Actualmente são vários os instrumentos existentes responsáveis por defender os interesses e direitos das crianças e que ao mesmo tempo podem legitimar uma intervenção, nomeadamente a Declaração dos Direitos da Criança, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a lei de protecção de crianças e jovens em perigo, entre outros.

Trata-se por isso de um grave problema de saúde pública, em que os profissionais da saúde têm um papel importantíssimo na prevenção, despiste e tratamento/encaminhamento. As instituições de saúde têm responsabilidade na detecção precoce, nos factores de risco e de sinais de alarme, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos.

A prevenção é fundamental à ocorrência de novos casos. As estratégias a implementar devem ser baseadas no conhecimento da realidade e desenvolvidas conjuntamente entre governo, organizações não governamentais nacionais e internacionais, sociedade civil, grupos específicos da comunidade, universidades e cientistas. É fundamental, cada vez mais, uma formação transdisciplinar dos profissionais de saúde e a criação de redes efectivas de actuação.

#### 4 - BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida; ALMEIDA, Helena Nunes de – “Sombras e marcas: os maus tratos às crianças em Portugal”. **Análise Social**. Lisboa. ISSN 0003-2573. Vol. XXXIV, nº 50 (Outubro/Dezembro 1999), p. 91-121.

AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Ângela da Costa – **Maus-tratos à Criança**. CLIMEPSI EDITORES: Lisboa, 2006. 162 p. ISBN 972-796-220-3.

CARVALHO, Elisa – Comunicação e Linguagem: Sistemas Alternativos Aumentativos de Comunicação. Junho 2008. Disponível em: [http://elisacarvalho.no.sapo.pt/EE/Trabalho\\_com\\_ling.pdf.12/10/2010](http://elisacarvalho.no.sapo.pt/EE/Trabalho_com_ling.pdf.12/10/2010). [07/10/2010, 19:46].

**Classificação Internacional para a Prática Enfermagem Versão 1.0**. Edições Lusodidáctica, 2008, 210p. ISBN 9295040368.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... A primeira da vida**. Lusociência, 2003, 2ª edição, Loures.440p. ISBN 972-8383-53-3

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Edições Almedina, Coimbra, Out.2009. ISBN 978-972-40-3967-1.

#### CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

COUTINHO, Maria – Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. 2004. Vol. XXII, nº 1, p. 55-64. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a06.pdf>. [16/10/2010, 18:16].

FERNANDES, Maribel; RAMOS, Filomena – Reflexão sobre “parceria nos cuidados em pediatria”. **(Re)Encontro**. ISSN 0873-4050. Porto. Ano III, nº 1 (Janeiro/Agosto 2000), p. 20-25.

JORGE, Ana [et al.] – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde**. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2008. 79 p.

MAGALHÃES, Teresa – **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais**. Quarteto Editora: Coimbra, 2002. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.

MELISSA, H. [et al.] – Infância, Deficiência & Violência. 2004. Disponível em: <http://www.makinglifeasafeadventure.eu/download/Miolo%20Daphne.pdf> [03/10/2010, 13:16].

PAPALIA, Diane [et al.] – **O mundo da criança**. 8ª ed. McGraw-Hill: Lisboa, 2001. p. 245-252. ISBN 972-773-069-8.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Despacho nº 12 917/98 (2ª série). Disponível em: <http://www.arscentro.min->

[saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/Despacho%20n.%C2%BA%2012%20917-98%20\(2.%C2%AA%20s%C3%A9rie\).pdf](http://saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/Despacho%20n.%C2%BA%2012%20917-98%20(2.%C2%AA%20s%C3%A9rie).pdf). [12/10/2010, 15:19].

TEIXEIRA, Paulo – Síndrome de Asperger, Psicologia. Porto. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0254.pdf>. 12/01/2011. [08/10/2010, 11:34].

TROSTER, Eduardo Juan [et al.] – **A criança politraumatizada**. São Paulo: Roca, 1993. 295 p. ISBN 85-7241-076-7.

UNICEF – Para todas as Crianças Saúde, Educação, Igualdade, Protecção. 2003. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_arquivo/2003/03-09-18\\_report\\_card\\_5.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_arquivo/2003/03-09-18_report_card_5.pdf). 25/05/2010. [23/10/2010, 16:19]

**Anexo IV – Folha de Sinalização ao Núcleo**

# FICHA DE SINALIZAÇÃO AO NÚCLEO DO CRPCCG

## 1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / JOVEM

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Contacto(s): \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

---

## 2. AGREGADO FAMILIAR

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Profissão	Escolariedade
Percepção da dinâmica familiar: _____				

## 3. MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

Mau-trato Psicológico <input type="checkbox"/>	Mau-trato Físico <input type="checkbox"/>	Negligência <input type="checkbox"/>
Abandono <input type="checkbox"/>	Síndrome de Muschausen <input type="checkbox"/>	Abandono Escolar <input type="checkbox"/>
Abuso Sexual <input type="checkbox"/>	Comportamentos de Risco <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

#### 4. FACTORES DE RISCO

Vinculação insegura  Abuso de substâncias  Prematuridade

Doença crónica  Deficiência  Gravidezes muito próximas

Antecedentes de maus-tratos familiares  Fenómenos migratórios

Pobreza  Desemprego  Doença mental

Contextos sociais problemáticos  Outros  \_\_\_\_\_

#### 5. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

---

---

---

---

---

---

---

#### 6. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Nº Utente SNS: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde \_\_\_\_\_

Médico Assistente \_\_\_\_\_

Dados relevantes \_\_\_\_\_

---

---

#### 7. INFORMAÇÃO ESCOLAR / OCUPACIONAL

A preencher caso a criança/jovem frequente um estabelecimento de ensino.

Estabelecimento de ensino \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_

Quais as dificuldades apresentadas \_\_\_\_\_

---

---

## 8. INTERVENÇÃO

---

---

---

---

---

---

---

## **Anexo V – Projecto Úlceras por Pressão**

## CIRURGIAS 2010 – ORTOPEDIA

O CRPCCG estabeleceu protocolos com Hospital Dona Estefânia e Hospital de Santana devido à necessidade de cirurgias das crianças portadoras de deficiência que frequentam esta unidade de saúde.

Todos os meses, ortopedistas dos 2 hospitais realizam no CRPCCG, em conjunto, consultas a crianças/jovens. De acordo com a patologia e as deformações patentes são encaminhamentos para cirurgias ortopédicas nos hospitais de referência. A consulta é realizada em conjunto com a fisiatra e os fisioterapeutas que prestam cuidados “in loco”. A equipa de enfermagem dá apoio a esta consulta, referenciando à posteriori estas crianças/jovens e respectivas famílias.

O registo das propostas cirúrgicas, assim como das datas em que ocorreu a cirurgia é realizado informaticamente pela assistente operacional.

De acordo com a ocorrência de úlceras por pressão decorrentes de cirurgias durante o período de estágio foi iniciado um estudo sobre a prevalência das úlceras por pressão pós-cirurgia.

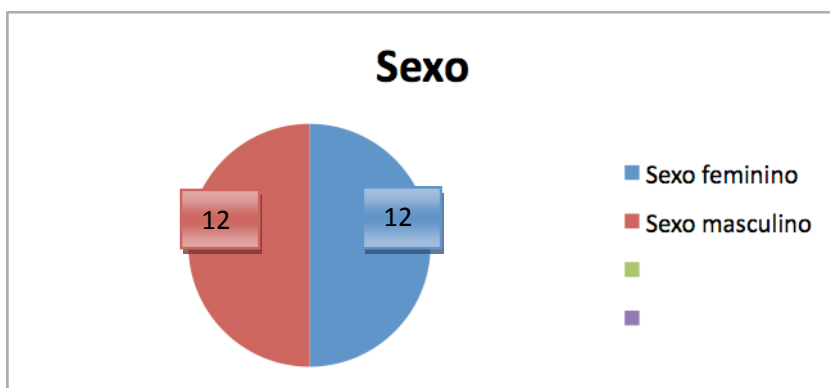
Durante o período de estágio tornou-se possível prestar cuidados a três crianças com úlceras por pressão decorrentes da cirurgia, tendo sido extraído gesso e prestados cuidados pós-operatórios no CRPCCG a 5 crianças.

Posteriormente ao término do estágio, foram obtidos dados relativos ao ano 2010. À posterior será terminado o estudo.

### Crianças operadas – 24

Sexo feminino – 12

Sexo masculino - 12

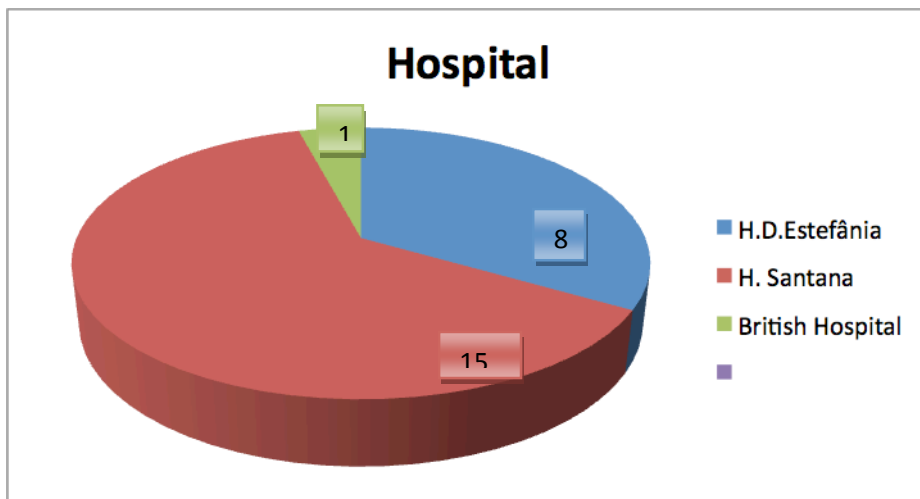


## Hospital de Referência

HDE – 8

HOSPITAL DE SANTANA – 15

BRSTISH HOSPITAL - 1



**Anexo VI – Folheto**

Os maus-tratos infantis são uma problemática mundial, actual.

É um fenómeno complexo, podendo ocorrer a morte ou sequelas graves a nível físico e psicológico, afectando para sempre a vida das crianças.

#### Direitos e Deveres do cidadão

- ◆ **Direito à vida**
- ◆ **Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover**
- ◆ **As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.**

Constituição da República Portuguesa, 2009

Realizado por:

A.E. Sónia Tavares

Orientada por:

Enfª Teresa Folha



**Chega de  
violência  
contra a  
criança!**

[http://4.bp.blogspot.com/\\_pT5ncws6Zpc/TFjGYH65rVI/AAAAAAAAAAGQ/KcMfuTdRBP4/s1600/chega-de-violencia-contra-a-crianca01.jpg](http://4.bp.blogspot.com/_pT5ncws6Zpc/TFjGYH65rVI/AAAAAAAAAAGQ/KcMfuTdRBP4/s1600/chega-de-violencia-contra-a-crianca01.jpg)

#### Em caso de suspeita contacte

**Polícia Municipal Lisboa - 217225200**

**Instituto de Apoio à Criança - 213617880**

**S.O.S Criança - 217931617**

**Crianças desaparecidas - 116111/ 116000**

**(Chamadas grátis)**

**Instituições locais**

**Centro de Reabilitação de Paralisia  
Cerebral Calouste Gulbenkian**

## **Prevenção de Maus-tratos Infantis**

**Maiο 2010**

Segundo a UNICEF (2003), no nosso país morrem por ano cerca de 66 crianças vítimas de maus-tratos.

Portugal, segundo um relatório da UNICEF, é o país com maior taxa de mortalidade por maus-tratos e negligência, dos países desenvolvidos.

(<http://mail.google.com/mail/?ui=1&view=att&h=125b8714c9de7a14&attid=0.1&dis...>)  
23-12-2009

## Maus-tratos infantis

*“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”.*

*Teresa Magalhães, 2004*



## Sinais de alerta

Sinais físicos repetidos  
Criança suja, roupa inadequada  
Cansaço ou apatia permanente  
Comportamentos agressivos e/ou acessos de cólera graves e persistentes  
Relações hostis e distantes  
Estado de alerta, receio  
Conduta sexual explícita, jogos e conhecimentos inapropriados para a sua idade  
Evitar estar em casa  
Poucos amigos na escola  
Pouco interesse e motivação pelas tarefas escolares  
Dores frequentes sem cauda aparente  
Problemas alimentares (por defeito ou excesso)  
Falta às aulas reiteradamente e sem justificação  
Atraso no desenvolvimento físico, emocional e intelectual  
Comportamentos anti-sociais  
Tentativa de suicídio e sintomatologia depressiva  
Regressão do comportamento  
Relações secretas, reservadas e exclusivas entre crianças e adulto  
Alterações no padrão de sono  
Falta de cuidados médicos básicos.

## Existem vários tipos de maus-tratos infantis:

Negligência  
Maus-tratos físicos  
Abuso sexual  
Maus-tratos psicológicos  
Síndrome de Munchausen por Procuração  
(DGS, 2008)

Imagem cedida por EIP Teresa Folha

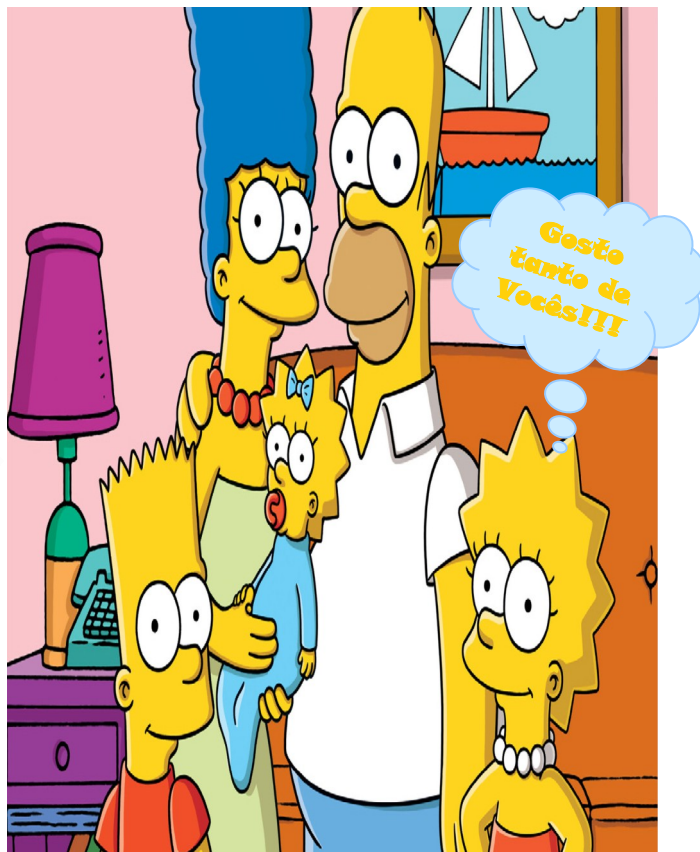
A Declaração dos Direitos da Criança (artigo 9º) protege a criança contra qualquer tipo de mau-trato.

## **Anexo VII – Postais de Vinculação**



[http://1.bp.blogspot.com/\\_HZQ25ulLCRk/SMBgIND-w8I/AAAAAAAABNq/yHBFOng4kg/s320/Ruca.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_HZQ25ulLCRk/SMBgIND-w8I/AAAAAAAABNq/yHBFOng4kg/s320/Ruca.jpg)

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



[http://1.bp.blogspot.com/\\_fVzjMwWlqM/TIPgin1s7UI/AAAAAAAAApo/hXfleQEtdE/s1600/a-familia-simpsons.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_fVzjMwWlqM/TIPgin1s7UI/AAAAAAAAApo/hXfleQEtdE/s1600/a-familia-simpsons.jpg)

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha

handmade by Isa

GOSTO  
MUITO  
DE  
VOCÊS



Imagem cedida por Enfª Teresa Folha

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



GOSTO  
MUITO  
DOS  
MEUS  
PAPÁS

[http://3.bp.blogspot.com/\\_DFF5a--k2xc/Sg3Z2rdsCjI/AAAAAAAAADP0/DWoBpFFgMxo/s400/pucca.jpg](http://3.bp.blogspot.com/_DFF5a--k2xc/Sg3Z2rdsCjI/AAAAAAAAADP0/DWoBpFFgMxo/s400/pucca.jpg)

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



PAPÁS

ADORO  
-VOS

Imagem cedida por Enfª Teresa Folha

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



GOSTO  
MUITO  
DE  
VOCÊS

[http://3.bp.blogspot.com/\\_DFF5a--k2xc/Sg3Z2rdsCjI/AAAAAAAAADP0/DWoBpFFgMxo/s400/pucca.jpg](http://3.bp.blogspot.com/_DFF5a--k2xc/Sg3Z2rdsCjI/AAAAAAAAADP0/DWoBpFFgMxo/s400/pucca.jpg)

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



[http://1.bp.blogspot.com/\\_XLUz7sxhszMS7JFTpGwal/AAAAAAAAAJM/pGwmg1ALxZA/S260/bob\\_construtor.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_XLUz7sxhszMS7JFTpGwal/AAAAAAAAAJM/pGwmg1ALxZA/S260/bob_construtor.jpg)

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



**GOSTO  
MUITO  
DE  
VOCÊS**



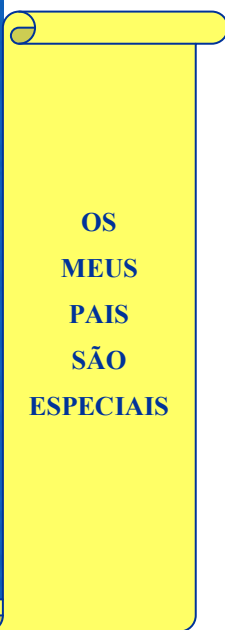
<http://www.manda-me.com/images/image-479249-e682dc729ba5a27867caf63c09-45634679.jpg>

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



[http://1.bp.blogspot.com/\\_XLUz7sxhszMS7JFTpGwal/AAAAAAAAAJM/pGwmg1ALxZA/S260/bob\\_construtor.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_XLUz7sxhszMS7JFTpGwal/AAAAAAAAAJM/pGwmg1ALxZA/S260/bob_construtor.jpg)

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha



**OS  
MEUS  
PAIS  
SÃO  
ESPECIAIS**



[http://www.hardmassica.pt/lazer\\_outros/image0074.jpg](http://www.hardmassica.pt/lazer_outros/image0074.jpg)

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha





**Papá!  
És o  
meu  
herói!  
Gosto  
muito  
de ti!**



Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha

Repr



Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha

[http://farm4.static.flickr.com/3479/3714203866\\_bc48435bc6\\_o.jpg](http://farm4.static.flickr.com/3479/3714203866_bc48435bc6_o.jpg)



Obrigada  
Pelo  
Apoio

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha

[http://edlaciueva.com/blog/wp-content/uploads/2010/02/240\\_ratata\\_2.jpg](http://edlaciueva.com/blog/wp-content/uploads/2010/02/240_ratata_2.jpg)



**GOSTO  
MUITO  
DOS  
MEUS  
PAPÁS**

Realizado por: Sónia Tavares (aluna U.C.P)  
Orientada por: Enf.ª Esp. Teresa Folha

<http://www.cstv.co.uk/static/pocoyo1.jpg>

**Anexo VIII – Entrevista NHACJR do Hospital Dona Estefânia**

## ENTREVISTA À ASSISTENTE SOCIAL DO NHACJR DO HDE

Com o objectivo de realizar um diagnóstico da situação sobre a problemática da criança vítima de maus-tratos, a nível hospitalar e especificamente da Unidade de Ortopedia 5, foi realizada uma entrevista à Assistente Social do NHACJR do HDE, no dia 13 de Outubro de 2010.

As informações obtidas foram transmitidas de acordo com o sigilo profissional inerente à temática. As sinalizações ao núcleo são confidenciais e só mediante autorização do Conselho de Administração é que se poderá ter acesso.

No decorrer da entrevista, considerei pertinente abordar os factores de risco identificados; a tipologia; o agressor e a intervenção realizada.

Em relação às notificações realizadas não consideram relevante como factor de risco a deficiência, motivo pelo qual não realizam esse tipo de classificação como factor de risco. Até porque, segundo a assistente social, como se tratam de doentes crónicos são estabelecidas ligações afectivas com os familiares que dificultam o diagnóstico. Assim o NHACJR caracterizou como factores de risco, no 1º trimestre: famílias nucleares com outros filhos no agregado familiar; progenitores com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos; profissionais activos com baixos rendimentos e a viverem em casas arrendadas.

As notificações ao núcleo são realizadas em maior percentagem pela equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, seguindo-se as assistentes sociais, sendo as notificações realizadas pelas consultas externas e pelos serviços de internamento pouco significativas. As notificações realizadas, normalmente, são pouco descritivas da situação, o que dificulta a intervenção.

As notificações ocorrem face a situações de perigo, ou seja, as crianças já sofrem de maus-tratos, sendo ignorado os factores de risco pelos profissionais de saúde.

Os principais serviços com quem o núcleo estabelece articulação são as CPCJR (nível de intervenção secundário) devido à gravidade e complexidade das situações.

No 1º trimestre de 2010 foram notificados 90 casos ao NHACJR. Em termos de tipologia 40% foram classificados como maus-tratos físicos; 26% abuso sexual e 21% negligência. O Síndrome de Muschausen por Procuração não tem relevância, tendo

vido notificado em 2008, 1 situação. Os maus-tratos psicológicos são difíceis de diagnosticar, contudo está inerente a todos os outros tipos de maus-tratos.

O principal acompanhante da criança é a mãe e o principal agressor é o pai que não coabita. Maioritariamente, as situações já são conhecidas na comunidade tanto ao nível do risco, como da suspeita de ocorrência de maus-tratos infantis.

**Anexo IX – Acção de Formação Unidade de Ortopedia 5 “Prevenção de Maus-tratos em Crianças com Deficiência”**

# HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA SERVIÇO ORTOPEDIA/NEUROCIROURGIA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## Prevenção de Maus- tratos em Crianças com Deficiência

**DATA / HORA: De acordo com a  
disponibilidade da equipa**  
**LOCAL: Serviço 3 Sala 2**

**Formador: Sónia Tavares**  
(Aluna do Mestrado U.C.P)  
**Orientada por: Enf.<sup>a</sup> Esp. M<sup>a</sup> Carmo Alves**

## Centro Hospitalar de Lisboa Central – Pólo Hospital Dona Estefânia

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência

Local: Unidade de Ortopedia 5      Data: 15/10/2010      Hora: 14h30

Objectivo geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a prevenção/despiste e encaminhamento de maus-tratos em crianças com deficiência

Objectivos específicos: Contribuir para a formação sobre a problemática dos maus-tratos

Formador: Sónia Tavares (A.E.U.C)

<b>Fases da sessão</b>	<b>Conteúdos programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>	<b>Formadores</b>
Introdução	Criança Criança com deficiência Maus-tratos	Power-Point		5m'	
Desenvolvimento	Tipologia Factores de Risco Sinais e Sintomas Factores de Protecção Prevenção	Power-Point		15m'	
Conclusão	Princípios orientadores de intervenção Papel da equipa	Power-Point		5m'	
Avaliação	Folha de avaliação			5m'	

**PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA**

C.H.L.C – Pólo Hospital Dona Estefânia



**Realizado por:**  
Sónia Tavares (Aluna da U.C.P)


**Orientada por:**  
Enf.ª Esp. Mª do Carmo Alves

Outubro 2010


**OBJECTIVOS**

**GERAL**

- ✦ Sensibilizar os profissionais para a problemática dos maus-tratos na área da deficiência;
- ✦ Contribuir para o despiste de situações de risco.




**CRIANÇA**



- ✦ A criança é um ser humano de condição frágil, único na sua fraqueza, na sua inocência.
- ✦ A criança é um fim em si.

**CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA**

“Uma criança com problemas de saúde ou portadora de uma deficiência física ou mental correrá maior risco de abuso infantil do que uma criança aparentemente saudável ou sem qualquer tipo de deficiência”.



Azevedo, 2006

## EVOLUÇÃO HISTÓRICA



- Desconhecimento (até 1946)
- Descrição de síndromas sem as identificar (1946 – 1961)
- Identificação (1962 até meados de 1970)
- Reconhecimento (meados da década de 70 a meados da década de 80)
- Prevenção (desde a década de 80)

Díaz Huertas, citado por Teresa Magalhães

## PORTUGAL

1983



1985 – Estudo 20 000 Crianças maltratadas



48% negligência  
31% a 36% maus-tratos psicológicos  
16% a 21% maus-tratos físicos

Fausto Amaro

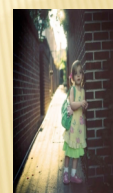
## DIVERSIDADE DE MAUS-TRATOS

- 11% das crianças da amostra tinham uma doença crónica
- 10% tinham doença mental
- 8% eram portadoras de deficiência física

Assembleia da Republica Portuguesa, 1996 e 1998  
Ana Almeida, 1999

## MAUS-TRATOS INFANTIS

*“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”.*



Teresa Magalhães, 2004

## RISCO

- Há factores de risco que contribuem para a ocorrência de maus-tratos e que funcionam como indicadores, são sinais de alerta.
- Relacionados com características dos:
  - Pais
  - Crianças
  - Ambiente

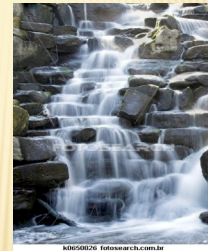
## PERIGO

As situações de perigo implicam um grau de risco elevado para a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança e jovem, comprometendo a sua identidade física e psíquica

## FACTORES DE RISCO



## MAU-TRATO



## FACTORES DE RISCO

### Características individuais dos pais

- Alcoolismo, toxicodependência
- Perturbações da saúde mental ou física
- Antecedentes de comportamentos desviantes
- Personalidade imatura e impulsiva;
- Baixo auto-controlo e reduzida tolerância às frustrações
- Grande vulnerabilidade ao stress
- Baixa auto-estima



DGS, 2007

### Características individuais dos pais

- Atitude intolerante, indiferente ou excessivamente ansiosa face às responsabilidades relativas à criação dos filhos
- Incapacidade de admitir que o filho foi vítima de mau-trato e de o proteger no futuro
- Antecedentes de maus-tratos
- Idade muito jovem (inferior a 20 anos, principalmente as mães)
- Gravidezes muito próximas



DGS, 2007

### Características individuais dos pais

- Baixo nível económico e cultural, inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança
- Vinculação insegura
- Excesso de vida social ou profissional que dificulta o estabelecimento de relações com os filhos



DGS, 2007

### Características da criança

- Vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades (deficiência)
- Prematuridade e baixo peso ao nascer
- Perturbações de saúde mental ou física
- Sexo
- Personalidade e temperamento não ajustados aos pais



DGS, 2007

### Características do contexto familiar

- Gravidez indesejada
- Família monoparental
- Família reconstituída com filhos de outras ligações
- Família com muitos filhos
- Família desestruturada (ex: violência doméstica, morte, divórcio, ...)
- Famílias com problemas sócio-económicos e habitacionais (ex: pobreza, isolamento social, ...)



### Características do contexto social e cultural

- Atitude social para com as crianças (ex: até que ponto o abuso físico é considerado educativo?, ...)
- Atitude social para com as famílias (ex: a família é sempre o melhor grupo para a criança viver?, ...)
- Atitude social em relação à conduta violenta (ex: aumento das molduras penais; características das redes de apoio à vítima)



## TIPOS DE MAUS-TRATOS

- × **Negligência**
- × **Maus-tratos físicos**
- × **Abuso sexual**
- × **Maus-tratos psicológicos**
- × **Síndrome de Munchausen por Procuração**



DGS, 2007

## NEGLIGÊNCIA



Incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades básicas de vida em termos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afecto, estimulação e apoio, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

DGS, 2007

## MAU-TRATO FÍSICO



O 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 provocar) dano físico.

DGS, 2007

## ABUSO SEXUAL



O abuso sexual consiste em práticas que visam a satisfação sexual de um adulto ou de um jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre ele e sobre as quais o menor não tem capacidade de compreensão e para as quais não está preparado. Pode ser intra ou extra familiar, ocasional ou repetido ao longo da infância.

DGS, 2007

## MAU-TRATO PSICOLÓGICO



O abuso psicológico está presente em todos os tipos de maus-tratos. Incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.

DGS, 2007

## SINDROME DE MUSCHAUSEN POR PROCURAÇÃO



Existe um elemento da família que atribui à criança sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, gerando hospitalizações, técnicas invasivas e procedimentos de diagnóstico exaustivos.

DGS, 2007



## SINAIS DE NEGLIGÊNCIA

- ✓ Carência de higiene
- ✓ Inexistência de rotinas
- ✓ Vestuário desadequado em relação à estação do ano
- ✓ Infecções recorrentes ou persistentes sem causa aparente
- ✓ Intoxicações acidentais repetidas
- ✓ Doença crónica sem cuidados adequados
- ✓ Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas
- ✓ Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e/ou Vacinação



## SINAIS FÍSICOS DE NEGLIGÊNCIA PROLONGADA

- ✓ Progressão ponderal deficiente
- ✓ Cabelo fino
- ✓ Abdómen proeminente
- ✓ Arrefecimento persistente
- ✓ Mãos e pés avermelhados
- ✓ Atraso no desenvolvimento sexual



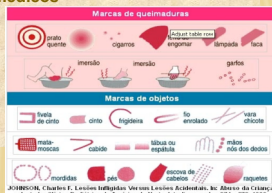
## SINAIS DE MAU-TRATO FÍSICO

- Lesões com diferentes estadios de evolução
- Sequelas de traumatismo antigo
- Fracturas das costelas e corpos vertebrais
- Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental
- Lesões desenhando marcas de objectos
- Queimaduras múltiplas actuais e/ou cicatrizadas
- Alopecia traumática



## INDICADORES DE MAU-TRATO FÍSICO

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação
- Demora na procura de cuidados médicos
- História de lesões repetidas
- Faltas frequentes à escola



## SINAIS DE ABUSO SEXUAL

- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, laceração, fissuras, edema, ...)
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente
- Laceração do hímen
- Hemorragia vaginal ou anal
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais
- Infecções sexualmente transmissíveis
- Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios
- Presença de esperma, sangue no corpo ou roupa
- Gravidez



## SINAIS DE MAU-TRATO PSICOLÓGICO

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura
- Auto-mutilação

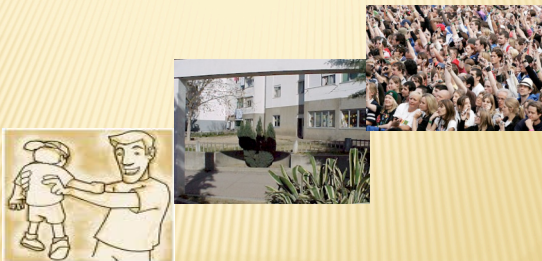


## SINTOMAS DE MAU-TRATO PSICOLÓGICO

- Perturbações funcionais (sono, apetite, controlo dos esfínteres, choro incontrolável no primeiro ano de vida, cefaleias, interrupção da menstruação na adolescência)
- Perturbações cognitivas e relacionais (atraso no desenvolvimento da linguagem, dificuldades de aprendizagem, baixa auto-estima, sentimentos de vergonha e culpa, medos, pesadelos, alucinações, ...)
- Perturbações do comportamento (falta de curiosidade, desinteresse total na imagem, fugas de casa, acidentes muito frequentes, comportamentos bizarros, ...)



## MAUS-TRATOS



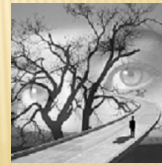
## FACTORES DE PROTECÇÃO



- ✦ **Factores individuais** – Boa auto-estima; Desejo autonomia; Capacidade de pedir ajuda
- ✦ **Factores relacionais** – Vinculação segura; Relação afectiva securizante
- ✦ **Factores de comunicação** – Meio escolar integrador; Apoio escolar disponível; Grupo formais e informais de pares

## PREVENÇÃO

- ✦ **Primária** – Consciencializar a população
- ✦ **Secundária** – Implementar programas e actividades de suporte emocional e social
- ✦ **Terciária** – Encaminhamento
  - Protecção das crianças
  - Abordagem psicossocial
  - Abordagem jurídica



A vulnerabilidade da criança é a medida do seu cuidador

Pais

Prestador de cuidados

Profissional de saúde

Outros profissionais

Cidadão & Sociedade

## INSTITUIÇÕES



O Estado tem o direito e dever de garantir o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens institucionalizados com ou sem deficiência

As instituições devem servir as pessoas, devendo orientar-se para a ética do cuidado dos mais vulneráveis

A intervenção precoce e mínima são princípios a enfatizar

Abertura das instituições ao exterior







**“As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições”.**

Direitos das Crianças

- Direitos à sobrevivência (ex. o direito a cuidados adequados)
- Direitos relativos ao desenvolvimento (ex. o direito à educação)
- Direitos relativos à protecção (ex. o direito de ser protegida contra a exploração)
- Direitos de participação (ex. o direito de exprimir a sua própria opinião)

**“Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”.**



## PROFISSIONAL

- ✦ **Ouvir a criança!!! É.... Prevenir, identificar, diagnosticar, actuar, intervir, não criticar, estar, compreender, reconhecer, acompanhar, conhecer**

**É AGIR ..... É CUIDAR**

## PAPEL DA EQUIPA

- ✦ **Trabalho em equipa** **Fortalecer vínculos**

- ✦ **Família**



- ✦ **Técnico Referência**

- ✦ **Objectivo – União familiar**

## BIBLIOGRAFIA

- ✦ ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida; ALMEIDA, Helena Nunes de – “Sombras e marcas: os maus tratos às crianças em Portugal”. **Análise Social**. Lisboa. Vol. XXXIV, nº 50 (Outubro/Dezembro 1999), p. 91-121. ISSN 0003-2573.
- ✦ AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Ângela da Costa – **Maus-tratos à Criança**. CLIMEPSI EDITORES: Lisboa, 2006. 162 p. ISBN 972-796-220-3.
- ✦ JORGE, Ana [et al.] – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde**. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2007. 97p.

- ✦ MAGALHÃES, Teresa – **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais**. Quarteto Editora: Coimbra, 2002. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.
- ✦ Ministério da Segurança Social e do Trabalho – **Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos**, Lisboa, 1ª edição, 2003. 14p.



Obrigada pela Vossa Atenção

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL**  
**PÓLO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

***AValiação da acção de  
Formação***



***PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS  
EM CRIANÇAS COM  
DEFICIÊNCIA***

**Realizado por:**

Sónia Tavares

**Orientação e Coordenação**

Enf<sup>ª</sup> Especialista M<sup>a</sup> do Carmo Alves

Outubro, 2010

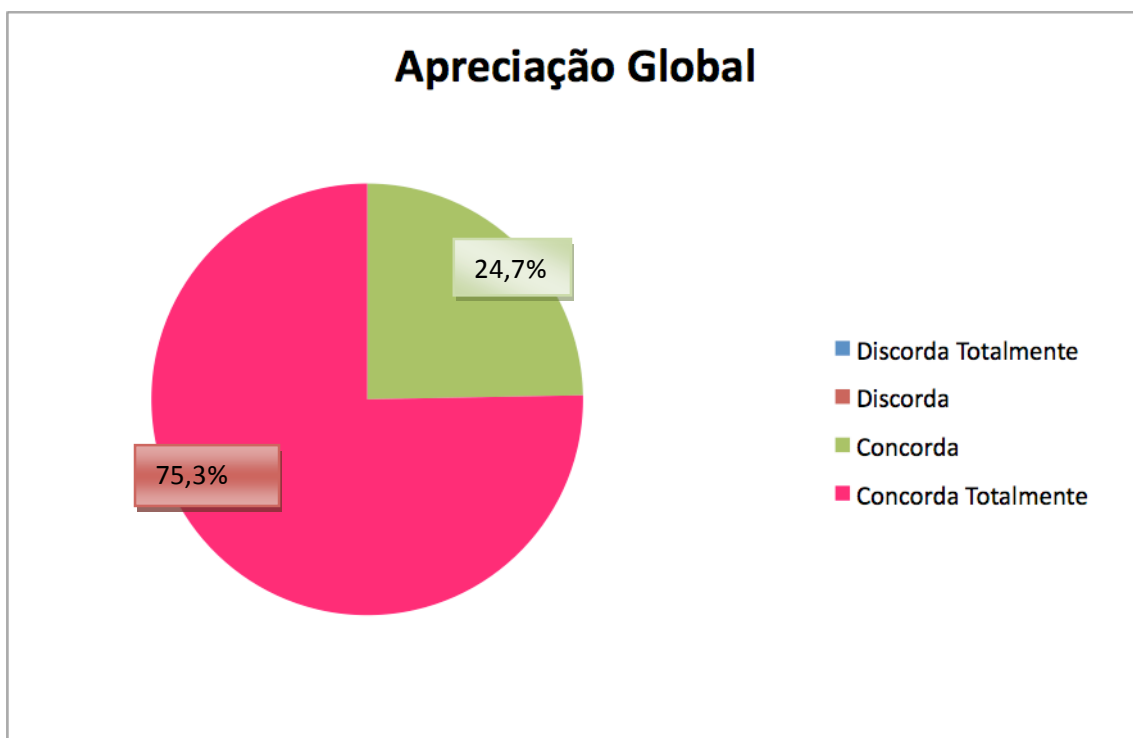
Com o objectivo de realizar formação à maioria dos enfermeiros da Unidade de Ortopedia 5, foram realizadas várias acções de formação, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

No decorrer das acções de formação participaram 14 enfermeiros do serviço e uma enfermeira do bloco operatório do hospital, que se encontra a realizar o módulo II do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica. Total de participação (serviço) = 82%

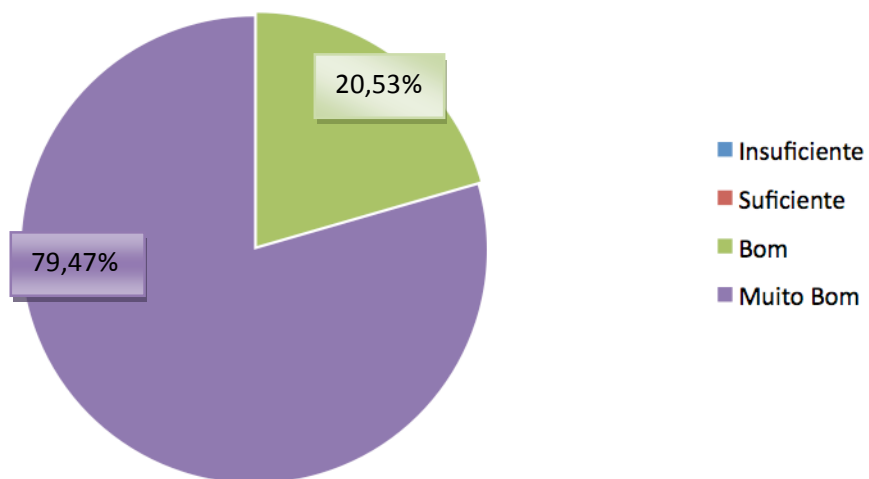
Durante as acções de formação foi possível a reflexão/sensibilização face à temática, possibilitando troca de experiências e colocação de dúvidas sobre procedimentos/encaminhamento de situações de risco e perigo.

Durante esta acção de formação, foi também realizada formação aos enfermeiros sobre o dossier de comunicação alternativa aumentativa e sobre o projecto de articulação com o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.

**Em relação à avaliação da sessão:**



## Formador e Metodologia



**Anexo X – Poster “Parceria de Cuidados”**

# CUIDAR EM PARCERIA ENFERMEIRO / CRIANÇA / PAIS

A partilha de cuidados com a equipa multidisciplinar poderá minimizar os efeitos negativos da hospitalização, fortalecer os laços afectivos entre pais e filhos, capacitando os pais para os cuidados no domicílio.

Enfermeiros e família trabalham em conjunto para o crescimento saudável



Os pais (ou quem os substitui) são os melhores cuidadores



*As crianças necessitam de  
Amor,  
Protecção  
e Estimulo*



**Anexo XI – Projecto de Articulação entre Unidade de Ortopedia 5 do HDE  
e CRPCCG**

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL**  
**PÓLO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**  
**UNIDADE DE ORTOPEDIA 5**

*Articulação entre a Unidade de Ortopedia 5  
do Hospital Dona Estefânia e o Centro de  
Reabilitação Paralisia Cerebral Calouste  
Gulbenkian*

**Realizado por:**

Sónia Tavares

Aluna Mestrado de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica

**Orientada por:**

Enf.<sup>a</sup> Especialista Maria do Carmo Alves

**Lisboa, Outubro de 2010**

## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
1 – INTRODUÇÃO	3
2 – DESENVOLVIMENTO	5
3 – ARTICULAÇÃO	8
4 - ANEXOS	11
4.1 – Anexo I	12
4.2 – Anexo II	14
4.3 – Anexo III	16
5 - BIBLIOGRAFIA	18

## 1 - INTRODUÇÃO

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), “o enfermeiro é um profissional (...) com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária”. A essência e especificidade da profissão baseia-se no cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa actividades de promoção e protecção da saúde e prevenção e recuperação de doenças.

Cada vez mais, nas instituições de saúde são preconizados cuidados de saúde de qualidade. A fim de optimizarmos essa qualidade nos cuidados que prestamos, não poderemos ignorar a articulação preconizada pelo Ministério da Saúde (despacho nº 12 917/98/2ª série) entre os cuidados de saúde primários e secundários. Na Lei de Bases da Saúde (nº48/90-Base XIII) afirma-se que “deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carenciados e garantindo permanentemente a articulação recíproca e confidencial da informação clínica sobre os utentes”.

Os cuidados de saúde primários constituem um suporte imprescindível dos cuidados de saúde ao indivíduo no seu meio ambiente, reduzindo assim os custos, a variados níveis, dos cuidados de saúde secundários.

A articulação entre a Unidade de Ortopedia 5 e o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral tem como objectivo a melhoria da prestação de cuidados à criança/família com paralisia cerebral ou deficiência, reduzindo para isso o tempo de internamento, proporcionando a cada criança/família uma recuperação no seu meio ambiente.

Realiza-se no C.R.P.C.C.G consultas da especialidade de Ortopedia, por um médico da equipa desta unidade hospitalar. Contudo a carência de informação das datas

cirúrgicas/internamentos destas crianças e famílias impossibilita o planeamento dos cuidados pós-operatórios por uma equipa transdisciplinar “in loco”.

De acordo com a experiência da equipa de enfermagem do C.R.P.C.C.G têm ocorrido episódios de úlceras por pressão em crianças com deficiência, provenientes da aplicação do gesso, motivo pelo qual se pretende realizar um levantamento do risco e da sua ocorrência, através da aplicação da escala de Baby-Braden Q, de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos no Centro Hospitalar. Segundo Collière, os cuidados de enfermagem devem *“participar activamente em tudo o que contribuir para aumentar o potencial de vida da pessoa inserida na sua rede familiar e social, tentar utilizar o que resta ao máximo tudo o que resta desse potencial de vida, quando se vê afectada ou diminuída pela doença ou pela deficiência, seja qual for a variedade das origens e das formas que estes últimos possam revestir”*(2001, p.230).

## 2 - DESENVOLVIMENTO

Em consequência do progresso da ciência/tecnologia, a taxa de mortalidade infantil tem vindo a reduzir em consonância com o aumento da sobrevivência das crianças com deficiência. Segundo Marinheiro (2002), a O.M.S estima que em Portugal 10% da população é portadora de deficiência.

Falar em criança com paralisia cerebral é falar em criança com doença crónica e sua família. A paralisia cerebral gera na criança uma incapacidade permanente, não reversível, que exige um longo período de supervisão, observação, prestação de cuidados e/ou (re)habilitação.

Segundo Andrada et al. (2009, p.9), a paralisia cerebral é um *“conjunto amplo de situações caracterizadas por serem permanentes, mas não inalteráveis; envolverem uma alteração do movimento e/ou postura e da função motora; serem devidas a interferência / lesão/ anomalia não progressiva do cérebro imaturo”*.

A deficiência neuromotora é habitualmente a que predomina, contudo podemos encontrar deficiências sensoriais de visão e audição, perturbações de linguagem, alterações emocionais e de comportamento, deficiência intelectual e epilepsia.

As deficiências correspondem a um “desvio relativamente ao que é geralmente aceite como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções” (C.I.F, p.13). As deficiências de estrutura podem consistir numa “anormalidade, defeito, perda ou outro desvio importante relativamente a um padrão das estruturas do corpo” (C.I.F, p.14).

Apesar das crianças com deficiência frequentarem regularmente os cuidados de saúde secundários, é na comunidade, integradas no meio familiar e escolar, que passam a maior parte do seu tempo. Por esse motivo, é no seu contexto natural, que os cuidados deverão ser prestados, pois existe um conhecimento prévio da criança/família, o que facilita a comunicação e a confiança.

A finalidade da articulação entre cuidados de saúde tem em vista a promoção da saúde, prevenção de complicações, orientação para o auto-cuidado, aumento da auto-estima e autonomia funcional das crianças e suas famílias.

MARINHEIRO, (2002, p.50) cita a Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas “Direito da criança ser hospitalizada se os cuidados de que lhe for objecto lhe não poderem ser dispensados nas mesmas condições em sua própria casa ou num consultório medico, e se não forem oportunamente coordenados com vista à hospitalização o mais rapidamente e durante o menos tempo possível”.

O enfermeiro que tanto se habituou a cuidar numa perspectiva de cura, nas crianças com paralisia cerebral, o paradigma centra-se no modelo de promoção da saúde e de parceria de cuidados com a família. É o trabalhar “lado a lado” com a família e criança.

Na criança com deficiência, devido aos factores de stress a ela inerentes, é essencial que a família seja envolvida como parceira na prestação de cuidados e os laços vincutivos entre a criança e família sejam fortes, duradouros e fortalecidos com o passar do tempo, pois é a família a principal prestadora de cuidados.

Os serviços de saúde devem proporcionar um acompanhamento personalizado continuado, quer na comunidade, quer a nível hospitalar.

Os internamentos das crianças com paralisia cerebral provocam rupturas no relacionamento familiar, podendo instalar-se uma situação de crise, provocando desequilíbrios psicológicos e físicos, diminuindo a capacidade de enfrentar os problemas. De acordo com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, o objectivo primordial é manter a unidade familiar. Segundo Casey, 1993, citado por Ferreira *“os cuidados centrados na família e prestados em parceria com esta, são a filosofia de Enfermagem Pediátrica na década de 90. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança”* (2004, p.22).

Por esse motivo, os enfermeiros ao prestarem cuidados à criança/família devem tornar-se parceiros, intervirem o menos possível, mantendo a supervisão dos cuidados e tornando o período de internamento hospitalar o mais curto possível, de modo a que a dinâmica familiar não seja comprometida. A participação da família na prestação de cuidados à criança é um direito a respeitar e a promover pelos profissionais de saúde.

A paralisia cerebral representa um processo constante de adaptação e reconstrução face aos vários desafios. A articulação de cuidados entre as diferentes instituições que respondem às necessidades de cada criança e família é fulcral.

Segundo a Carta de Ottawa, 1986, a promoção da Saúde é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde, tornando-se, portanto, necessário o estabelecimento de parcerias funcionais.

De acordo com as necessidades e os padrões de qualidade do Centro Hospitalar é avaliado o risco e a ocorrência de úlcera por pressão a todas as crianças com deficiência. Segundo a CIPE (versão 1.0) úlcera de pressão é “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes com resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”. O risco de úlcera por pressão é avaliado pela equipa de enfermagem a todas as crianças com internamentos iguais ou superiores a 48 horas, de acordo com a Escala de Baby Braden Q. Em caso do risco ser elevado, este deverá ser avaliado de 48h/48h, caso contrário, poderá ser avaliado semanalmente. No caso de crianças com deficiência a aplicabilidade da escala resultará predominantemente, em risco elevado. Nas crianças com elevado risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, serão realizados planos de cuidados de acordo com cada indicador da Escala de Braden Q (percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento, perfusão tecidular e oxigenação).

A avaliação das úlceras por pressão deverá incluir a localização; grau; dimensão; características do tecido; cor e tipo; características do exsudado e odor; terapêutica utilizada.

### **3 – ARTICULAÇÃO (Unidade de Ortopedia 5 e C.R.P.C.C.G)**

Em crianças com deficiência é fundamental a continuidade de cuidados de saúde pediátricos, sendo para isso fulcral a articulação entre instituições/profissionais de saúde.

#### **Objectivos:**

- Melhoria na prestação de cuidados a crianças/família com deficiência;
- Redução do período de internamento hospitalar;
- Recuperação da criança/família com deficiência no seu meio ambiente.

#### **Âmbito da aplicação**

Todas as crianças/famílias com deficiência com internamentos na Unidade de Ortopedia 5 do Hospital Dona Estefânia e cujos cuidados de saúde primários sejam prestados pelo Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.

#### **Responsabilidades**

A realização desta articulação processará via e-mail, em que as enfermeiras responsáveis de cada serviço serão:

- Enf<sup>ª</sup> Especialista do H.D.E (S3S2) Maria do Carmo Alves;  
E-mail: enf.ortopedia5hlc.min-saude.pt
- Enf<sup>ª</sup> Especialista do C.R.P.C.C.G Maria Teresa Folha.  
E-mail: crpccg.enfermagemmail.com

#### **Recursos**

Para a obtenção do sucesso deste projecto, a equipa multidisciplinar será constituída por:

- Médico (Dr. João Campanholo);
- Fisiatra (Dra Maria José);
- Equipa de Enfermagem;
- Administrativa;
- Família.

### **Indicadores**

Um dos indicadores de processo de qualidade da Unidade de Ortopedia 5 em relação às U.P.P é:

Nº de doentes que desenvolveram novas U.P.P durante um determinado tempo X100  
Nº de doentes internados no mesmo período de tempo

Um dos indicadores a estabelecer em relação à parceria com C.R.P.C.C.G será:

Nº de doentes com deficiência que desenvolveram U.P.P no pós-operatório num ano X100  
Nº de doentes com deficiência operados nesse período de tempo

### **Descrição**

Quando programadas intervenções cirúrgicas a crianças com deficiência serão questionados os pais sobre o local em que a criança/família é seguida na comunidade em relação aos cuidados de saúde, pela administrativa. Caso esta criança seja seguida no C.R.P.C.C.G será informada a En<sup>fn</sup> Especialista Maria do Carmo Alves que, por sua vez, informará a En<sup>fn</sup> Especialista Teresa Folha (via e-mail), possibilitando assim programados os cuidados pós-operatórios (anexo I).

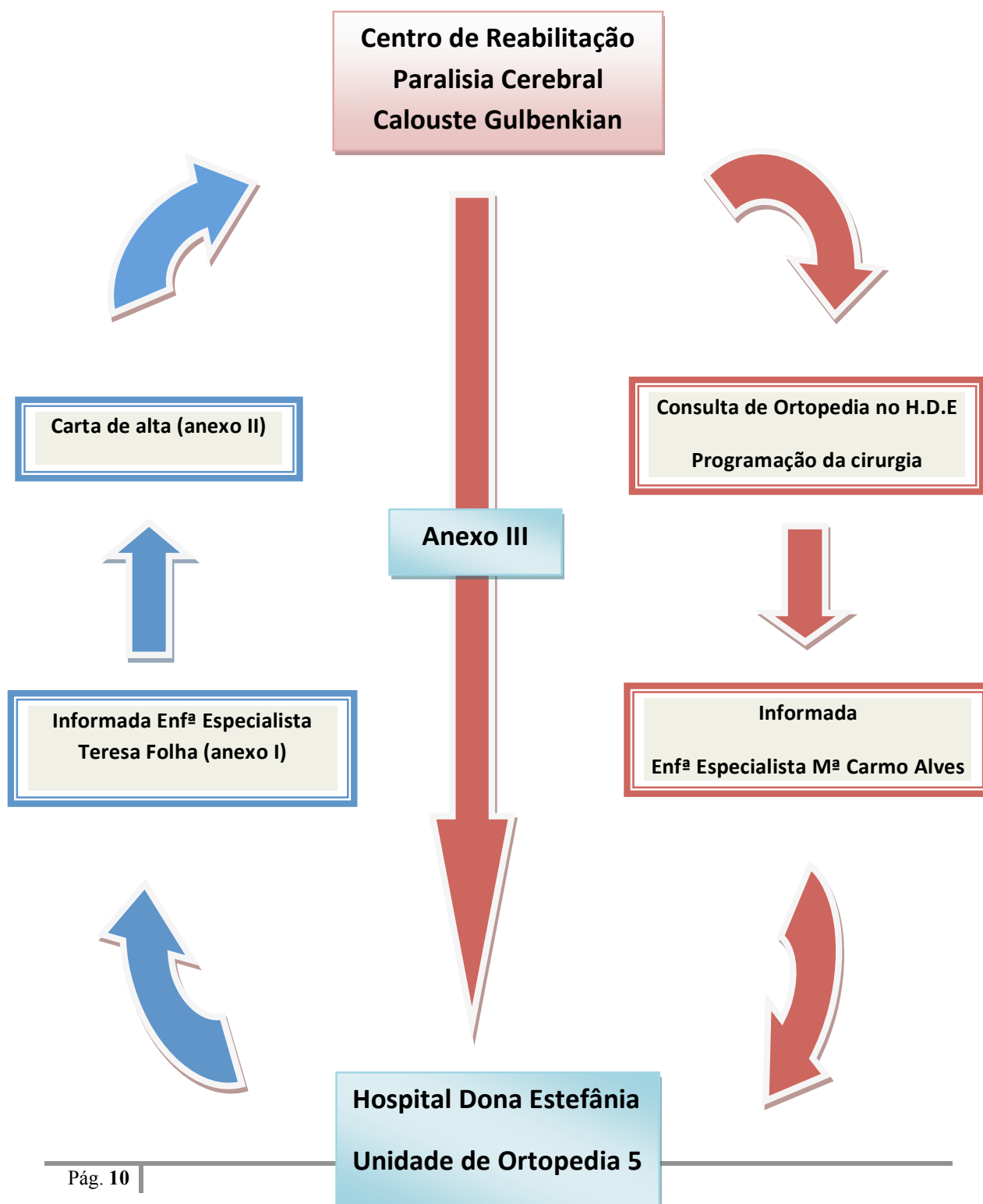
Aquando da alta será realizada carta de alta que será entregue aos pais e um duplicado enviado via e-mail ao cuidado da En<sup>fn</sup> Teresa. A carta de alta realizada será a que se encontra instituída no serviço, contudo deverá ter em consideração a informação pertinente descrita no anexo II.

Após os cuidados prestados durante o período pós-operatório, a En<sup>fn</sup> Teresa enviará por e-mail a informação pertinente face a cada criança/família, com vista à

melhoria dos cuidados prestados no futuro a outras crianças/famílias na Unidade de Ortopedia 5 (anexo III).

Com este procedimento esperamos contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados à criança/família com deficiência, tentando alcançar a excelência nos cuidados.

### Fluxograma



## 4 - ANEXOS

## **ANEXO I**



**Centro Hospitalar de Lisboa Central – Pólo Hospital Dona Estefânia**  
**Unidade de Ortopedia 5**

**Nome da criança:**

**Idade:**

**Data da cirurgia:**

**Tipo de cirurgia:**

**Data do internamento:**

**Observações:**

**Enfermeira**

**Data**

## **ANEXO II**



## **Centro Hospitalar de Lisboa Central – Pólo Hospital Dona Estefânia**

### **Serviço de Ortopedia/Neurocirurgia**

#### **Nota de Alta**

**Nome da criança:**

**Idade:**

**Pessoas significativas durante o internamento:**

**Data/ Motivo do internamento:**

**Data/ Cirurgia realizada:**

**Resumo do internamento:**

**Medicação realizada:**

**Data de remoção do gesso:**

**Data de remoção dos pontos:**

**Data da próxima consulta no H.D.E:**

**Enfermeiro:**

**Data**

## **ANEXO III**



**Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian de Lisboa**

**Carta de Transferência de Informação sobre o Pós-Operatório**

**Nome da criança:**

**Idade:**

**Data/ Cirurgia realizada:**

**Data de remoção de gesso:**

**Úlcera de Pressão: Sim Não**

**Se sim, U.P Grau I U.P Grau II U.P Grau III U.P Grau IV**

**Localização**

**Tamanho**

**Tratamento realizado**

**Duração do tratamento**

**Dor (estratégias não farmacológicas)**

**Enfermeira**

## 5 - BIBLIOGRAFIA

ANDRADA, Maria [et al.] – **Paralisia Cerebral – Aos 5 anos em Portugal – Crianças com Paralisia Cerebral Nascidas em 2001**. Execução Gráfica, Coimbra, 2009, 71p. ISBN 978-989-20-19956.

ANDRADE, Maria [et al.] - **Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral – Estudo Multicêntrico Europeu**, Lisboa, Edição APPC, 2005, 122p.

**Classificação Internacional para a Prática Enfermagem Versão 1.0**. Edições Lusodidáctica, 2008, 210p. ISBN 9295040368.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... A primeira da vida**. Lusociência, 2003, 2ª edição, Loures.440p. ISBN 972-8383-53-3

FERNANDES, Maribel; RAMOS, Filomena – Reflexão sobre “parceria nos cuidados em pediatria”. **(Re)Encontro**. ISSN 0873-4050. Porto. Ano III, nº 1 (Janeiro/Agosto 2000), p. 20-25.

FERREIRA, Maria Manuela da Conceição; COSTA, Maria da Graça Ferreira Aparício da – Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Millenium. Revista do ISPV**. Nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58.

MARINHEIRO, Providência – **Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos ao domicílio**. Quarteto Lisboa, Fev.2002, Coimbra. ISBN 972-8717-16-4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – GABINETE DA MINISTRA – Despacho nº 12 917/98 (2ª série). Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/Despacho%20n.%C2%BA%2012%20917-98%20\(2.%C2%AA%20s%C3%A9rie\).pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/Despacho%20n.%C2%BA%2012%20917-98%20(2.%C2%AA%20s%C3%A9rie).pdf). [12/10/2010, 18:14].

**Anexo XII - Projecto “Comunicação Alternativa Aumentativa”**

# Centro Hospitalar de Lisboa Central

## Pólo Hospital Dona Estefânia

### UNIDADE DE ORTOPEDIA 5

## Comunicação Alternativa Aumentativa



<http://www.educacional.com.br/upload/blogSite/5532/5532609/9068/comunica%C3%A7%C3%A3o.gif>

**Realizado por:**

Sónia Tavares

Aluna Mestrado de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica

**Orientada por:**

Enf.<sup>a</sup> Especialista Maria do Carmo Alves

**Lisboa, Outubro de 2010**

**Agradecimentos:**

À equipa da UTACC e de Enfermagem do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral  
Calouste Gulbenkian

## **0 – SUMÁRIO**

	<b>Pág.</b>
1 – INTRODUÇÃO	4
2 – SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVOS AUMENTATIVOS	5
3 - TABELAS	8
4 - BIBLIOGRAFIA	9

## 1 - INTRODUÇÃO

A comunicação é uma actividade fundamental para o desenvolvimento do ser humano. Sem comunicar o Homem não se integra numa sociedade.

Através desta actividade o Homem partilha desejos, actividades, sentimentos, necessidades, etc, com quem o rodeia. Existem formas diferentes de comunicação. É pela comunicação, verbal ou não-verbal, que os homens estabelecem a maioria das suas relações, apreendendo, estabelecendo relação com o mundo que o cerca.

As crianças, particularmente no início de seu desenvolvimento, estabelecem comunicação não intencional e involuntária com o meio. Para isso utilizam o choro, o balbucio, o riso e os movimentos corporais, que surgem como descargas emocionais ou movimentos reflexos e, ao longo das interacções que vão estabelecendo com as pessoas que interagem com ela. Estes tipos de recursos são utilizados com intenção de provocar uma reacção no outro. Qualquer tipo de recurso comunicativo pré-verbal vai, no decorrer do desenvolvimento infantil, modificando-se em função do amadurecimento biológico e especialmente como decorrência dos significados que os outros vão dando a eles.

O homem não comunica somente através da fala, mas sim através de gestos, de imagens, escrita.

A linguagem é um conjunto de sinais com os quais os humanos comunicam e expressam as suas ideias e sentimentos.

Para existir comunicação é essencial no mínimo a existência de 2 pessoas em que uma é o receptor e outra o emissor.

Certas incapacidades físicas e cognitivas podem comprometer o processo de comunicação. É o caso de criança com disfunções congénitas (ex: paralisia cerebral), crianças que foram vítimas de um acidente ou doença que impossibilitou o desenvolvimento normal da comunicação.

Os Sistemas de Comunicação Alternativas Aumentativos têm como objectivo compensar de forma temporária ou permanente, incapacidades de comunicação por parte das pessoas com grandes dificuldades de expressão.

## **2 - SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVO AUMENTATIVO**

A comunicação alternativa aumentativa refere-se a qualquer meio de comunicação que suplemente ou substitua os meios habituais de escrita e fala, ou seja, as habilidades de comunicação quando comprometidas. Os sistemas de comunicação alternativa aumentativa podem ser de baixa ou alta tecnologia e dividem-se entre os pictoriais e os símbolos.

Este tipo de sistema de Comunicação Alternativo Aumentativo (CAA), poderá conter símbolos em que a pessoa afectada através da mão, olhar ou outra parte do corpo é capaz de apontar e identificar. Baseia-se em objectos e imagens podendo e devendo ser alterados de acordo com o desenvolvimento e aprendizagem de cada criança.

A CAA é muito utilizada em crianças com paralisia cerebral. Cada criança é única, motivo pelo qual é realizado um caderno de comunicação para cada uma delas, sendo para isso fundamental a colaboração da família na sua realização.

A American Speech-Language-Hearing Association ASHA em 1991, refere que a Comunicação Alternativa Aumentativa *“é uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa que facilita e compensa, temporária ou permanentemente, os prejuízos ou incapacidades dos indivíduos com distúrbios da comunicação expressiva e/ou distúrbios da comunicação”*.

Segundo Gava (1999) citado por Carla Cesar, a CAA *”busca meios que auxiliam o individuo que não pode ter fala funcional”(2009, p.23)*.

O aconselhamento de um sistema de Comunicação Alternativo Aumentativo deverá ser trabalhado por uma equipa transdisciplinar em que os pais (ou quem os substitua) façam parte integrante, como ocorre no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral.

Cuidar de uma criança com paralisia cerebral (PC) e sua família é um desafio que assenta em três grandes pilares: na promoção da saúde; na inclusão da criança na comunidade e na parceria com as redes sociais.

A paralisia cerebral gera na criança uma incapacidade permanente, não reversível, que exige um longo período de supervisão, observação, prestação de cuidados e/ou (re)habilitação.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (C.I.F) define incapacidade como “um termo que inclui deficiências, limitação de actividades ou restrição na participação” (C.I.F, p.13).

Segundo Andrada et al. (2009, p.9), a paralisia cerebral é um “conjunto amplo de situações caracterizadas por serem permanentes, mas não inalteráveis; envolverem uma alteração do movimento e/ou postura e da função motora; serem devidas a interferência / lesão/ anomalia não progressiva do cérebro imaturo”.

A detecção e a intervenção precoce são essenciais para a optimização do desenvolvimento de todas as capacidades da criança e inserção no meio sócio-familiar e escolar.

Segundo Andrada et al. (2009, p.1), “a intervenção tem que ser feita enquanto o sistema ainda está lábil e, portanto, ainda não definitivamente organizado num “mapa” de modelos organizacionais e estáveis”.

A finalidade desta intervenção baseia-se na promoção da saúde, prevenção de complicações, orientação para o auto-cuidado, aumento da auto-estima e autonomia funcional. A motivação e participação das crianças são essenciais nos primeiros anos de vida e é através do brincar que se consegue o seu envolvimento e desenvolvimento.

O enfermeiro que tanto se habituou a cuidar numa perspectiva de cura, nas crianças com paralisia cerebral, o paradigma centra-se no modelo de promoção da saúde e de parceria de cuidados com a família. É o trabalhar “lado a lado” com a família e criança.

Os internamentos das crianças com paralisia cerebral provocam rupturas no relacionamento familiar, podendo instalar-se uma situação de crise, provocando desequilíbrios psicológicos e físicos, diminuindo a capacidade de enfrentar os problemas.

O enfermeiro promovendo as competências de funcionalidade, proporcionando um clima relacional, mostrando-se disponíveis para ouvir e encorajando os pais a planearem e implementarem cuidados à criança, contribuem para o fortalecimento da família. Contudo, para obtermos o sucesso é necessário a envolvimento quer da equipa transdisciplinar, quer da família. É fundamental, encontrar o equilíbrio entre as expectativas e as necessidades de cada interveniente.

Desta forma, segundo Anne Casey, surge um crescimento físico, emocional e social da criança e família em que os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros nos cuidados o que suscita sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade no momento e, posteriormente, em casa O Código Deontológico do Enfermeiro, alínea d, artigo 81, refere que o enfermeiro deve “salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social”.

Trabalhar o mais precocemente possível com sistemas de Comunicação Alternativos Aumentativos faz com que a criança adquira competências o mais rápido possível e com que a sua forma de inclusão no meio que a rodeia seja facilitador. A maioria das aprendizagens acontecem no período pré-escolar, por isso é vantajoso intervir nesta fase, para evitar dificuldades na aprendizagem no futuro (*CERCIFAF, 2009*).

Este caderno de comunicação possui símbolos que se encontram agrupados por categorias. A primeira folha é a que dá acesso à comunicação a estabelecer. O objectivo deste tipo de comunicação não se baseia na construção de frases, mas sim de ideias. De acordo com a cor dos vários tipos de categorias, assim é possível direccionar a comunicação com a criança.

A capacidade de comunicação verbal destas crianças está comprometida. Torna-se urgente que através dos meios de comunicação alternativos aumentativos, os profissionais de saúde, proporcionem às crianças/famílias a expressão dos seus sentimentos, pensamentos, ou seja, que proporcionem às crianças serem crianças.

### 3 - TABELAS DE COMUNICAÇÃO



#### 4 - BIBLIOGRAFIA

ANDRADA, Maria [et al.] – Paralisia Cerebral – **Aos 5 anos em Portugal – Crianças com Paralisia Cerebral Nascidas em 2001**. Execução Gráfica, Coimbra, 2009, 71p. ISBN 978-989-20-19956.

ANDRADA, Maria [et al.] - **Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral – Estudo Multicêntrico Europeu**, Lisboa, Edição APPC, 2005, 122p.

CARVALHO, E. – Comunicação e Linguagem – Sistemas Alternativos Aumentativos de Comunicação. Porto, Junho 2008. Disponível em: [http://elisacarvalho.no.sapo.pt/EE/Trabalho\\_com\\_ling.pdf](http://elisacarvalho.no.sapo.pt/EE/Trabalho_com_ling.pdf). [15/10/2010, 19:45].

**Classificação Internacional para a Prática Enfermagem Versão 1.0**. Edições Lusodidáctica, 2008, 210p. ISBN 9295040368.

FERNANDES, Maribel; RAMOS, Filomena – Reflexão sobre “parceria nos cuidados em pediatria”. **(Re)Encontro**. ISSN 0873-4050. Porto. Ano III, nº 1 (Janeiro/Agosto 2000), p. 20-25.

FERREIRA, Maria Manuela da Conceição; COSTA, Maria da Graça Ferreira Aparício da – **Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo**. Millenium. Revista do ISPV. Nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58.

**Anexo XIII – Congresso “Comunicar 2010”**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**Instituto de Ciências da Saúde**

**Escola Superior Politécnica de Saúde**

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional  
Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria**

**CONGRESSO**



**Realizado por:**

Sónia Tavares

**Orientada por:**

Prof. Elisabete Nunes

**Lisboa, 4 e 5 Novembro 2010**

O Congresso Comunicar 2010 realizou-se no Instituto Superior Técnico, com a colaboração da Anditec.

Considerarei pertinente para a minha aprendizagem a participação neste invento visto a área do projecto que me encontro a realizar estar relacionado com a criança com deficiência. Deficiência essa que poderá ser comunicacional.

Quando pensamos em crianças maltratadas é algo que nos repugna como seres humanos.

As crianças são vulneráveis aos cuidados dos seus cuidadores, mas uma criança sem deficiência tem capacidade de defesa, de transmitir o que se passa quer pela comunicação verbal ou por sinais e sintomas transmitidos. Ao contrário, as crianças com deficiência comunicacional, não conseguem transmitir o que se passa à sua volta, pois a sua forma de comunicar não é valorizada. O mesmo se pode dizer em relação aos sinais e sintomas evidentes, que na maior parte das vezes são relacionados com a deficiência que possuem, tornando-se assim estas crianças muito mais vulneráveis a quem maltrata. E isto já para não falar nas crianças que adquiriram deficiência devido aos maus-tratos a que foram sujeitas.

Segundo o Programa Nacional de Paralisia Cerebral, em Portugal, cerca de 20% das crianças portadoras de paralisia cerebral não são capazes de produzir fala legível e 50% apresentam alterações na comunicação.

A experiência e as dificuldades dos técnicos que trabalham com estas crianças e famílias, assim como o testemunho dos familiares ajudou-me a clarificar algumas ideias:

- Para defendermos o direito que todos os seres humanos têm em comunicar, e este direito está rectificado por Portugal na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, temos de ter formação sobre a temática. E principalmente nós técnicos da saúde que contactamos diariamente com pessoas temos o dever de estar sensíveis à problemática, aos défices comunicacionais e às formas como conseguimos comunicar com pessoas com deficiência;
- A questão de proporcionarmos ao outro comunicar requer tempo e disponibilidade para ouvir. Mas como podemos falar em cuidados de qualidade se queremos substituir os utentes nas suas capacidades de vida diária?
- A Comunicação Alternativa Aumentativa é um trabalho de equipa multidisciplinar, onde a família é um dos principais intervenientes, pois é a família o “técnico” que permanece ao longo do tempo e também aquele que melhor conhece a pessoa com deficiência;
- A intervenção precoce por uma equipa multidisciplinar é fundamental para o sucesso da CAA;
- Existem variados auxiliares de comunicação alternativa aumentativa. De acordo com as capacidades cognitivas de cada utente assim devem de ser utilizados;
- As crianças têm uma grande capacidade de adaptação e de aprendizagem;
- A aquisição de material de CAA é dispendioso e por vezes muito difícil de adquirir. Foi proposto por um dos doentes de esclerose lateral amiotrófica que fossem criados bancos de material possíveis de serem alugados, num sistema parecido com o que acontece com os ventiladores.

- Nos EUA em 2011 todos os hospitais têm de possuir sistemas de CAA;
- Os utentes quando necessitam de internamentos hospitalares referem a falta de disponibilidade dos técnicos para comunicarem, ouvirem o que têm a dizer. Os profissionais não param para ouvir. Se ouvissem seria muito mais fácil resolver as situações e seria benéfico para todos, utentes e profissionais. Não é permitido nos internamentos meios que auxiliem a comunicação dos utentes. Dificuldade sentida também pelos familiares.
- A existência de serviços especializados nesta área facilita a comunicação;
- A formação de técnicos é fundamental para dar voz às pessoas com deficits comunicacionais;
- Tornar uma equipa multidisciplinar eficiente é algo trabalhoso e demorado;
- A tecnologia tem de ir ao encontro das necessidades de cada utilizador, motivo pelo qual qualquer tipo de material deverá ser personalizado;
- Existe formação em cursos com terapeuta da fala, psicólogos, professores, engenharia, terapeutas ocupacionais. Esta formação, na maioria dos cursos é opcional e não obrigatória.
- Os dados epidemiológicos da paralisia cerebral em Portugal revelam a importância da CAA;
- A importância da CAA é muito evidente quando ouvimos testemunhos de pessoas ou familiares que a utilizam.

### **Frases importantes:**

“As palavras são como as pessoas, conhecem-se pelas pessoas que as acompanha”.

“A família é o elemento mais consistente da equipa, as restantes pessoas vão mudando”.

“O mais importante é a pessoa com necessidades de CAA”.

“Dar vez, dar voz”.

“A qualidade de vida não passa só pelo conforto mas sim pelo estímulo cognitivo, social”.

“A criança não desenvolve CAA. A criança aprende a compreender e a usar sistemas alternativos de comunicação para substituir ou aumentar a expressão oral”.

“Fica inquieto se não vai acompanhado do caderno. É como ficar sem boca” (mãe do João).

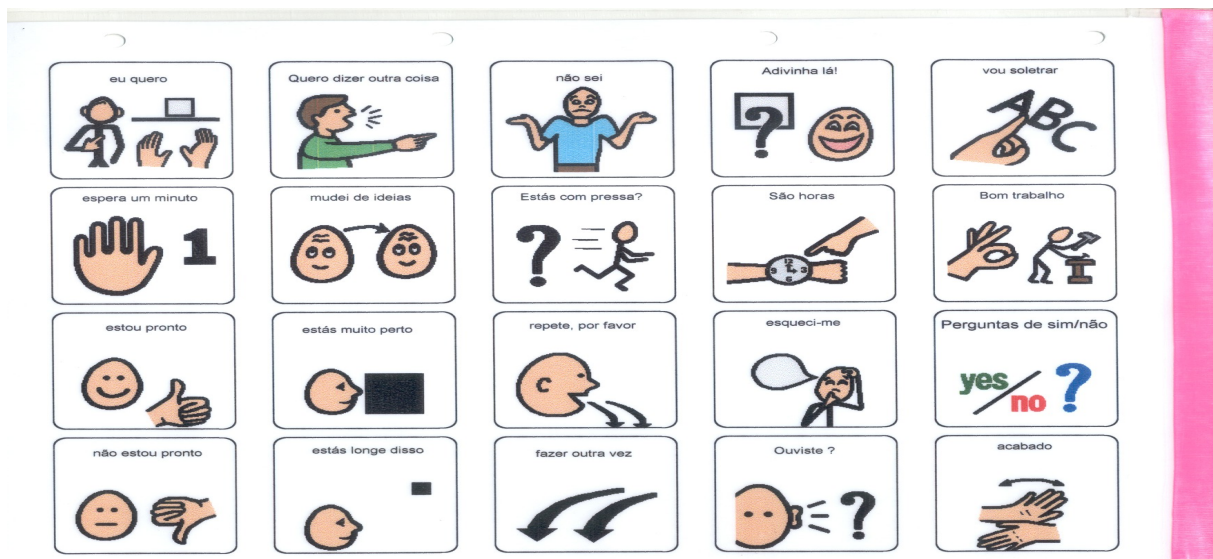
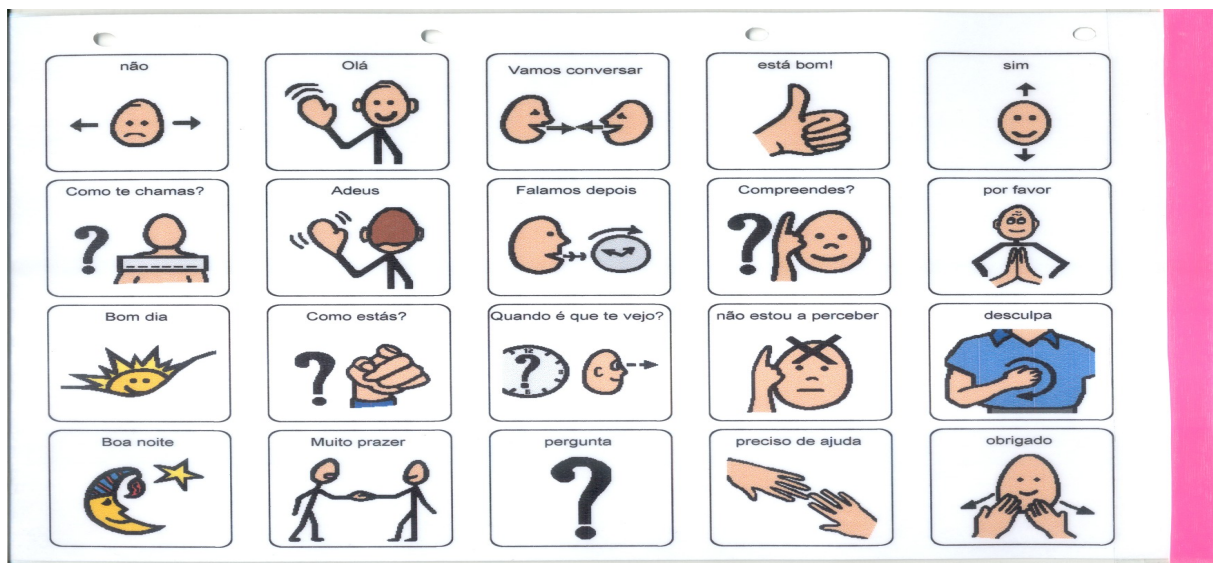


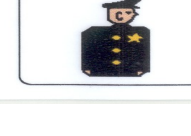
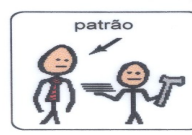
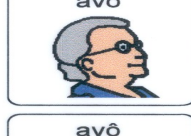
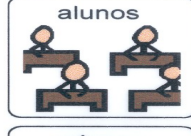
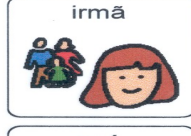
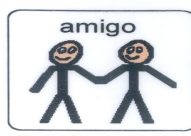
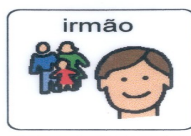
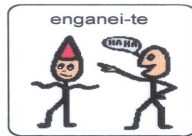
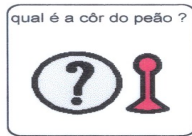
**Anexo XIV – Tabela CAA “Cirurgia/Ortopedia”**

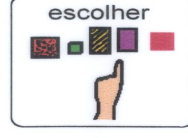
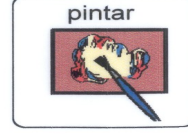
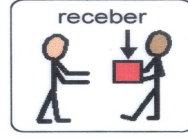
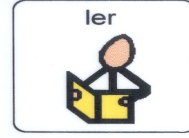
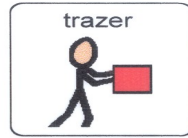
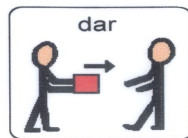
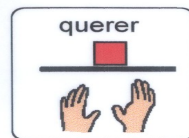
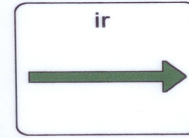
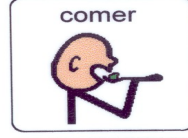
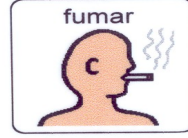
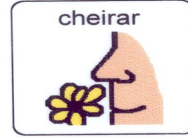
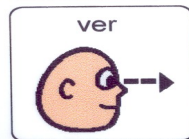
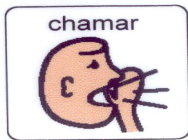
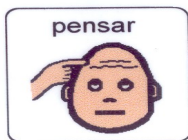
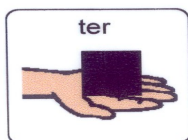
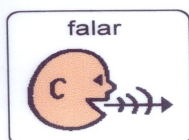
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

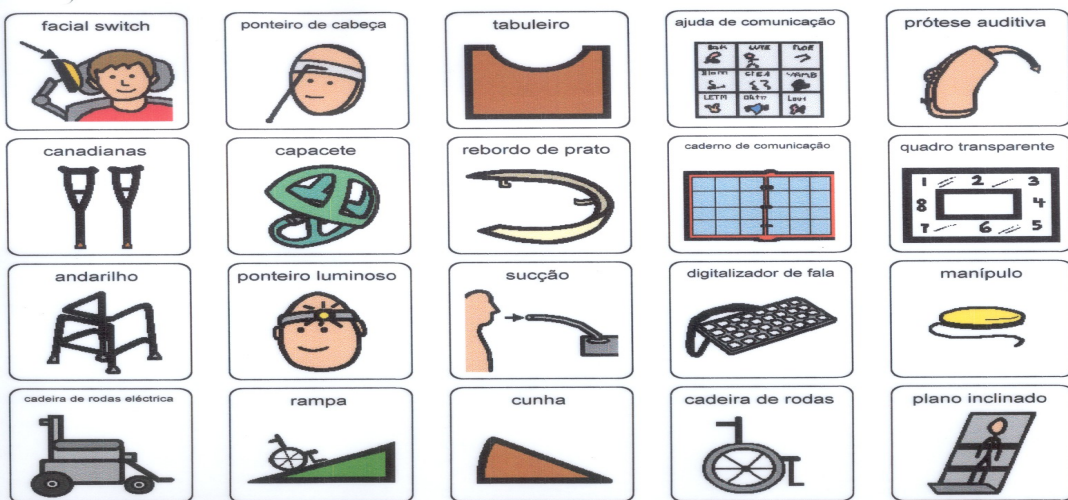
não 	eu quero 	pergunta 	eu 	médico 	falar 	pensar 	dor de cabeça 	cirurgia 	andariço 	casa 	sim 
olá 	não quero 	quero conversar 	tu 	enfermeiro 	ver 	comer 	dor da perna 	raio-x 	cadeira de rodas 	hospital 	contente 
como te chamas? 	não estou pronto 	não olhar 	amigos 	fisioterapeuta 	ouvir 	beber 	dor no braço 	análises ao sangue 	canadianas 	consulta 	triste 
adeus 	não gosto disso 	quem 	mãe 	professora 	andar 	respirar 	dor na barriga 	calor 	gesso 	maca 	cansado 
obrigado 	preciso de ajuda 	quantos 	pai 	anestesiologista 	sentar 	sair da cadeira 	dor nas costas 	frio 	Monitor Cardio respiratório 	algália 	assustado 
desculpa 	deixa-me em paz 	onde 	homem 	assistente operacional 	deitar 	levantar a cama 	dor nas mãos 	vômito 	tração 	abacaxi 	com medo 
não sei 	não estou a perceber 	porquê 	mulher 	família 	virar 	baixar a cama 	dor nos pés 	tonturas 	remédio 	injeção 	confuso 
repete, por favor 	é isso mesmo 	a que horas? 	outra pessoa 	avós 	ajudar 	engasgar 	cãibra 	febre 	ligadura 	penso 	não está neste mapa 

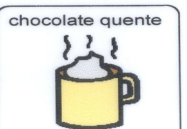
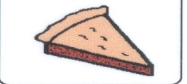
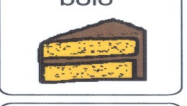
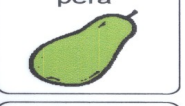
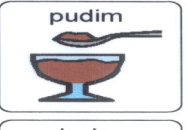
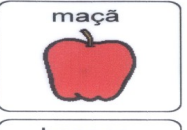
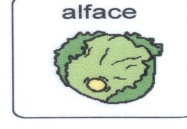
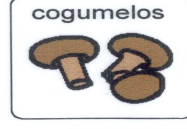
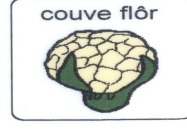
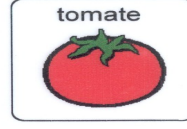
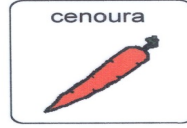
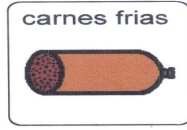
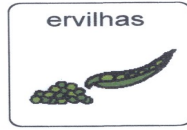
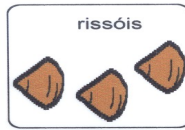
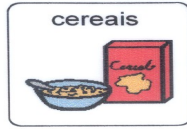
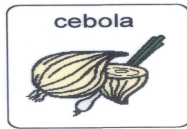
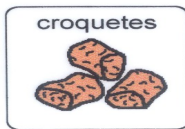
**Anexo XV – Dossier Comunicação Alternativa Aumentativa**

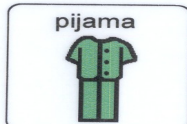
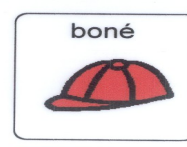
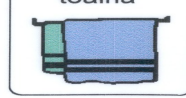
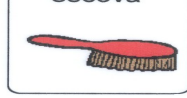
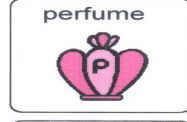
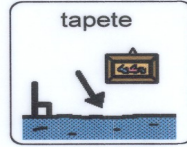
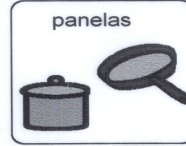
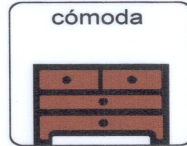
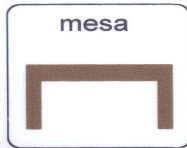
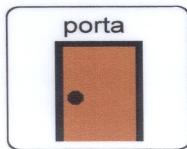
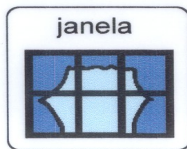




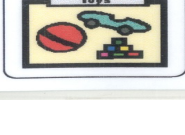
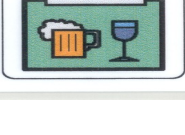
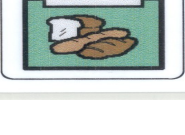
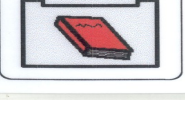
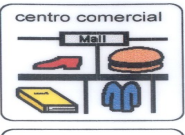
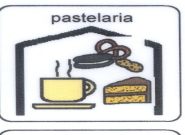
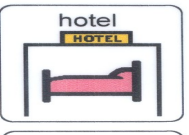
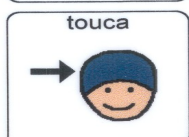
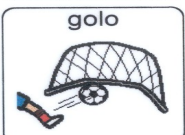
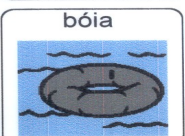
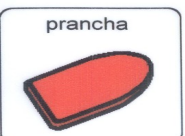
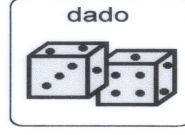
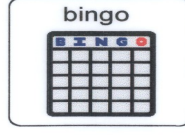
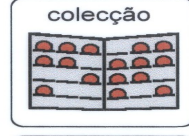
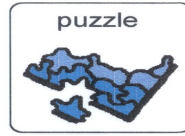
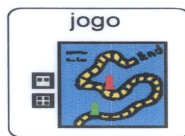




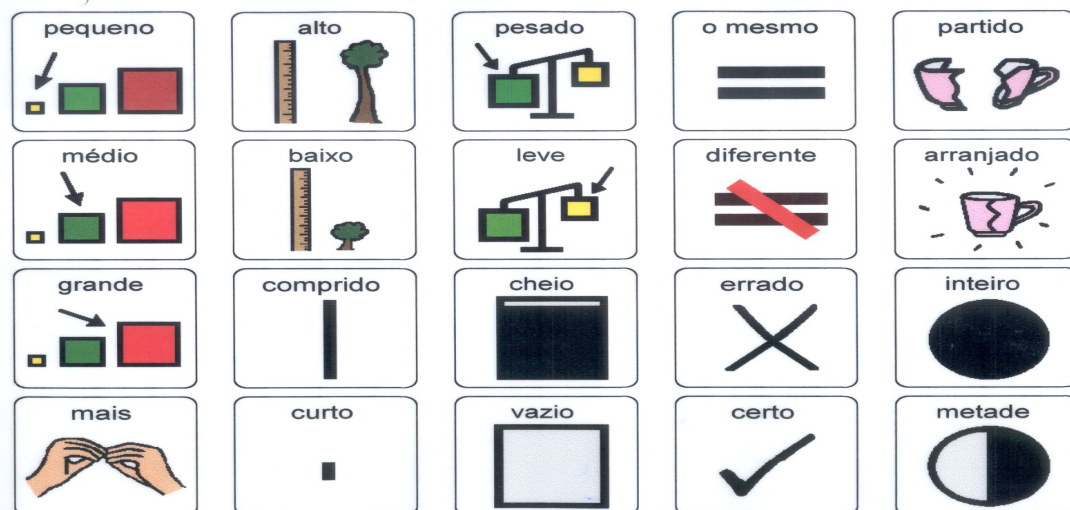
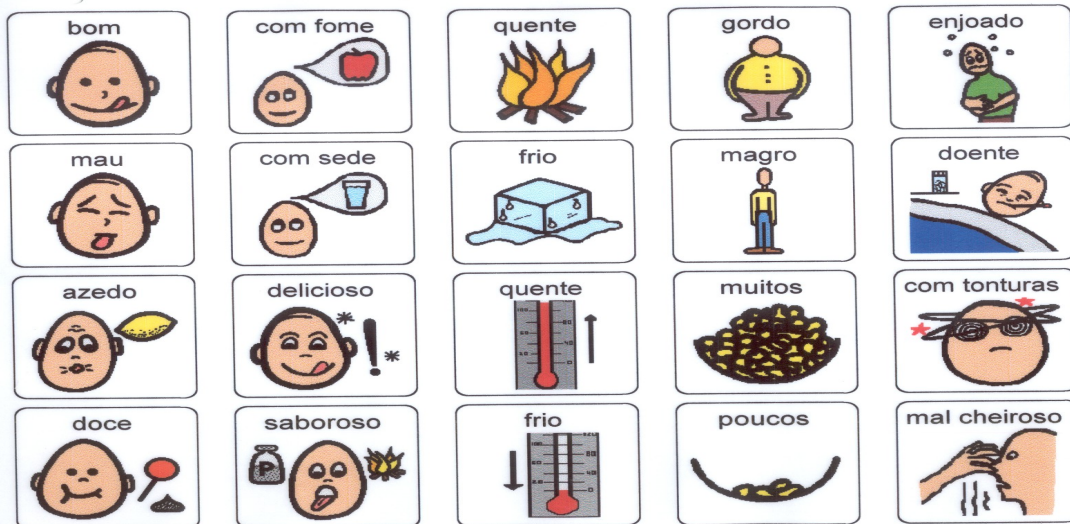












## **Anexo XVI – Cartões de Vinculação**

**CAIXINHA DOS CARTÕES  
DE VINCULAÇÃO**



**Realizado por:** Sónia Tavares, aluna do Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da U.C.P.

**Orientada por:** Enf.ª Especialista Raquel de Matos





**Realizado por:** Sónia Tavares, aluna do Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da U.C.P.  
**Orientada por:** Enf.ª Especialista Raquel de Matos



**Realizado por:** Sónia Tavares, aluna do Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da U.C.P.  
**Orientada por:** Enf.ª Especialista Raquel de Matos







**Bonjour  
Papás**

Les moments que nous partageons  
sont très importantes pour mon développement.  
Je vous aime beaucoup.

**Realizado por:** Sónia Tavares, aluna do Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da U.C.P.  
**Orientada por:** Enf.ª Especialista Raquel de Matos

[http://1.bp.blogspot.com/\\_MUJr9Fuixw/TJPVch2FOI/AAAAAAAAADs/1dBef9z2s1-Y/s3200+2\).png](http://1.bp.blogspot.com/_MUJr9Fuixw/TJPVch2FOI/AAAAAAAAADs/1dBef9z2s1-Y/s3200+2).png)

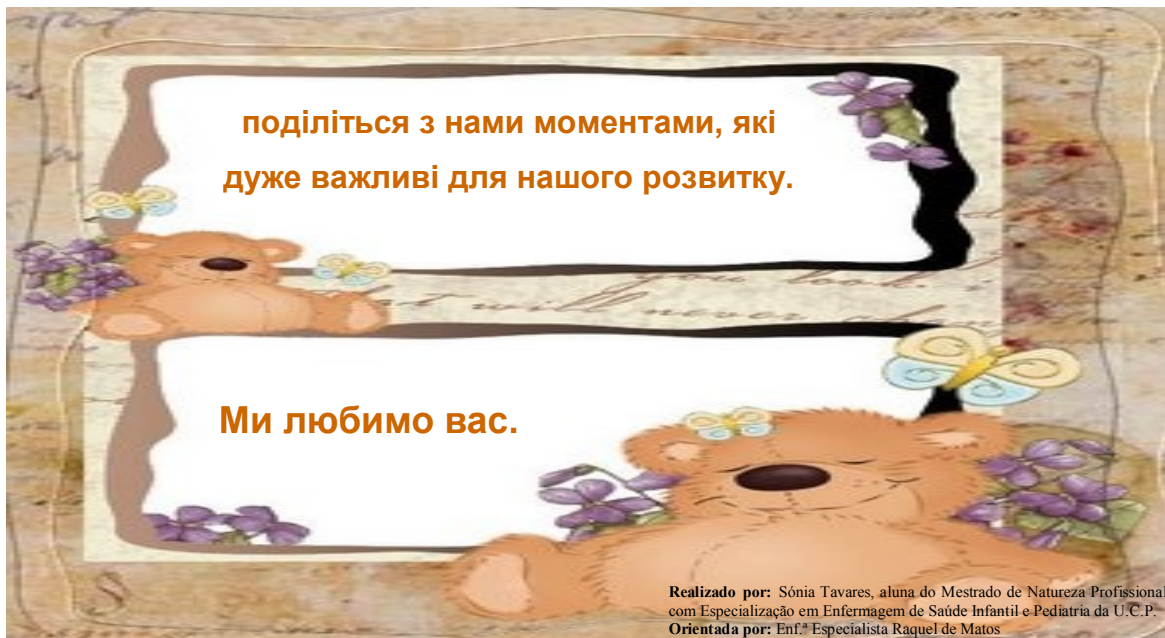
Les moments que nous  
partageons sont très  
importantes pour mon  
développement.  
Je vous aime beaucoup.

**Realizado por:** Sónia Tavares, aluna do Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da U.C.P.  
**Orientada por:** Enf.ª Especialista Raquel de Matos

[http://4.bp.blogspot.com/\\_mQploj3PTM/SrQDegOPc2I/AAAAAAAAATQ/dmayGGs-BGI/s320/Poohr+Baby\)+\(26\).jpg](http://4.bp.blogspot.com/_mQploj3PTM/SrQDegOPc2I/AAAAAAAAATQ/dmayGGs-BGI/s320/Poohr+Baby)+(26).jpg)







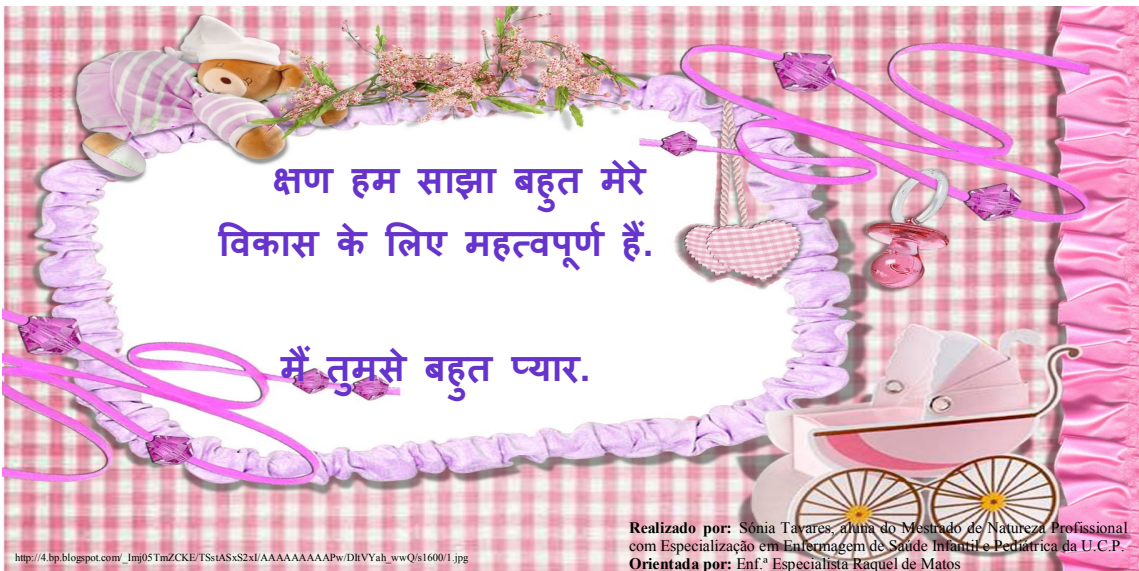














**Anexo XVII – Questionário da UCIN**

# QUESTIONÁRIO

**Destinatários** – equipa de enfermagem

## **Justificação da aplicabilidade**

Face ao tema do projecto não se encontrar desenvolvido nesta Unidade de Cuidados Intensivos e ao diagnóstico de situação elaborado, tornou-se pertinente a aplicabilidade de um questionário com o objectivo de aferir os contactos com situações de maus-tratos infantis dos enfermeiros que aqui prestam cuidados, assim como as suas dificuldades e necessidades.

## **Objectivos:**

- Obter conhecimento sobre a experiência profissional face à problemática;
- Identificar as intervenções de enfermagem face à ocorrência de maus-tratos infantis;
- Identificar as necessidades sentidas dos enfermeiros.

A elaboração do questionário deverá ser constituída por questões perceptíveis para todos os intervenientes. Devem ser claras, os termos técnicos devem ser bem definidos, por isso o questionário elaborado tem por base teórica o documento técnico da Direcção Geral de Saúde.

O questionário é um instrumento de medida, formado por perguntas abertas e fechadas, limita os enfermeiros às questões formuladas, é constituído por variáveis mensuráveis, ajuda a organizar, normalizar e a controlar os dados. Este serve para medir as variáveis de um estudo. É constituído por 4 fases: colheita de dados; análise de dados; interpretação dos resultados e a comunicação destes resultados aos participantes do estudo.

A colheita de dados, devido ao reduzido tempo de estágio a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e à data da acção de formação foi realizado no turno da manhã do dia 3 de Dezembro. Foi possível a aplicabilidade aos enfermeiros do turno da manhã, tarde e noite, num total de 18 questionários entregues e respondidos, cerca de 47% dos enfermeiros do serviço. Considerando os enfermeiros que se

encontram de licença de maternidade e de férias, cerca de 51,5%. O questionário foi anónimo.

A análise dos dados foi realizada à posteriori, permitindo a produção de resultados através das escalas gráficas e a sua interpretação. A divulgação dos resultados será realizada no dia 6 de Dezembro, na acção de formação.



## UM CONVITE PARA PARTICIPAR

Como estudante do Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Centro Hospitalar de Lisboa – Pólo Hospital Dona Estefânia.

O projecto de estágio a desenvolver é subordinado ao tema **“Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência”**.

Com o objectivo de conhecer a experiência, as dificuldades sentidas e as necessidades dos enfermeiros desta unidade face a esta problemática, peço a vossa colaboração neste percurso de ensino/aprendizagem que me proponho realizar, com a realização de um breve questionário sobre a temática em estudo.

Obrigada pela vossa colaboração

Sónia Tavares

Orientadora: Raquel Matos

30/11/2010

## QUESTIONÁRIO

**De acordo com a experiência profissional já contactou com crianças vítimas de maus-tratos?**

Sim  Não

**Se sim, com que tipos de maus-tratos?**

---

---

**Na sua prática de cuidados identifica factores de risco para a ocorrência de maus-tratos?**

Sim  Não

**Se sim, quais?**

Vinculação insegura  Comportamentos aditivos  Prematuridade/ RCIU  Gemelaridade

Criança portadora de necessidades de saúde especiais

Gestações muito próximas e/ou gestações não vigiadas  Tentativa de IVG

Desenraizamento social ou cultural  Contextos sociais problemáticos

Doença mental do cuidador  Excesso de actividade profissional

Outros  \_\_\_\_\_

**Quando identifica factores de risco, qual a sua intervenção?**

---

---

---

---

**Considera pertinente o encaminhamento de situações de risco de forma a evitar o perigo, ou seja, a ocorrência de maus-tratos na criança?**

Sim  Não

**O que considera importante ser realizado no seu local de trabalho face à problemática?**

---

---

---

---

**Experiência Profissional**

< 5anos  5 – 10 anos  10 – 20 anos  > 20 anos

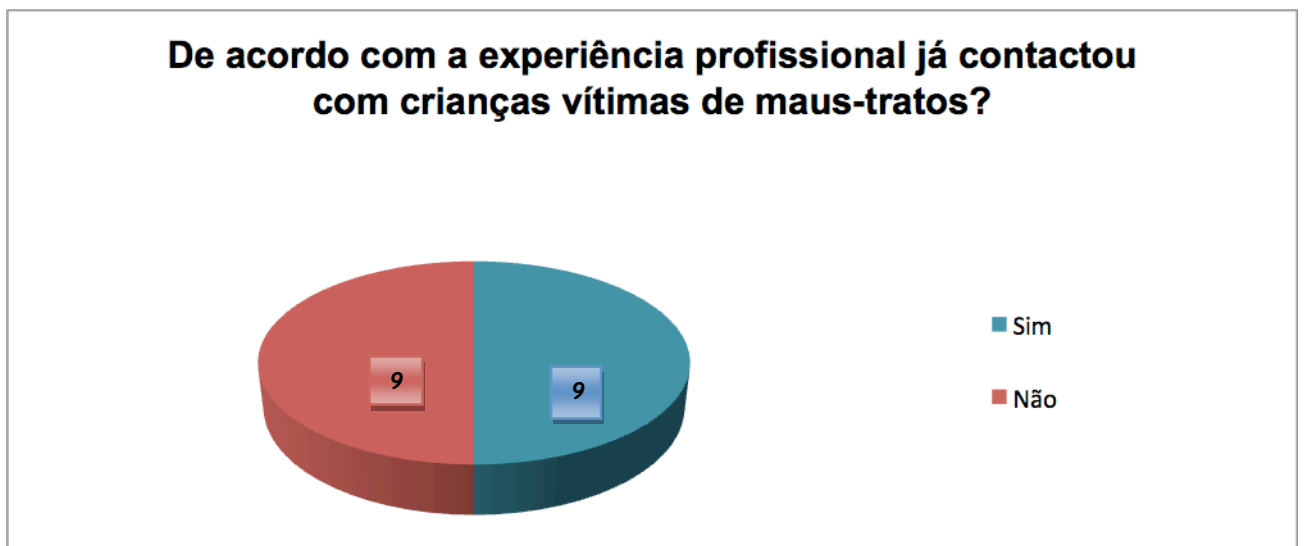
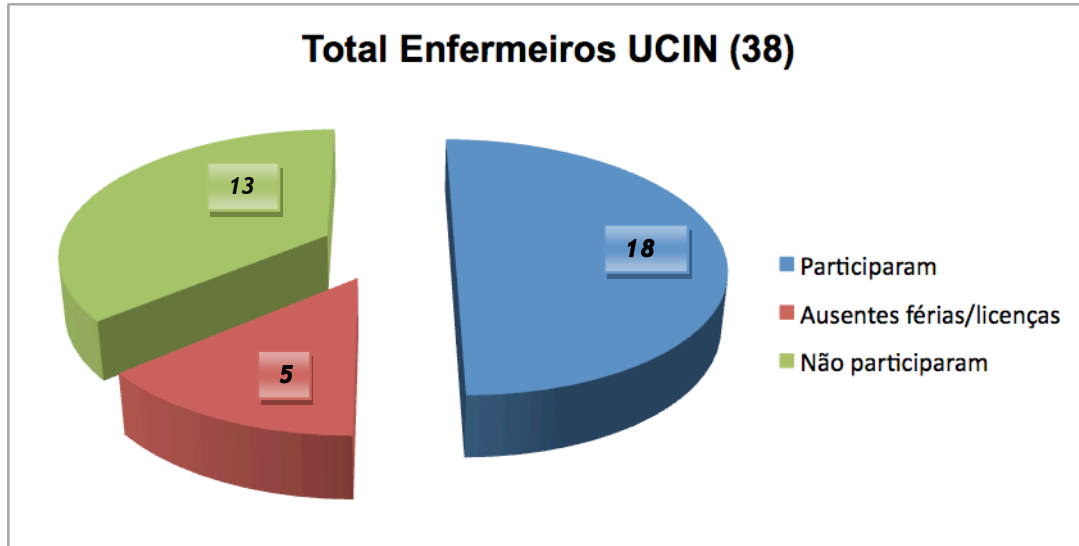
**Formação Académica**

Bacharelato  Licenciatura  Licenciatura com Especialidade  Mestrado

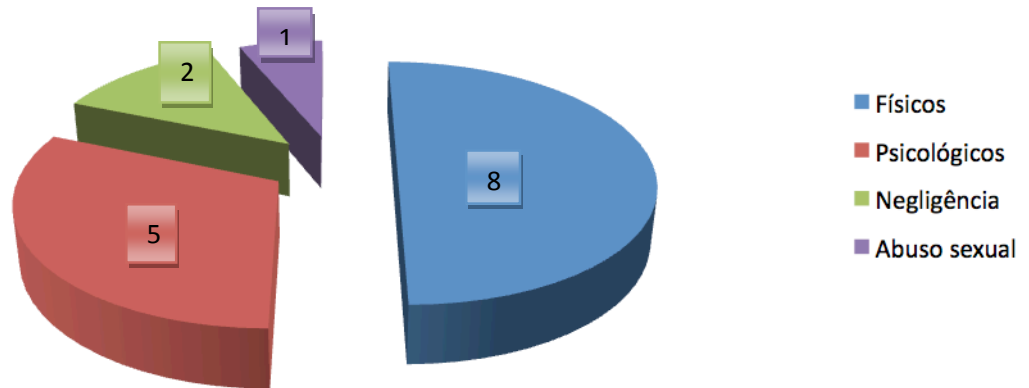
Doutoramento

## **Anexo XVIII – Análise do Questionário da UCIN**

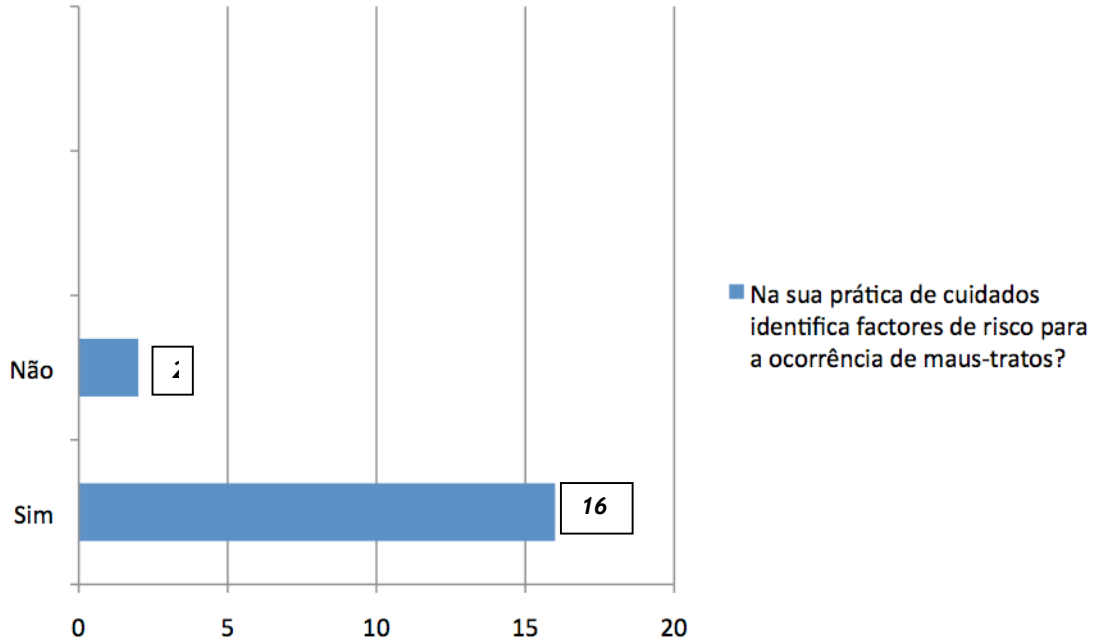
## Resultados do questionário



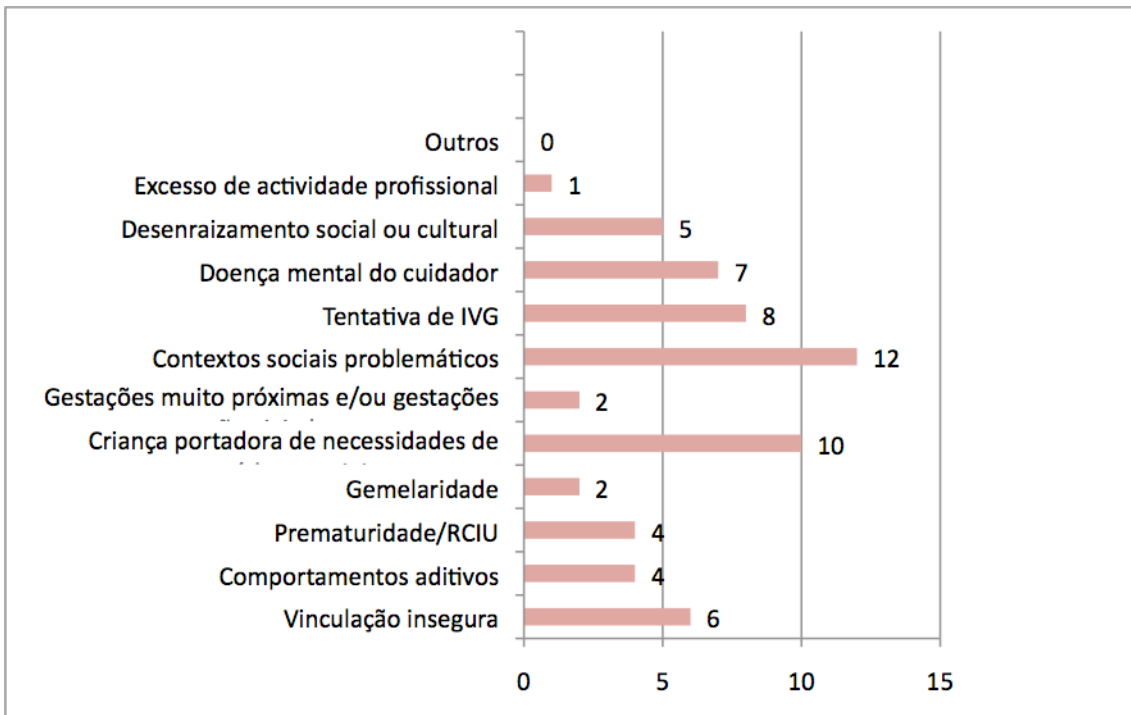
### Se sim, com que tipos de maus-tratos?



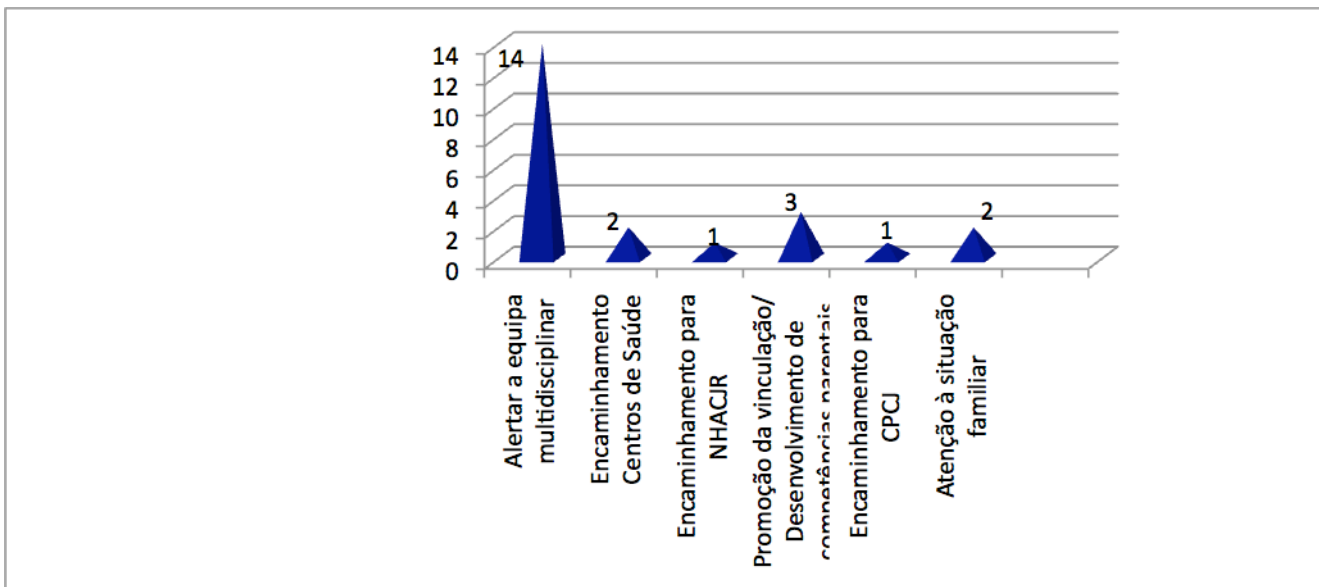
### Na sua prática de cuidados identifica factores de risco para a ocorrência de maus-tratos?



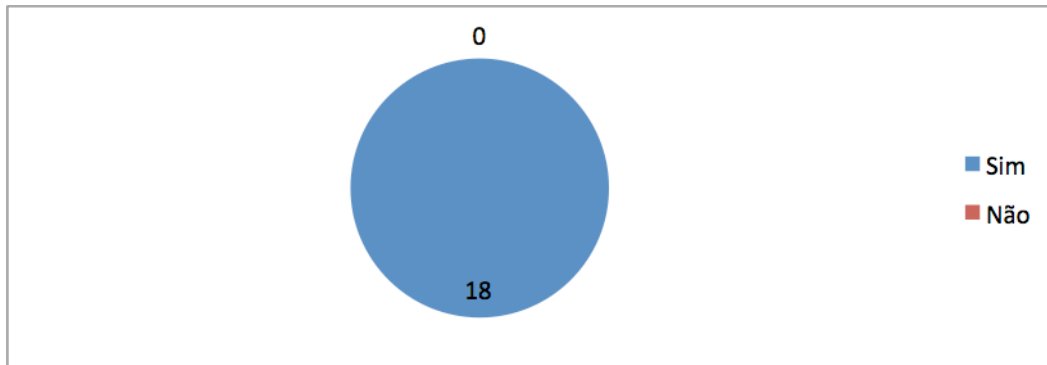
## Se sim, quais?



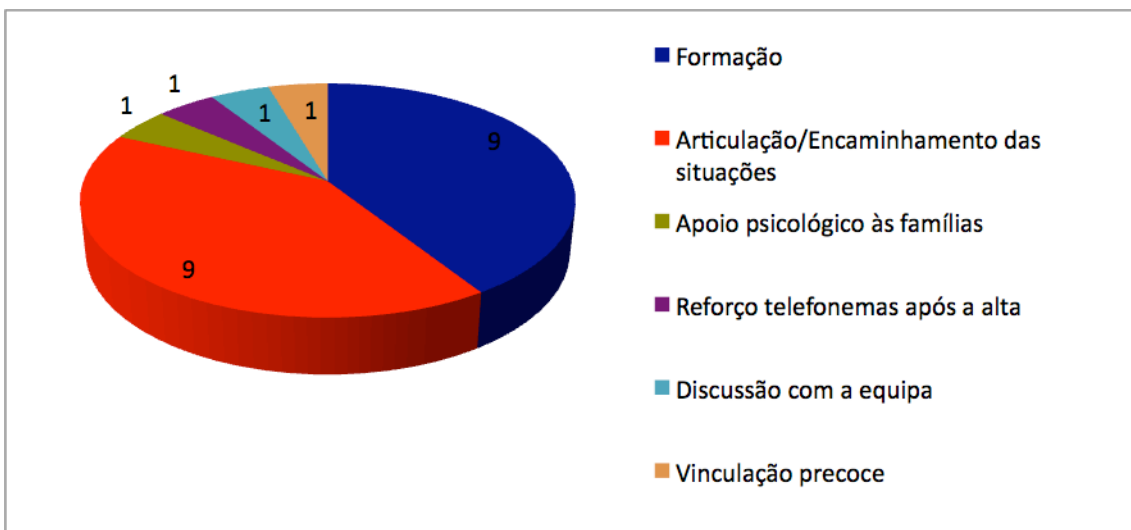
## Quando identifica factores de risco, qual a sua intervenção?



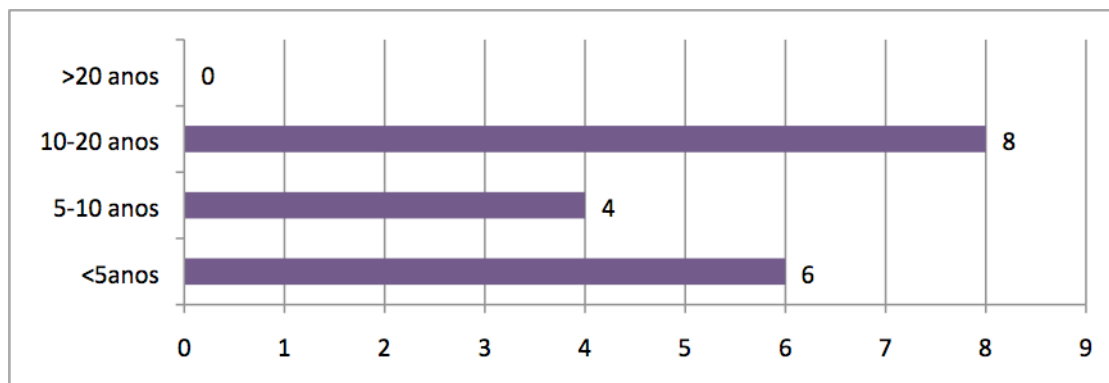
**Considera pertinente o encaminhamento de situações de risco de forma a evitar o perigo, ou seja, a ocorrência de maus-tratos na criança?**



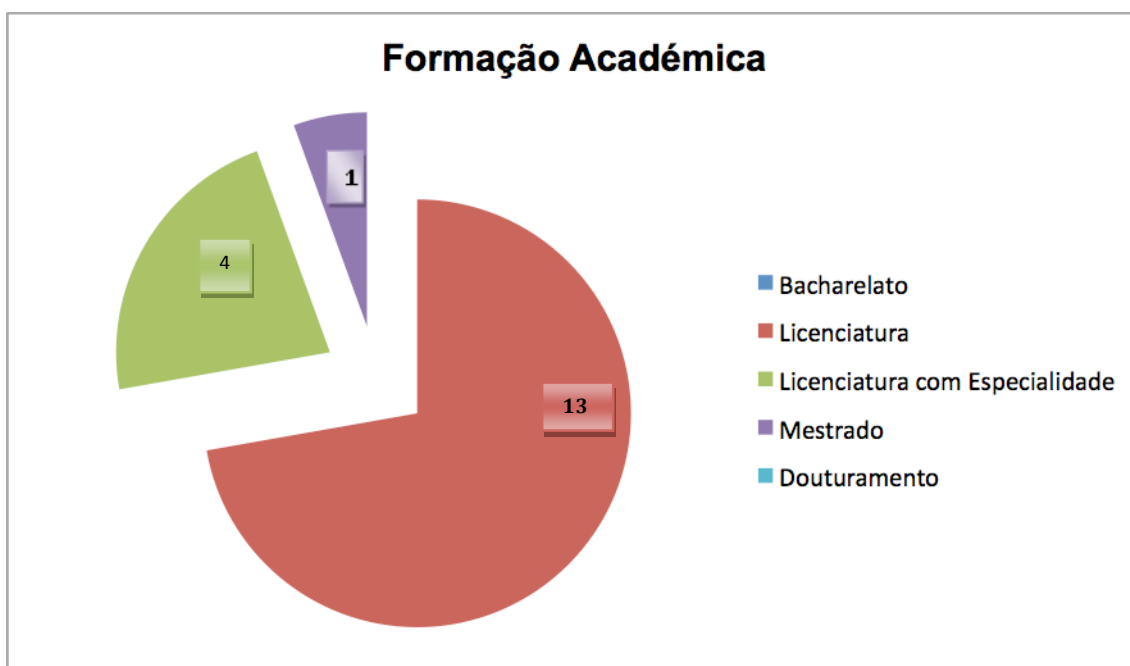
**O que considera importante ser realizado no seu local de trabalho, face à problemática?**



## Experiência profissional



## Formação Acadêmica



## **Interpretação dos resultados**

A aplicação do questionário foi realizada num dia, devido à escassez de tempo, contudo cerca de 51% dos enfermeiros aderiram ao seu preenchimento.

De acordo com os dados colhidos 44,4% dos enfermeiros tem experiência profissional entre 10 e 20 anos; 33,3% inferior a 5 anos e 22,3% entre 5 a 10 anos.

De acordo com a formação académica 72,2% dos enfermeiros são licenciados; 22,2% são licenciados com especialidade e 5,6% têm um mestrado.

As seguintes questões relacionavam-se com o tema do meu projecto a aplicar na unidade.

### **Pergunta 1: De acordo com a sua experiência profissional, já contactou com crianças vítimas de maus-tratos?**

50% dos enfermeiros referiram que sim e 50% referiram que não. Os enfermeiros com experiência profissional de outros serviços de pediatria identificaram a ocorrência de maus-tratos.

### **Pergunta 2: Se sim, com que tipos de maus-tratos?**

Dos 50% dos enfermeiros que contactaram com maus-tratos 27,8% contactaram com diferentes tipologias e 22,2% só com uma tipologia. Cerca de 8 dos 9 enfermeiros contactaram com maus-tratos físicos; 5 maus-tratos psicológicos; 2 negligência e 1 com abuso sexual (serviço de urgência).

Se compararmos com a tipologia descrita no estudo de Fausto Amaro em 1985 a negligência inverte de posição com os maus-tratos físicos.

### **Pergunta 3: Na sua prática de cuidados identifica factores de risco?**

88,9% dos inquiridos responderam que sim e 11,1% que não.

Dos enfermeiros que responderam que nunca tinham contactado com crianças vítimas de maus-tratos todos identificaram factores de risco existentes na sua prática de cuidados. Dos enfermeiros que responderam que tinham contacto com crianças vítimas de maus-tratos 2 responderam que não identificaram factores de risco, provavelmente porque a experiência profissional se prendeu ao contexto de urgência.

### **Pergunta 4: Se sim, quais?**

Contextos sociais problemáticos – 12;

Criança portadora de necessidades de saúde especiais – 10

Tentativa de IVG - 8

Vinculação insegura - 6

Gemelaridade - 2

Desenraizamento social e cultural – 5

Comportamentos aditivos – 4

Prematuridade/RCIU – 4

Doença mental do cuidador – 7

Gestações muito próximas e/ou gestações não vigiadas - 2

Excesso de actividade profissional - 1

**Pergunta 5: Quando identifica factores de risco, qual a sua intervenção?**

Na maioria 14 dos enfermeiros alerta a equipa multidisciplinar para a situação (médico, assistente social); 2 encaminham para o Centro de Saúde; 1% encaminha para o NHAPCJ; 1 para a CPCJ; 3 referiram que promovem a vinculação, o papel parental e 2 estão mais alerta face às dificuldades das famílias.

**Pergunta 6: Considera pertinente o encaminhamento de situações de risco de forma a evitar o perigo, ou seja, a ocorrência de maus-tratos?**

A totalidade dos enfermeiros respondeu que sim.

**Pergunta 7: o que considera importante ser realizado no seu local de trabalho, face à problemática?**

Nove dos enfermeiros responderam que consideram pertinente a formação; 9 o encaminhamento das situações; 1 dos enfermeiros referiu o reforço dos telefonemas após a alta; 1 a vinculação precoce; 1 apoio psicológico e 1 discussão com a equipa das situações em risco.

**Anexo XIX – Acção de Formação “Enfermeiro na UCIN – Papel Fundamental na Prevenção de Maus-tratos”**



**C.H.L.C - HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**  
**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
**NEONATAIS**



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

**ENFERMEIRO NA UCIN**  
**PAPEL FUNDAMENTAL NA PREVENÇÃO**  
**DE MAUS-TRATOS**

**DATA / HORA: 06/12/2010**  
**15h30**

**Formador: Sónia Tavares (Aluna U.C.P)**

**Orientada por: Enf<sup>a</sup> Esp. Raquel Matos**

**LOCAL: UCIN**

## Centro Hospitalar de Lisboa Central – Pólo Hospital Dona Estefânia

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

**Tema:** Enfermeiro na UCIN – Papel fundamental na prevenção de maus-tratos

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais      **Data:** 06/12/2010      **Hora:** 15h30      **Duração:** 30 minutos

**Objectivo geral:** Sensibilizar para a prevenção de maus-tratos; Enfatizar a importância de factores protectores de maus-tratos

**Objectivos específicos:** Contribuir para uma melhor articulação entre a equipa de enfermagem e a assistente social da UCIN

**Formador:** Sónia Tavares (A.E.U.C.P)

Fases da sessão	Conteúdos programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos	Tempo	Formadores
Introdução	Resultados dos questionários Concepção/ Capacidade de adaptação de um bebé real	Power- Point		5m'	
Desenvolvimento	Definição de maus-tratos Estatísticas Factores de risco Tipologia Sinais e sintomas Factores de protecção Prevenção	Power-Point		20m'	
Conclusão	Intervenção hospitalar Papel da equipa	Power-Point		5m'	
Avaliação				5m'	

**ENFERMEIRO NA UCIN**  
**PAPEL FUNDAMENTAL NA PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS**

Realizado por:  
 Sónia Tavares  
 (Aluna do Mestrado U.C.P.)

Orientada por:  
 Enf.ª Especialista Raquel de Matos

Lisboa, Dezembro de 2010

**Objectivos:**

- Sensibilizar para a prevenção dos maus-tratos
- Enfatizar a importância dos factores protectores de maus-tratos

**Resultados do questionário**

De acordo com a experiência profissional já contactou com crianças vítimas de maus-tratos?

Resposta	Contagem
Sim	9
Não	9

Se sim, com que tipos de maus-tratos?

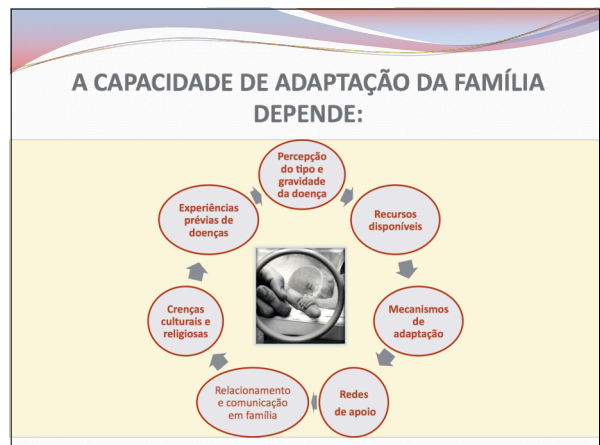
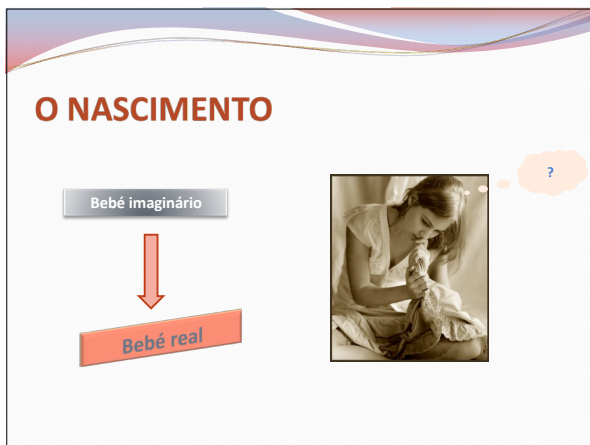
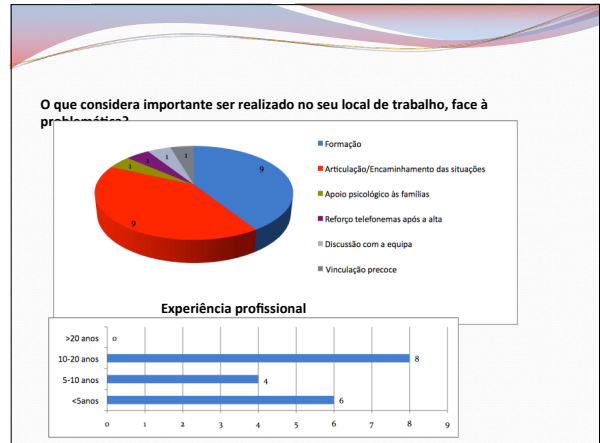
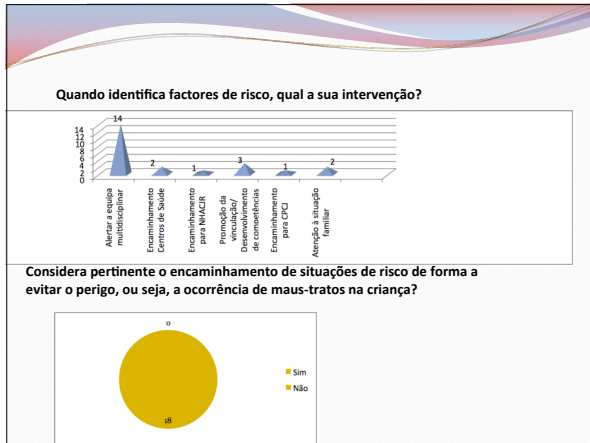
Tipo de Maus-tratos	Contagem
Físicos	5
Psicológicos	8
Negligência	2
Abuso sexual	1

Na sua prática de cuidados identifica factores de risco para a ocorrência de maus-tratos?

Resposta	Contagem
Sim	2
Não	13

Se sim, quais?

Factor de Risco	Contagem
Outros	0
Excesso de actividade profissional	1
Desenraizamento social ou cultural	5
Doença mental do cuidador	7
Tentativa de IVG	8
Contextos sociais problemáticos	12
Gestações muito próximas e/ou gestações não	2
Criança portadora de necessidades de saúde	10
Gemelaridade	3
Prematuridade/RCIU	4
Comportamentos aditivos	4
Vinculação insegura	6



## Maus-tratos/Prematuros

*"todos os prematuros têm maior probabilidade de virem a ser maltratados e negligenciados pelos pais devida a serem percebidos como mais difíceis".*

Barros, 1999

*" nos últimos 20 a 25 anos estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebês que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos RN de termo e saudáveis".*

Marques e Sá, 2004



## Em Portugal

1985 – Estudo 20 000 Crianças maltratadas

48% negligência

31% a 36% maus-tratos psicológicos

16% a 21% maus-tratos físicos

Fausto Amaro

Relatório "Famílias e os maus-tratos às crianças em Portugal" 1999

6% das crianças têm menos de 1 mês

25% menos de 1 ano

11% têm uma doença crónica

8% uma deficiência física

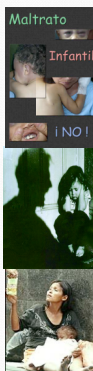
10% uma doença mental

Teresa Magalhães, 2004

## Definição de Maus-tratos

*"Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder".*

Teresa Magalhães, 2004



## Maus-tratos

RISCO

PERIGO





## Características individuais dos pais

- Alcoolismo, toxicodependência
- Perturbações da saúde mental ou física
- Antecedentes de comportamentos desviantes
- Personalidade imatura e impulsiva
- Baixo auto-controlo e reduzida tolerância às frustrações
- Grande vulnerabilidade ao stress
- Baixa auto-estima
- Excesso de vida social ou profissional que dificulte o estabelecimento de relações com os filhos

DGS, 2007

## (continuação)

- Atitude intolerante, indiferente ou excessivamente ansiosa face às responsabilidades relativas à criação dos filhos
- Incapacidade de admitir que o filho foi vítima de maus-tratos e de o proteger no futuro
- Antecedentes de maus-tratos
- Idade muito jovem (inferior a 20 anos, principalmente as mães)
- Gestações muito próximas
- Baixo nível económico e cultural, inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança
- Vinculação insegura

DGS, 2007

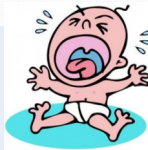
## Características das crianças

- Vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades (deficiência)
- Prematuridade e baixo peso ao nascer
- Perturbações de saúde mental ou física
- Sexo
- Personalidade e temperamento não ajustados aos pais

DGS, 2007

## Características do contexto familiar

- Gravidez indesejada
- Família monoparental
- Família reconstituída com filhos de outras ligações
- Família com muitos filhos
- Família desestruturada (ex: violência doméstica, morte, divórcio, ...)
- Famílias com problemas socioeconómicos e habitacionais (ex: pobreza, isolamento social, ...)



DGS, 2007

## Características do contexto social e cultural

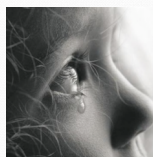
- Atitude social para com as crianças (ex: até que ponto o abuso físico é considerado educativo?, ...)
- Atitude social para com as famílias (ex: a família é sempre o melhor grupo para a criança viver?, ...)
- Atitude social em relação à conduta violenta (ex: aumento das molduras penais; características das redes de apoio à vítima)



DGS, 2007

## Tipologia de maus-tratos

- Negligência
- Maus-tratos físicos
- Abuso sexual
- Maus-tratos psicológicos
- Síndrome de Munchausen por Procuração



DGS, 2007

Activa

Negligência

Passiva

Incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades básicas de vida em termos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afecto, estimulação e apoio, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

Intra-uterina

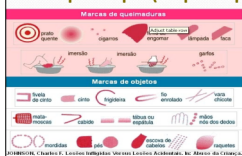


Extra-uterina

DGS, 2007

## Maus-tratos Físicos

O 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 provocar) dano físico.



DGS, 2007

## Abuso Sexual

O abuso sexual consiste em práticas que visam a satisfação sexual de um adulto ou de um jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre ele e sobre as quais o menor não tem capacidade de compreensão e para as quais não está preparado. Pode ser intra ou extra familiar, ocasional ou repetido ao longo da infância.



DGS, 2007

## Maus-tratos Psicológicos

O abuso psicológico está presente em todos os tipos de maus-tratos. Incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.



DGS, 2007

## Síndrome de Muschausen por Procuração

Existe um elemento da família que atribui à criança sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, gerando hospitalizações, técnicas invasivas e procedimentos de diagnóstico exaustivos.



DGS, 2007

## Maus-tratos pré-natais

- Todas as acções cometidas pela gestante com a finalidade de por fim à gravidez.
- Nem sempre a gestação é interrompida, o que poderá levar a negligências alimentares, consumo de álcool, tabaco, medicamentos e outras drogas, com o intuito de prejudicar o feto.



Canova, 2006

## Sinais e sintomas de maus-tratos

### Negligência

- ✓ Inexistência de rotinas
- ✓ Carência de higiene

### Abuso Sexual

- ✦ Lesões externas nos órgãos genitais
- ✦ Hemorragia vaginal ou anal

### Físicos

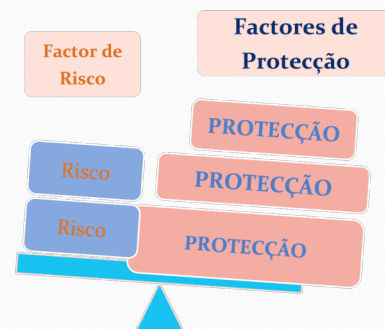
- Fracturas das costelas e corpos vertebrais
  - Traumatismo craniano
- Lesões desenhando marcas de objectos
- Queimaduras

### Psicológicos

- ☐ Choro incontrolável
- ☐ Recusa alimentar

DGS, 2007

## Maus-tratos



## Factores de Protecção

### Factores individuais

Boa auto-estima



Desejo autonomia



Capacidade de pedir ajuda



## Factores relacionais

Os primeiros contactos entre mãe e bebé são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebé.

Robson e Moss, 1979

Vinculação segura

Relação afectiva securizante

Bowlby (1990) refere que mamar, tocar, agarrar, chorar, sorrir são funções básicas e inatas de interacção e de vinculação à mãe.



## Factores de comunicação

Articulação com o Centro de Saúde

Encaminhamento para instituições/serviços


Visitação domiciliária



## Prevenção

### Primária

- Consciencializar a população
- Diminuição de factores de risco
- Promoção das competências parentais e sociais dos pais e profissionais que contactam com a criança



## Secundária

Implementar programas e actividades de suporte emocional e social

Intervenção precoce

Trabalhar com a família




## Terciária

- Encaminhamento
- Protecção das crianças
- Abordagem psicossocial
- Abordagem jurídica

**Objectivos:**

Reduzir a duração das sequelas de maus-tratos

Reabilitação das pessoas afectadas



## Prevenção na UCIN

Melhorar as competências parentais

Promover a vinculação

Investir na promoção da saúde

Aleitamento Materno

Método Canguru

Massagem do bebé





Constituição da República Portuguesa

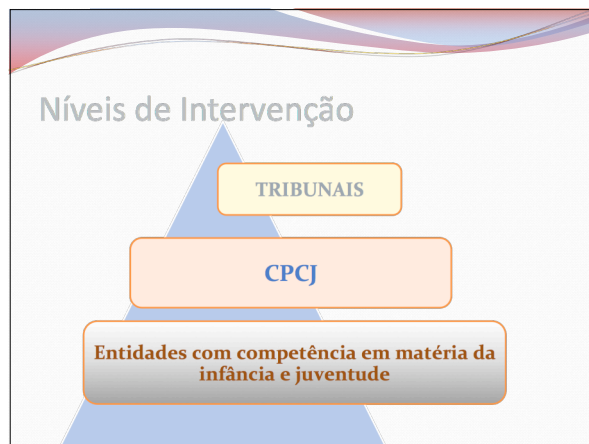
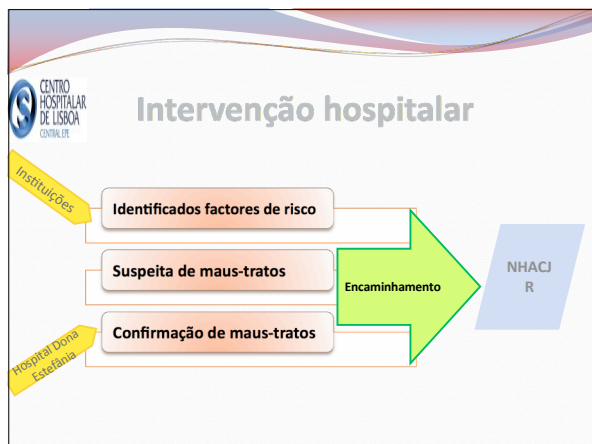
Convenção dos Direitos da Criança

Código Deontológico

**"Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso".**

Ordem dos Enfermeiros





**Bibliografia**

ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida; ALMEIDA, Helena Nunes de – “Sombras e marcas: os maus tratos às crianças em Portugal”. *Análise Social*. Lisboa. Vol. XXXIV, nº 50 (Outubro/Dezembro 1999), p. 91-121. ISSN 0003-2573.

AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Ângela da Costa – **Maus-tratos à Criança**. CLIMEPSI EDITORES: Lisboa, 2006. 162 p. ISBN 972-796-220-3.

BARRADAS, Alexandra M. C. R. – Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro Vivencias, necessidades e estratégias de intervenção – M estrado em Comunicação em Saúde Universidade Aberta, Lisboa, Janeiro 2008, 274p. [http://search.babylon.com/?q=estrategias+de+vincula%ic%a7ao+na+neonatalogia&tl=en&habsrc=conduit&ctid=CT14609888SearchSource=1...\[01/12/2010, 17:34\]](http://search.babylon.com/?q=estrategias+de+vincula%ic%a7ao+na+neonatalogia&tl=en&habsrc=conduit&ctid=CT14609888SearchSource=1...[01/12/2010, 17:34])

CANHA, J. - Criança maltratada: o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos. Coimbra: Quarteto. 2000. 239p, ISBN 972-8535-31-7.

COELHO, Paulo - Prevenção e Intervenção: Maus-tratos a crianças e adolescentes. Universidade Internacional, 2006. 32p. Disponível em [www.multiculturas.com/textos/preven\\_interv\\_maus\\_tratos\\_Paulo-Canova.pdf](http://www.multiculturas.com/textos/preven_interv_maus_tratos_Paulo-Canova.pdf). [03/12/2010, 18:44].

Código Deontológico do Enfermeiro DL 104/98. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsino.aspx>. [03/12/2010, 17:34].

GOMES, Ana Cristina Nóbrega Machado - Vinculação mãe-bebé na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia. Publicação da Associação Portuguesa de Enfermeiros (2ª série). Lisboa, nº44 (Outubro/Dezembro 2006), p.17-23. ISSN 0871-0775.

MARQUES, S.M.N.& SÁ, M.G.S. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. **Referência**. Coimbra (11).p.34-40.

Ministério da Segurança Social e do Trabalho - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos, Lisboa, 1ª edição, 2003. 14p.

*"Ignorar um caso de maus-tratos é pôr em causa a vida e o futuro de uma criança".*

Canha, 2000



**OBRIGADO**

# **UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**Instituto de Ciências da Saúde**

**Escola Superior Politécnica de Saúde**

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional  
Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria**

## **PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA NA UCIN**

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ACÇÃO DE  
FORMAÇÃO**



**Autora:**

Sónia Tavares

Aluna nº 192009007

**Orientado por:**

Prof. Elisabete Nunes

**Lisboa Novembro de 2010**

*“Se sou teu bebé,  
por favor, toca-me.  
Preciso do teu toque  
de formas que nunca  
poderias entender.*

*Não me laves e vistas e  
me alimentes, apenas.*

*Mas embala-me, beija-me, beija a minha cara  
e acaricia o meu corpo.*

*O suave toque da tua mão  
transmite-me segurança e amor”*

*Phyllis K. Davis*

## **SIGLAS**

DGS – Direcção Geral de Saúde

CPCJR – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

R.N – Recém-nascido;

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## **SUMÁRIO**

	<b>Pág.</b>
1 – INTRODUÇÃO	5
2 – NASCER PREMATURO	7
3 – VINCULAÇÃO	9
4 – CUIDAR EM PARCERIA	12
5 – MAUS-TRATOS	14
5.1 – TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS	15
5.1.1 – Negligência	15
5.1.2 – Maus-tratos Físicos	16
5.1.3 – Abuso Sexual	16
5.1.4 – Maus-tratos Psicológicos	17
5.1.5 – Síndrome de Muschausen por Procuração	18
5.2 – FACTORES DE RISCO	18
5.3 – FACTORES PROTECTORES	21
5.4 – PREVENÇÃO	21
6 – CONCLUSÃO	23
7- BIBLIOGRAFIA	24

## 1 - INTRODUÇÃO

O nascimento de um recém-nascido prematuro ou com deficiência rompe com os ideais dos pais. Durante o período de gestação a família prepara-se para o nascimento de um bebé saudável que em poucos dias se encontrará no seio familiar.

Quando se deparam com um bebé que necessita de cuidados intensivos, onde a própria vida poderá estar em risco, os pais entram num período de crise, onde têm de fazer o luto de um bebé imaginário e aceitar o bebé que têm.

Muitas vezes as mães culpam-se pela prematuridade do filho, pelas patologias que possa ter ou vir a adquirir, o que pode originar uma vinculação insegura entre mãe/bebé. A hospitalização vai desequilibrar as vivências dos pais e restante família e alterar o exercício da parentalidade.

A realização do Módulo III insere-se no Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O início deste módulo deu-se na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia. O estágio preconizado numa unidade de cuidados intensivos neonatais proporciona ao futuro enfermeiro especialista a aquisição de competências na prestação de cuidados ao recém-nascido e família nas situações de especial complexidade.

A competência abrange duas vertentes: a avaliação do comportamento, no sentido da sua adequação, e a regulação do comportamento de acordo com a avaliação realizada. A relação entre ambas é a sua associação. De acordo com Nunes “no percurso de desenvolvimento de uma competência, definem-se pelo menos quatro formas de expressão: a) no conhecimento organizado das ideias e conceitos chave envolvidos; b) na capacidade de identificar ou reconhecer as circunstâncias próprias para as aplicar; c) na argumentação que fundamenta a escolha realizada; e d) na acção que traduz a aplicação prática das ideias e conceitos”. Utilizando este conceito, a auto-reflexão da prática permitiu-me desenvolver e aprofundar novos conceitos, reconhecer situações onde pudesse aplicar esses conhecimentos (no contacto com as utentes/famílias), justificar claramente as minhas acções e escolhas e elevar o nível dos cuidados prestados.

Considero que a aplicabilidade do projecto que me encontro a desenvolver “Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência” seja pertinente numa unidade de cuidados intensivos neonatias, pois a importância de trabalhar factores protectores que previnam maus-tratos, como é o caso da vinculação, de proporcionar uma relação forte e segura entre o bebé e seus pais, contribui para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Cummings et al., 2002, citado por Sousa 2007 refere que *“os pais são as pessoas que exercem maior*

*influência na existência infantil e a relação que se estabelece entre pais e filhos, é o factor mais determinante para a qualidade de vida da criança”.*

Segundo Pedro Strecht, “o tipo de vinculação estabelecido nos primeiros tempos de vida é a base de importantes movimentos da organização psíquica futura, sendo que as crianças mais ligadas e referenciadas conseguem não só melhores movimentos posteriores de autonomia, com menos conflitualidade na adolescência, como são capazes de um maior sentido de protecção, logo, de autopreservação” (2008:51).

O modelo teórico de parceria de cuidados de Anne Casey, contribuiu para o fortalecimento da vinculação entre pais e recém-nascido. Com o modelo surge um crescimento físico, emocional e social da criança e família em que os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros nos cuidados o que permite emergir sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade no momento e posteriormente em casa. Para que tudo isto tenha sucesso é necessário a envolvimento quer da equipa de enfermagem, devendo actuar com o método de enfermeira responsável, quer por parte da família.

Ao longo do projecto irá ser abordado o nascer

## 2 – NASCER PREMATURO

O nascimento de um bebé prematuro interrompe todo o esforço realizado durante a gravidez para a concepção de um bebé ideal. Um bebé é considerado prematuro quando nasce antes das 37 semanas de gestação. Segundo Behrman (1994), citado por BARRADAS (2008:55) “os bebés nascidos vivos antes das 37 semanas a contar com o primeiro dia do último período menstrual são denominados prematuros”.

O seu aspecto físico é diferente dos bebés termo. A imaturidade de vários órgãos faz com que o bebé nas primeiras semanas de vida enfrente variadas complicações, colocando em risco a sua vida.

Em Portugal, segundo a Organização Nascer Prematuro em Portugal, em 2005, 6,6% dos recém-nascidos nasceram antes das 37 semanas de gestação; 7,5% com baixo peso (abaixo dos 2500g) e cerca de 1% com muito baixo peso (abaixo das 1500g). Como factores de risco da prematuridade temos as gravidezes gemelares, as grávidas com idades inferiores a 19 anos e superiores a 40 anos; comportamentos de risco; fumadoras; gravidezes mal vigiadas ou não vigiadas e antecedentes de partos pré-maturos.

No que se refere ao seu aspecto físico, destacam-se como principais características, as seguintes:

- Tamanho pequeno;
- Baixo peso ao nascer;
- Pele fina, brilhante e rosada, por vezes coberta por lanugo (penugem fina);
- Veias visíveis sob a pele;
- Pouca gordura sob a pele;
- Cabelo escasso;
- Orelhas finas e moles;
- Cabeça grande e desproporcionada relativamente ao resto do corpo;
- Músculos fracos e actividade física reduzida;
- Reflexos de sucção e de deglutição reduzidos

Ao contrário de um recém-nascido de termo, um pré-maturo quando nasce é retirado de perto da sua mãe e colocado numa unidade, dentro de uma incubadora, cheio de estímulos adversos como a luz intensa, o ruído, os equipamentos e os procedimentos dolorosos a que é

sujeito. Normalmente, o primeiro contacto é com o pai face às limitações de um trabalho de parto sofrido pela mulher.

Um bebé prematuro tende a desenvolver-se mais lentamente devido à dificuldade de organização do seu frágil sistema nervoso. Apresenta baixos níveis de reactividade e de actividade, ou seja, competências de comunicação e interactivas, o que diminui a qualidade de interacção estabelecida com o ambiente e com as pessoas que com eles interagem.

O nascimento de um bebé prematuro desencadeia nos pais sentimentos de ansiedade e medo face à sobrevivência da criança, impotência face aos cuidados necessários, o que poderá afectar o processo vincutivo e adaptação ao papel parental.

Segundo Brazelton (1993:37) *“uma criança prematura ou débil constitui para a mãe, mais do que uma surpresa, uma desilusão por os seus esforços durante a gravidez não terem sido bem sucedidos”*.

Oliveira et al. (2008), citado por Amaral afirma que as sequelas provenientes da prematuridade classificam-se como major e minor. As major são a paralisia cerebral, défice cognitivo, alterações neurosensoriais graves ou disfunções cerebrais; as minor são atraso da linguagem, défice de atenção e hiperactividade, alterações do comportamento, labilidade emocional e perturbação do desenvolvimento da coordenação.

Quaisquer que sejam as sequelas provenientes da prematuridade o fundamental é intervir o mais precocemente possível. A intervenção precoce poderá causar toda a diferença face ao futuro de uma criança e família. São grandes as capacidades de flexibilidade do sistema nervoso de um bebé prematuro, podendo áreas lesadas serem substituídas por outras.

É muito importante que os pais de um bebé prematuro conheçam a patologia do seu filho, o seu ritmo de desenvolvimento, de forma a diminuírem o stress e a evitarem comparações com outros recém-nascidos. Para isso é necessário que exista uma boa comunicação entre estes pais e as equipas médicas e de enfermagem que se encontram responsáveis pelo cuidar do bebé. Aos pais deverá ser dada a confiança suficiente, para que possam expor livremente as suas dúvidas e preocupações, assim como, deverão ser criadas todas as condições para que os mesmos possam usufruir do seu bebé, desenvolvendo-se, desta forma, laços afectivos fortes, que tão importantes são para ambas as partes.

Quando os pais superprotegem os bebés estes ficam mais vulneráveis e a qualidade da sua vida poderá ser afectada, bem como o seu potencial de autonomia e desenvolvimento.

### 3 - VINCULAÇÃO

Ao longo de nove meses os pais preparam-se para a recepção de um bebé imaginário. Quando este período é abreviado sentem-se perdidos e incompletos. Ao surgirem complicações físicas, estas põem em perigo o ajustamento psicológico, a vinculação.

Segundo Klaus e Kennell (1976) as etapas de vinculação são iniciadas antes da concepção: planeamento da gravidez, confirmação da gravidez, aceitação da gravidez, percepção dos movimentos fetais, aceitação do feto como pessoa, nascimento, percepção do choro e visualização do bebé, contacto com o recém-nascido, na maternidade e seus cuidados diários.

O processo de vinculação é considerado fundamental na medida em que este irá favorecer e determinar futuras relações da tríade, bem como o desenvolvimento cognitivo e social da criança. Bowlby, considera essencial à saúde do bebé o calor, a intimidade e a relação com a mãe (ou quem a substitua).

No entanto, o processo de vinculação não é linear, mas sim determinado por um conjunto de factores relacionados com as condições parentais e situações que poderão facilitar ou dificultar um processo de vinculação. O primeiro contacto entre o bebé e seus pais não deve ser negligenciado.

A vinculação segundo Teixeira, não é inata, vai se desenvolvendo com o tempo de dependendo das respostas da mãe e bebé. Bowlby (1990) refere que mamar, tocar, agarrar, chorar, sorrir são funções básicas e inatas de interacção e de vinculação à mãe.

O parto, a dor sentida pela mãe, por vezes, não proporciona de imediato um envolvimento da mãe com o bebé. Esta situação agrava-se quando falamos de um parto prematuro em que o contacto, a visualização precoce da mãe com o bebé é privado. Segundo Brazelton, 1995, o contacto precoce entre pais e bebé é muito importante para o processo de vinculação. Mazet e Stoleru (2003), corrobora com esta ideia, os primeiros dias e talvez mesmo as primeiras horas que se seguem ao parto, são momentos particulares e únicos, durante os quais a mãe está particularmente apta para construir um laço de ligação com o RN.

De acordo com Bowlby, *“o padrão de interacção que gradualmente se desenvolve entre a sua mãe só pode ser entendido como resultante das contribuições de cada um e, em especial, do modo como cada um, por seu turno, influencia o comportamento do outro”* (1984:219).

O trabalho desenvolvido por Klaus e Kennell (1970, 1976, 1982) e Leidermen (1973) em unidades de cuidados intensivos neonatias demonstraram a importância da presença dos pais

nestas unidades, do seu toque nos bebês e de principalmente se poderem vincular com um recém-nascido que era seu filho, o que produz benefícios no desenvolvimento do bebê.

Para Montagner (1993), citado por Barradas (2008:45) *“se momentaneamente não é possível a interação entre o bebê e a mãe (bebê separado da mãe ou colocado numa incubadora, ... mãe muito doente ou devendo submeter-se a uma intervenção cirúrgica), ela pode instalar-se e desenvolver-se quando as duas pessoas se reencontrarem. Mas, neste caso, sem dúvida que convém não deixar o bebê sem interlocutor (outra pessoa da família, puericultura, etc.), de modo que alimente as suas capacidades perceptivas e a sua sede de desenvolver a interação com o meio social”*. Cada vez mais, são os pais que assumem este papel sendo fundamental o estabelecimento de uma vinculação segura.

Nos recém-nascidos prematuros o estado emocional das mães influencia a relação mãe/bebê, saindo por vezes, prejudicada a vinculação e o desenvolvimento do bebê. Por isso, segundo Klaus & Kennell, 1993; Scochi et al., 2003; Wong et al., 2006, citados por Gomes (2006), os enfermeiros deverão mostrar o recém-nascido aos pais após o nascimento, antes de o transferirem para a UCIN; ajudarem os pais a adaptarem-se à imagem do recém-nascido real; explicar aos pais a necessidade de todo o equipamento inerente aos cuidados ao recém-nascido; incentivar a caracterização do ambiente que envolve o recém-nascido com fotos e adornos; contribuir para a diminuição de sentimentos de culpa por ter um filho que necessita de cuidados de saúde especializados; promover horários de visitas flexíveis e condições necessárias para se sentirem integrados no serviço; promover a vinculação; enfatizar a interação mútua de modo a que percepcionem as necessidades do filho; incentivar o contacto físico; incentivar os pais a participarem nos cuidados; incentivar a amamentação e informar sobre a situação clínica.

O bebê tem um enorme poder em activar a vinculação e o papel dos profissionais de saúde ao estimularem a vinculação é preponderante para o futuro desenvolvimento da criança. É essencial que a mãe sinta que o bebê está a responder aos seus estímulos, que exista feedback entre ambos.

Segundo Papaia, a vinculação está na base de uma *“relação recíproca e duradoura entre o bebê e a figura de vinculação, em que cada um contribui para a qualidade da mesma”* (200:245).

Robson e Moss, 1979, afirmam que os primeiros contactos entre mãe e bebê são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebê.

Uma inadequada vinculação poderá originar resultados perigosos na relação posterior entre pais/filhos, como é o caso de maus-tratos infantis.

Segundo Wekerle (1998), citado por BARRADAS (2008:46) *“investigadores sobre o tipo de vinculação sublinham que os indivíduos com padrões inseguros de vinculação têm mais*

*probabilidades de serem vítimas de maus-tratos ou, pelo contrário, serem abusadores na vida adulta com pessoas significativas”.*

Rotinas hospitalares que separam os pais de seus filhos prematuros podem ter implicações negativas para a formação do vínculo afectivo e, conseqüentemente, influenciar o posterior cuidado dessas crianças (Klaus, 1993).

A presença da mãe junto do bebé e a interacção têm efeito positivo no processo de recuperação no estado de saúde deste (Klaus & Kennel, 1985; Lestard & Lennox, 1995).

Ao longo do internamento de bebés prematuros são frequentes episódios críticos de saúde para os quais os pais necessitam de apoio para os ultrapassarem. É frequente nas UCIN's ouvir-se a frase “um dia de cada vez”, o que não facilita o processo de vinculação. Perante tantos aparelhos, barreiras existentes, os pais sentem-se impotentes, incapazes de cuidar dos seus filhos, de serem pais, o que gera sentimentos ambíguos, incertezas.

O papel do enfermeiro é essencial. Estimular os pais a tocarem no bebé, a falarem, verem, a cuidarem e as mães a amamentarem é crucial para a vinculação segura, para o desenvolvimento de um recém-nascido que não necessita somente de tecnologia mas também de sentir que faz parte integrante de uma família que o ama e espera por ele. A utilização do método de canguru, contacto pele com pele entre mãe e bebé, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo afectivo. No Método Mãe Canguru, a mãe substitui a incubadora, progressivamente, mantendo o bebé aquecido por meio do contacto da criança com sua pele. O toque privilegia a interacção, a comunicação e ajuda os pais a compreenderem o bebé e a estreitarem laços afectivos, proporcionando um bem-estar ao desenvolvimento e crescimento do bebé. A amamentação é outra das formas que privilegia a interacção mãe/bebé, pois proporciona momentos de conforto, de toque, reforça sentimentos de auto-estima, de sucesso materno, diminuindo assim a probabilidade de ocorrência de maus-tratos infantis.

Como refere Gomes Pedro, 1997, citado por Ferreira (200:53) *“numa unidade de cuidados intensivos onde o bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra ai e ai tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver ...”.*

#### **4 – CUIDAR EM PARCERIA**

Segundo o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. Contudo as unidades de cuidados intensivos, devido ao seu ambiente altamente tecnológico, sofisticado, não dominado pelos pais, intimida-os fazendo com que desenvolvam sentimentos de impotência. O acolhimento ao serviço, o realçar da importância da sua permanência junto do bebé e posteriormente a interação e só por fim a prestação de cuidados enfatiza a vinculação entre pais e bebé. A enfermeira responsável deverá desenvolver competências de comunicação, de partilha de saberes e de trabalho em grupo, devendo encorajar os pais, em primeiro lugar, a permanecerem junto das crianças, fomentando a vinculação (despertar para os sons, cheiro, toque, competências), depois deverão interagir com as crianças e por fim prestar-lhes cuidados, dispondo do tempo necessário para isso. O registo de todo este processo é fundamental de modo à equipa conhecer a perícia e capacidades da família. O papel do enfermeiro baseia-se na supervisão e reavaliação das capacidades dos pais no envolvimento dos cuidados e a negociação da responsabilidade nos cuidados quando necessário. Os pais envolvidos nos cuidados ao recém-nascido ao longo do internamento, desenvolvem um vínculo mais forte e duradouro com o bebé.

Segundo Kenner (2001), os enfermeiros deverão proporcionar à família o desenvolvimento de competências de compreensão, habilidade e confiança para a prestação de cuidados ao bebé.

Segundo Enes (1992), os cuidados de enfermagem em Neonatologia deverão: estimular a presença dos pais; envolvê-los nos cuidados ao recém-nascido (higiene, alimentação); envolvê-los em cuidados mais específicos de acordo com o desejo e a capacidade dos pais; estimular a interação física e emocional entre os pais e o bebé; prestar cuidados que promovam a educação para a saúde e a prevenção primária; enfatizar a inserção do recém-nascido no seu meio familiar e trabalhar numa equipa multidisciplinar. E eu acrescentaria o trabalho em parceria com os cuidados de saúde primários, pois é na comunidade que este bebé e família se irão inserir e que irá cuidar ao longo das suas etapas de vida.

Tendo em consideração diferentes culturas, nem todos os progenitores estabelecem vinculação da mesma forma com o bebé, nem consideram importante a parceria de cuidados para o desenvolvimento saudável da criança.

A parentalidade depende das características pessoais, experiências, valores, factores sociais e eventos históricos, normas, valores e tradições culturais, organização da sociedade e sistema de estratificação e ainda da ideologia dominante acerca da parentalidade.

Segundo Hockenberry et al., 2006, existem variados factores que influenciam a vivência dos pais face à hospitalização do bebé numa unidade de cuidados intensivos como é o caso da gravidade da doença; de experiências prévias com a doença e hospitalização; procedimentos, diagnóstico e tratamento envolvidos; sistemas de apoio disponíveis; capacidades prévias de coping; crenças culturais e religiosas e padrões de relacionamento e comunicação na família.

Durante o período de internamento hospitalar as mães podem requerer o cancelamento da licença de maternidade, podendo esta ser retomada após a saída do bebé do hospital.

Este modelo de parceria de cuidados salienta a importância da família para o desenvolvimento presente e futuro da criança.

## **5 – MAUS-TRATOS**

A criança não é um adulto, é um ser humano de condição frágil, único na sua fraqueza, na sua dependência e na sua inocência. Contudo, a diferença pode ser muito ténua ou profunda dependendo da sociedade a que pertence. Desde o nascimento, o seu processo de inclusão na sociedade a que pertence é uma marca para o seu desenvolvimento futuro. Durante o século XVII, com Rosseau inicia-se a conceptualização da criança como um ser com valor próprio e digno de respeito.

Falar de maus-tratos infantis, de acordo com a perspectiva histórica, nem sempre foi consensual, primeiro porque a criança nem sempre foi considerada como ser humano com direitos, posteriormente porque o castigo corporal sempre foi um método muito utilizado para “disciplinar” as crianças. Os maus-tratos eram socialmente aceites. As crianças eram consideradas propriedades dos seus pais, e estes, por sua vez, podiam cometer qualquer acto de atrocidade.

Em Portugal a problemática dos maus-tratos à criança surgiu nos anos 80 com a opinião pública e em 1983 é fundado o Instituto de Apoio à Criança (I.A.C).

Fausto Amaro, em 1985, realiza o primeiro estudo sociológico sobre crianças maltratadas em Portugal, no qual foram estimados cerca de 20.000 crianças maltratadas, sendo 48% de casos de negligência, entre 31% a 36% de maus-tratos psicológicos e 16% a 21% de maus-tratos físicos. Relativamente ao perfil da criança que sofre de maus-tratos, o relatório de 1999 sobre “Famílias e os maus-tratos às crianças em Portugal” revelou que 6% das crianças têm menos de 1 mês, 25% menos de 1 ano, 11% têm uma doença crónica, 8% uma deficiência física, 10% uma doença mental e 13% são gravidezes precoces.

Segundo a UNICEF (2003), no nosso país morrem por ano cerca de 66 crianças vítimas de maus-tratos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, estimou em cerca de 30 mil os óbitos ocorridos por homicídio em crianças com menos de 15 anos. Contudo, apenas uma pequena parcela de situações de maus-tratos é denunciada e investigada.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 dá ênfase a esta problemática, ao referir a insuficiente resposta dos serviços de saúde aos maus-tratos a crianças e jovens.

Os maus-tratos infantis são uma problemática mundial, actual. É um fenómeno complexo e multifacetado, podendo ocorrer a morte ou sequelas graves a nível físico e psicológico, afectando para sempre a vida das crianças. Trata-se por isso de um grave problema de saúde pública, em que os profissionais da saúde têm um papel importantíssimo na prevenção,

despiste e tratamento/encaminhamento. O conceito de maus-tratos não é consensual, o que torna esta problemática ainda mais complexa, isto porque depende dos factores socioculturais e da própria concepção de maus-tratos de cada um. O artigo 19º da Convenção da Nações Unidas sobre os direitos da criança determina o direito à protecção integral de todas as crianças contra qualquer forma de violência.

Teresa Magalhães, define maus-tratos como *“qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”* (2004: 32).

Azevedo (2006:51) afirma que *“uma criança com problemas de saúde ou portadora de uma deficiência física ou mental correrá maior risco de abuso infantil do que uma criança aparentemente saudável ou sem qualquer tipo de deficiência”*.

A Declaração dos Direitos da Criança no seu artigo 9º protege a criança contra qualquer tipo de maus-tratos.

## **5.1 – TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS**

Existem vários tipos de maus-tratos (DGS, 2007):

- Negligência
- Maus-tratos físicos
- Abuso sexual
- Maus-tratos psicológicos
- Síndrome de Munchausen por Procuração

### **5.1.1 - NEGLIGÊNCIA**

À incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, dá-se o nome de negligência. A negligência, em regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis.

A negligência pode assumir diversas formas: ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicidade, entre outras.

Os Centros de Saúde, como instituição que presta cuidados de saúde primários, detecta mais facilmente este tipo de maus-tratos do que a nível hospitalar. A presença de sinais ligados

à não prestação de cuidados de saúde adequados; como o não cumprimento persistentemente o Programa Nacional de Vacinação; ausência nas consultas programadas, ou, ainda, não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente faz com que os profissionais de saúde, através da visitação domiciliária detectem o estado de saúde da criança/jovem.

Há que realçar, contudo, que é imprescindível atender ao contexto de vida em que as evidências são observadas, uma vez que os sinais podem não ser resultante directa de uma carência na relação entre cuidadores e criança ou jovem mas, antes, terem origem na precariedade do contexto familiar, cultural, social e/ou económico em que a criança vive. Para responder ao problema, a estratégia a seguir pelos serviços terá que ser planeada em conjunto com a família e criança/jovem.

### **5.1.2 - MAUS-TRATOS FÍSICOS**

Os **maus-tratos físicos** resultam da acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Os maus-tratos físicos surgem de diferentes formas. Desde a criança batida, abanada, queimada, com fracturas, traumatismos, lesões abdominais, intoxicadas, sufocadas, muitas são as variantes possíveis de encontrar numa criança/jovem.

Devido à sua evidência aos “olhos” dos profissionais de saúde, é a forma mais frequentemente diagnosticada, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se a negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS, os maus-tratos físicos são frequentemente detectados nas urgências hospitalares.

### **5.1.3 - ABUSO SEXUAL**

O **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 e mais forte. Numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Este tipo de maus-tratos pode manifestar-se de diferentes formas:

- Importunar a criança ou jovem,
- Obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espectáculos obscenos,
- Utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens,
- Prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras.

### **Formas de manifestação de abuso sexual**

O abuso sexual pode ser ocasional ou repetido, ocorrendo no contexto extra ou intra familiar; o fenómeno adquire contornos particulares sempre que é perpetrado por um adulto significativo para a criança/jovem, podendo esse facto dificultar o esclarecimento da situação. Nestes casos há, frequentemente:

- Imposição do segredo e do silêncio;
- Sentimento inculcado à criança de que ela é “especial” e que por isso foi “escolhida” e recebe esse “apreço”;
- Ideia de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor imenso.

Estes casos colocam grandes dificuldades de detecção e diagnóstico dado que:

- Raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios físicos e/ou biológicos de outro tipo de evidência que constituam indicadores, por isso:

- ❖ Na maior parte dos casos não há penetração anal ou vaginal, em particular com crianças pequenas;
- ❖ Quando existe penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes, fora das cavidades;
- ❖ Frequentemente, a criança e as roupas são lavadas;
- ❖ Regra geral, o período entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior a 48 horas, o que torna difícil, se não impossível, os estudos para pesquisa de esperma;
- ❖ O tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda;
- ❖ As crianças, sobretudo as mais novas, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva “normal” ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador;
- ❖ Frequentemente os sintomas surgem desfasados no tempo, em relação à data dos acontecimentos.

Assim, no decurso da investigação clínica, há que ter em conta um conjunto de procedimentos que visam estabelecer uma relação de confiança e abertura entre o profissional e a criança/jovens, com vista à clarificação da situação, da forma menos traumatizante possível.

#### **5.1.4 – MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS (ABUSO EMOCIONAL)**

Os **maus-tratos psicológicos** resultam da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus-tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras actividades da criança ou do jovem.

##### **Algumas formas de manifestação de maus-tratos psicológicos**

- Abandono temporário;
- Insultos verbais;
- Abandono afectivo;
- Ausência de afecto;
- Ridicularização e desvalorização;
- Hostilização e ameaças;
- Indiferença;
- Discriminação;
- Rejeição;
- Culpabilização;
- Humilhação;
- Observação ou envolvimento em situações de violência doméstica;
- Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos considerados inadequados.

Os maus-tratos psicológicos têm implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais.

Em famílias cujas condições sócio-económicas são mais favoráveis este tipo de maus-tratos torna-se mais difícil de diagnosticar.

Um outro aspecto não pode deixar de ser realçado é a presença de maus-tratos psicológicos quando referimos que as crianças são vítimas de outros tipos de maus-tratos.

#### **5.1.5 - SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**

Na **Síndrome de Munchausen por Procuração** um dos elementos da família incute na criança (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar) sinais e sintomas, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Trata-se de uma forma rara de maus-tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico, pois os elementos da família recorrem a diversas urgências pediátricas. Algumas formas de manifestação desta síndrome são, por exemplo, administrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente, a criança e, depois, procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia.

### **5.2 – FACTORES DE RISCO**

Existem variados factores de risco, definidos pela DGS (2007), que poderão proporcionar maus-tratos na criança:

- [Aspectos do contexto social e cultural](#)
  - Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal;
  - Exaltação mediática da violência;
  - Tolerância social para a educação através da punição física;
  - Escassez na efectividade dos mecanismos de punição da violência intra-familiar;
    - Persistência dos papéis tradicionais do género, nomeadamente a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar;
    - Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas violentas, em particular no exercício da parentalidade);
    - Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, da pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.
-

Aspectos da dinâmica familiar e institucional

- **Vinculação insegura**, problemas de comunicação e/ou deficit no exercício das responsabilidades parentais;
  - Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares (**situação de dependência**, doença mental, desemprego, **crianças com deficiência ou doença crónica**, etc);
  - Défice de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável;
  - Fragilidade estrutural e disfuncionalidade na dinâmica familiar (gravidezes não desejável, separação ou divórcio, violência doméstica, etc);
  - Crianças e jovens desprotegidos no meio familiar e que, por decisão negociada (CPCJ) ou decisão judicial, se encontram institucionalizadas;
  - Vivências escolares pautadas por diferentes formas de violência, nomeadamente o bullying.

- Aspectos ligados aos pais ou a quem tenha a guarda de facto:

- **Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem;**
  - Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicod dependência;
  - Perturbações de saúde mental ou física;
  - Antecedentes de comportamentos desviantes;
  - Dificuldade em lidar com frustrações, vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima e perturbações emocionais e deficit de autocontrolo, personalidade imatura e impulsiva;
  - Antecedentes de vivência pessoal de maus-tratos;
  - Parentalidade em idade jovem;
  - Gravidezes muito próximas e/ou gravidezes não vigiadas;
  - Inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança;
  - Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade.

- Aspectos ligados à criança/jovem

- Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades;

- Traços de personalidade e temperamento que entram em conflito com as expectativas dos pais/responsáveis;
- **Prematuridade e baixo peso ao nascer;**
- **Crianças com deficiência e portadoras de necessidades de saúde especiais;**
- Sexo da criança ou jovem.

Figueiredo (2007) afirma que a prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil, em consequência das doenças crónicas que dela advém. Frequentemente apresentam atrasos no desenvolvimento e comportamento, deficits escolares, motivos pelos quais os pais têm mais dificuldade na interacção, na prestação de cuidados, o que poderá originar maus-tratos infantis.

Segundo Marques e Sá (2004), citado por Amaral (2009:23) *“estudo feitos por Klaus e Kennel (1992) (...) nos últimos 20 1 25 anos demonstram que os RN hospitalizados, em particular os prematuros, são frequentemente vítimas de abandono e maus-tratos por parte dos pais, ou deixam de se envolver sem causa orgânica aparente quando têm alta. As estatísticas não deixam dúvidas: o síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso dos bebés que possam ter um tratamento intensivo neonatal, do que nascidos a termo”*.

Barros (1999), citado por BARRADAS (2008:46) refere que *“todos os prematuros têm maior probabilidade de virem a ser maltratados e negligenciados pelos pais devido a serem percebidos como mais difíceis”*.

### **5.3 – FACTORES PROTECTORES**

Os factores protectores de maus-tratos actuam como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacto. É a menor possibilidade de ocorrer maus-tratos. São variáveis físicas, psicológicas e sociais que favorecem o desenvolvimento individual e social.

Os **factores individuais** (boa auto-estima; desejo de autonomia e capacidade de pedir ajuda).

Os **factores relacionais** (forte vinculação, relação afectiva securizante).

Os **factores da comunidade** (encaminhamento para centros de saúde, outras instituições que apoiam determinados tipos de doença, visita domiciliária, meio escolar integrador, apoio social disponível e grupos formais e informais de pares, entre outros).

## **5.4 - PREVENÇÃO**

A estratégia de prevenção surge como a mais adequada, capaz de promover a reabilitação do sistema familiar, fortalecendo os factores protectores e diminuindo as situações de risco/perigo.

A prevenção é fundamental à ocorrência de novos casos. Comporta três níveis: primário, secundário e terciário.

Na **prevenção primária**, pretende-se evitar o aparecimento de problemas, através de acções dirigidas a toda a população, visando a promulgação dos direitos da criança. De componente essencialmente formativa e informativa, procura-se a maximização de projectos comunitários, que incorporem equipas multidisciplinares, capazes de intervir na dinamização de programas de apoio às famílias e suas crianças. A humanização e a melhoria das condições sociais, de vida e de trabalho procura reduzir os factores de instabilidade socioeconómicos, bem como a “insularidade” social de algumas famílias. Esta intervenção poderá ser feita através do apoio domiciliário, do aumento em número e qualidade dos infantários, pelo apoio à mulher grávida quer durante a gestação, quer na maternidade ajudando a estabelecer desde logo laços afectivos entre mãe e bebé.

O objectivo desta prevenção deverá incidir sobre a redução do impacto dos factores de risco, promovendo as competências sociais e pessoais dos pais, professores, técnicos de saúde, justiça, segurança social, entre outros.

A **prevenção secundária**, visa permitir uma maior consciencialização da existência de grupos sociais, cujas condições e características, permitem identificá-los como unidades de risco. Alguns autores referem mesmo indicadores de alerta, que se prendem com a instabilidade, desestruturação familiar ou falta de segurança existentes entre determinados grupos social e culturalmente definidos.

Nestes grupos identificados, é aconselhável uma intervenção precoce, antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais de mal-estar ou desajustamento. A intervenção deve contemplar um trabalho com a família, facilitando a comunicação empática e com a criança, ajudando-a a desenvolver os seus mecanismos de resiliência.

Na **prevenção terciária** deverá ser realizado o encaminhamento de casos e protecção das crianças, abordagem psicossocial e jurídica. Procura-se reduzir a duração da gravidade das sequelas do problema, bem como a reabilitação e cura das pessoas afectadas.

Os profissionais de saúde deverão atender e acompanhar o agressor.

A este nível, actuam os Serviços/Instituições oficiais, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e as Instituições de Acolhimento de Menores. A equipa multidisciplinar actua de forma a construir um projecto de vida para cada criança em risco.

A reflexão sobre todas as questões relacionadas com as situações dos menores em risco/perigo, demonstra que não existem receitas, nem situações a que individualmente possamos recorrer para as resolver.

## **6 – CONCLUSÃO**

Durante o curto período de tempo que permanecerei nesta unidade de cuidados intensivos neonatais espero contribuir para um fortalecimento no processo de vinculação entre pais e bebé, estar alerta para factores de risco, sensibilizar os enfermeiros para a importância da prevenção de maus-tratos, contribuindo assim para diminuir a probabilidade de ocorrência destes.

A intervenção precoce junto de uma família que se encontra numa fase de reestruturação, pois adquire novos papéis, permite com que no futuro esta tenha capacidades e adquira conhecimentos sobre cuidar de uma criança. A transição para a parentalidade permite adquirir conhecimentos e habilidades nos cuidados ao bebé com o objectivo de o proteger de todo o tipo de perigo e ameaça, desenvolvendo uma atitude de carinho, amor face às necessidades deste. Ou seja, estimula o processo de vinculação.

## 7– BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A.; ANDRÉ, I.; ALMEIDA, H. – “Sombras e marcas: os maus tratos às crianças em Portugal”. **Análise Social**. Lisboa. ISSN 0003-2573. Vol. XXXIV, nº 50 (Outubro/Dezembro 1999), p. 91-121.

AZEVEDO, M.; MAIA, Â.– **Maus-tratos à Criança**. CLIMEPSI EDITORES: Lisboa, 2006. 162 p. ISBN 972-796-220-3.

BARRADAS, Alexandra M. C. R. – **Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro Vivências, necessidades e estratégias de intervenção** – Mestrado em Comunicação em Saúde Universidade Aberta, Lisboa, Janeiro 2008, 274p.

BOWLBY, John – **Apego e Perda**. São Paulo: Martins Fontes, 1984; 426p. ISBN 853360906X.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. – **A Relação mais precoce - Os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Terramar, 1993. 268p. ISBN 972710083-5.

BRAZELTON, T. Berry – **Tornar-se Família – O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar, 1995. 274p. ISBN 972-710-056-2.

COLLIÉRE, Marie – **Promover a Vida**. 3ª ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1999, 386p. ISBN972-95420-0-7.

CORDEIRO, Mário – Maus tratos a Crianças e Adolescentes. Chegou o momento de dizer «basta!». Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/2008030412085993311.pdf>. [30/09/2010, 12:32].

FERNANDES, Maribel; RAMOS, Filomena – Reflexão sobre “parceria nos cuidados em pediatria”. **(Re)Encontro**. Porto. ISSN 0873-4050. Ano III, nº 1 (Janeiro/Agosto 2000), p. 20-25.

FERREIRA, M.; COSTA, M. – Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Millenium**. Revista do ISPV. Nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58.

FIGUEIREDO, B. – Massagem ao Bebé. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. ISSN 0873-9781. Nº38 (1). (2007), p. 29-38.

FIGUEIREDO, Bárbara – Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud**. ISSN: 1576-7329. Vol. 3, nº 3. 2003, p. 521-539. Disponível em: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-86.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf). [23/11/2010, 14:35].

GOMES, Ana Cristina Nóbrega Machado – Vinculação mãe-bebé na Unidade de **Cuidados Intensivos de Neonatologia. Enfermagem** (2ª série). Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº44 (Outubro/Dezembro 2006), p.17-23.

JORGE, Ana [et al.] – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde**. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2007. 79 p.

LEININGER, Madeleine – **Enfermagem transcultural: um imperativo da enfermagem mundial**. Lisboa. ISSN 0871-00775. Nº10, 2ª Série (Abril/Junho 1998). p. 32-36.

LIMA, Lúcia – Maus-tratos Infantis. Centro de Estudos Multiculturais. Setembro, 2006. Disponível em: <http://www.multiculturas.com/textos/maus-tratos-infantis-Lucia-Lima.pdf>. 24/05/2010. 15:35.

MAGALHÃES, Teresa – **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais**. Quarteto Editora: Coimbra, 2002. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.

MARQUES, S.; SÁ, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0873.0283. Nº 11, 2004.p. 34-40.

MONTEIRO, Ana – Multiculturalismo e Cuidados de Enfermagem. **Revista Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.9. Nº1. (1º Semestre 2005). p. 48-57.

Nascer Prematuro em Portugal. *Epidemiologia*. Disponível em: <http://www.lusoneonatologia.net/usr/files/downloads/d5be427979a647e615755a1d04f4fa13.pdf>. [25/11/2010, 14:13].

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático: modelo de desenvolvimento profissional – sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. 46 p.

PAPALIA, Diane [et al.] – **O mundo da criança**. 8ª ed. McGraw-Hill: Lisboa, 2001. p. 245-252. ISBN 972-773-069-8.

RIBEIRO, Maria; SANI, Ana – Risco, Protecção e Resiliência em Situações de Violência. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. Nº6 (2009), p.400-407.

STRECHT, Pedro – **Final feliz – novas crónicas para pais e filhos**. Assírio & Alvim: Odivelas, 2008. 144 p. ISBN 978-972-37-1299-5.

TOMA, Treza – Método Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Carenos de Saúde Pública*, 2003. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800005&script=sci\\_arttext&lng=e](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800005&script=sci_arttext&lng=e). [25/11/2010, 16:20].

VIANA, Vitor [et al.] – Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. *Psicologia*. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a01.pdf>. [26/11/2010, 17:14].



**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL  
PÓLO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

***AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE  
FORMAÇÃO***

***ENFERMEIRO NA UCIN***

***PAPEL FUNDAMENTAL NA***

***PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS***



***Realizado por:***

***Sónia Tavares***

***(Aluna Mestrado U.C.P)***

***Orientação e Coordenação***

***Enf.ª Especialista Raquel de Matos***

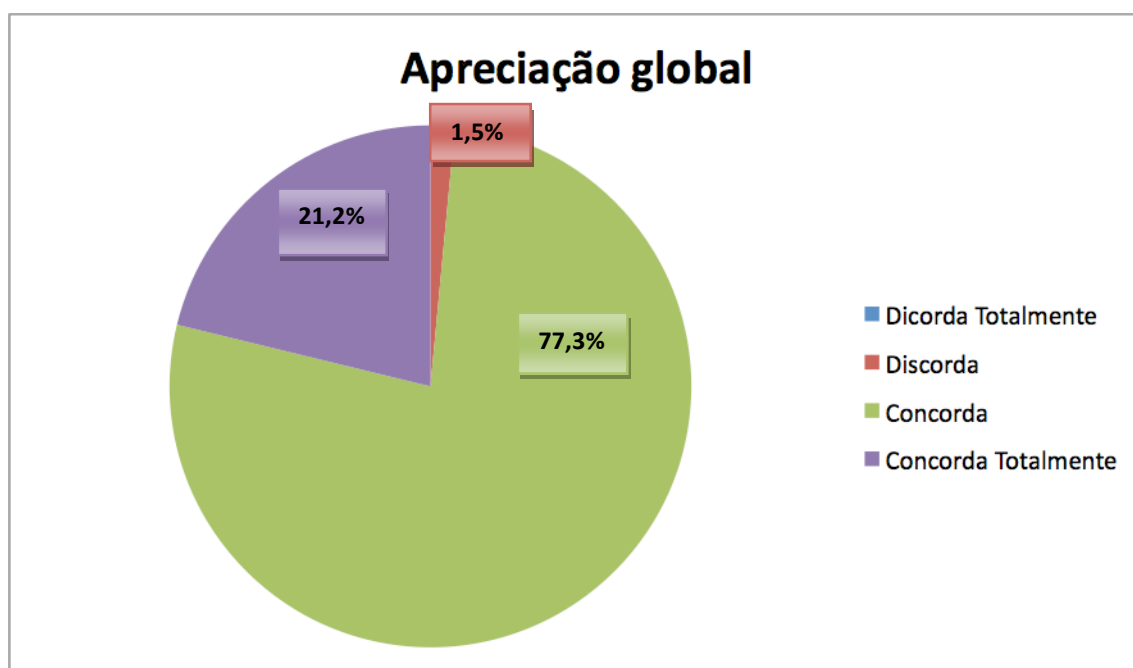
## **Lisboa, 6 de Dezembro de 2010**

*A acção de formação decorreu no dia 6 de Dezembro de 2010, na sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central.*

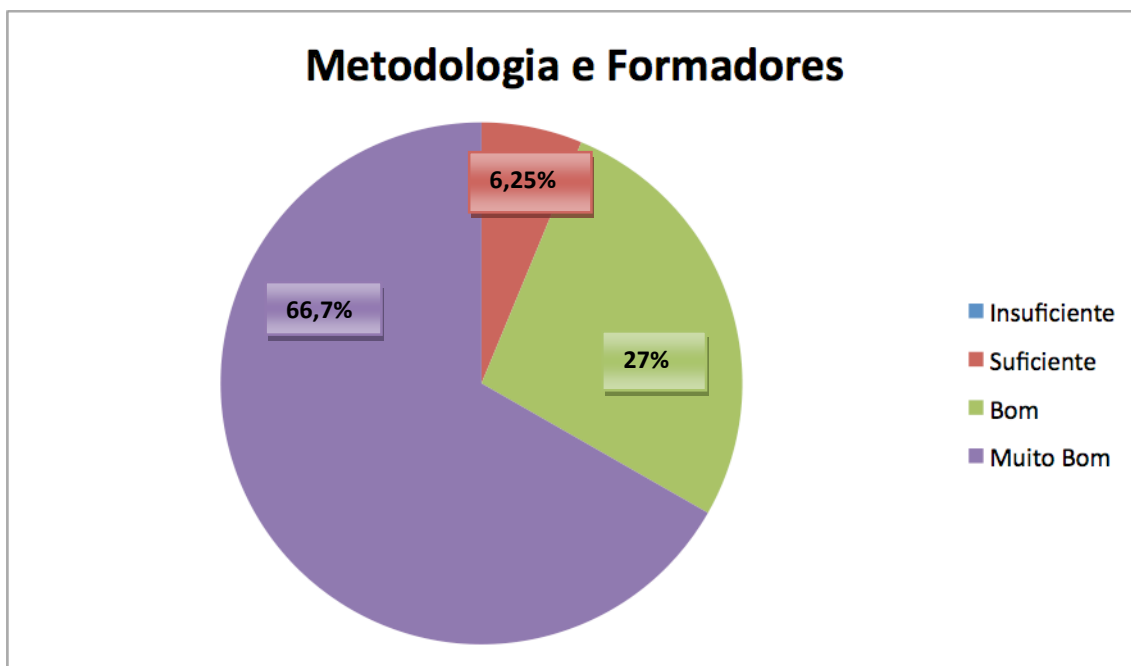
*Participaram nesta acção de formação 4 enfermeiros, a assistente social do serviço e uma estagiária (assistente social). Foi disponibilizado livros sobre a Convenção dos Direitos da Criança.*

*Para além da acção de formação ter contribuído para a aquisição de conhecimentos, reflexão sobre procedimentos de enfermagem, contribuiu ainda para o aproximar da equipa de enfermagem do papel desempenhado pela assistente social do serviço. Existiam lacunas na comunicação de ambas as equipas, motivo pelo qual foi realizado convite à assistente social para participar nesta acção de formação. Enfermeiros que desempenham funções a alguns anos dentro do serviço não conheciam a assistente social. Foi possível por parte dos enfermeiros disponibilizar informações sobre famílias presentes na unidade, factores de risco identificados e sobre os quais a assistente social poderá intervir.*

*Só trabalhando em equipa conseguiremos proteger os bebés, trabalhar a família de forma a cuidarmos com qualidade dos nossos utentes.*



**Nota:** A pessoa que referiu que não concordava referiu-se à duração da acção de formação, tendo sugerido um prolongamento de forma a desenvolver mais o tema.



**Anexo XX – Poster “Enfermeiro na UCIN – Encaminhamento de famílias de risco”**

# ENFERMEIRO NA UCIN

## ENCAMINHAMENTO DE FAMÍLIAS DE RISCO

### MAUS-TRATOS

“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder” .

### MOTIVOS DE REFERENCIAÇÃO À ASSISTENTE SOCIAL E/OU AO NHACJ

Malformações da criança à nascença

Falta de competências parentais

Situação familiar

Situação socioeconómica

Maus-tratos

Pais com patologias de risco

### NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

TRIBUNAIS

CPCJ

Entidades com competência em matéria de infância e juventude

ENFERMEIROS

OUTROS PROFISSIONAIS



**Anexo XXI - Poster “Enfermeiro na UCIN – Prevenção de Maus-tratos”**

## PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS

" Nos últimos 20 a 25 anos estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos RN de termo e saudáveis".

Marques e Sá , 2004



6% das crianças vítimas de maus-tratos têm menos de 1 mês.

Relatório "Família e os maus-tratos à criança em Portugal" (1999)

**Papel da equipa de enfermagem**  
Promoção das competências parentais  
Promoção da vinculação  
Investimento na promoção da saúde  
Parceria de cuidados com os pais  
Encaminhamento de situações de risco de ocorrência de maus-tratos



**Objectivo: Manter a união familiar**

### Referências bibliográficas

BOWLBY, John - Apego e Perda - Volume I: Apego; 1ª edição; São Paulo: Martins Fontes, 1984; 426p. ISBN 853360906X.

FERREIRA, Maria Manuela da Conceição; COSTA, Maria da Graça Ferreira Aparício da - Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Millenium. Revista do ISPV, Nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58.

MAGALHÃES, Teresa - Maus tratos em crianças e jovens: guia prática para profissionais. Quarteto Editora: Coimbra, 2002. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.

MARQUES, S.M.N. & SÁ, M.G.S. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. Referência. Coimbra (11).p.34-

**Anexo XXII – Poster “Maus-tratos Infantis”**

## DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS INFANTIS

*“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”.*

Teresa Magalhães, 2004

## INDICADORES

- ◆ Atrasos de desenvolvimento (a nível motor, emocional, social, cognitivo, linguagem, visual e auditivo)
- ◆ Agressividade
- ◆ Ansiedade e comportamentos regressivos (mudanças súbitas no padrão de comportamento, alteração do rendimento escolar)
- ◆ Obsessões
- ◆ Tristeza e medo
- ◆ Comportamentos de desafio
- ◆ Ideação suicida
- ◆ Desvinculação da família
- ◆ Abuso de substâncias
- ◆ Comportamentos de auto-mutilação
- ◆ Comportamentos sexualizados
- ◆ Perturbações do desenvolvimento psicomotor com atraso de crescimento (*Failure to thrive – FTT*)
- ◆ Deficiente higiene
- ◆ Desidratação ou má nutrição
- ◆ Envenenamento (especialmente se recorrente)
- ◆ Fracturas com padrões específicos, especialmente em crianças, ou calos ósseos correspondentes a fracturas anteriores
- ◆ Fracturas das metáfises dos ossos longos (*corner fracture*)
- ◆ Fracturas das costelas – posterior ou lateral
- ◆ Lesões do sistema nervoso central em crianças (hematoma, edema cerebral, principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade)
- ◆ Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução: equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc
- ◆ Queimaduras, em particular se com distribuição anormal (padrão “luva e meia” ou formato de objecto identificável)
- ◆ Lesões genitais
- ◆ Infecções de transmissão sexual
- ◆ Gravidez
- ◆ Comportamento excessivamente responsável
- ◆ Disciplina inconsistente ou desadequada
- ◆ Factores de *stress* social graves
- ◆ Demora no recurso aos cuidados
- ◆ Justificação inconsistente com as lesões
- ◆ Promover dependência excessiva na criança
- ◆ Recusa activa na procura de cuidados médicos
- ◆ Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.)
- ◆ Procura frequente de cuidados em locais diferentes (sintomas dificilmente explicáveis e pedido de exames complementares)
- ◆ Oprimir, humilhar e/ou aterrorizar.



<http://fotos.sapo.pt/pHTZAWEm1zk1wEsZTa70/s340x255>

### Referências Bibliográficas

JORGE, Ana [et al.] – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde**. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2008. 79 p.  
MAGALHÃES, Teresa – **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais**. Quarteto Editora: Coimbra, 2002. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.

# TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS

- NEGLIGÊNCIA
- MAUS-TRATOS FÍSICOS
- MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS
- ABUSO SEXUAL
- SÍNDROME DE MUSCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

D.G.S, 2007

## Negligência

Incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades básicas de vida em termos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afecto, estimulação e apoio, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

D.G.S, 2007

## Maus-tratos Físicos

O 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 provocar) dano físico.

D.G.S, 2007

## Abuso Sexual

O abuso sexual consiste em práticas que visam a satisfação sexual de um adulto ou de um jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre ele e sobre as quais o menor não tem capacidade de compreensão e para as quais não está preparado. Pode ser intra ou extra familiar, ocasional ou repetido ao longo da infância.

D.G.S, 2007

## Maus-tratos Psicológicos

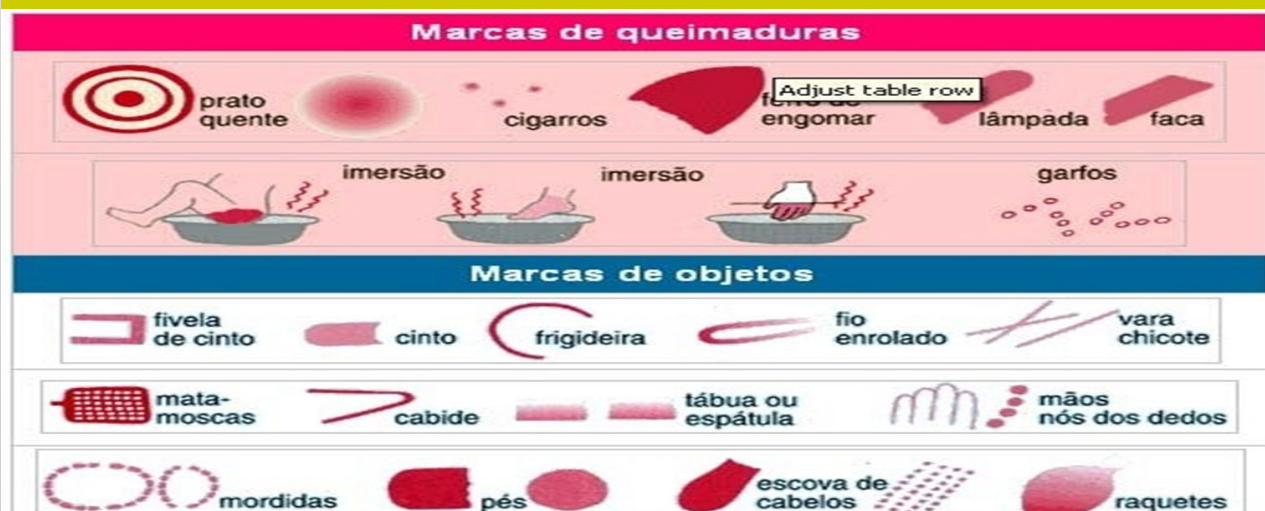
O abuso psicológico está presente em todos os tipos de maus-tratos. Incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.

D.G.S, 2007

## Síndrome de Muschausen por Procuração

Existe um elemento da família que atribui à criança sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, gerando hospitalizações, técnicas invasivas e procedimentos de diagnóstico exaustivos

D.G.S, 2007



JOHNSON, Charles F. Lesões Infligidas Versus Lesões Acidentais. In: Abuso da Criança. adaptado: Clínica Pediátrica da América do Norte. Interlivros, v.4, p.874 e 878, 1990.

**Anexo XXIII – Acção de Formação “Maus-tratos em Crianças com Deficiência – Comunicação Alternativa Aumentativa”**

# **MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA**

## **COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA AUMENTATIVA**

**DATA:** 19 Jan. 2011

**Sessão1:** 08:00

**Sessão2:** 16:00

**DATA:** 21 Jan. 2011

**Sessão1:** 08:00

**Formador:** *Sónia Tavares (Aluna do 3º MNPESIP da UCP)*

**Destinatários:** Enfermeiros do SUP

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala de Reuniões do SUP

## Centro Hospitalar de Lisboa Central – Pólo Hospital Dona Estefânia

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

**Tema:** Maus-tratos em Crianças com Deficiência/ Comunicação Alternativa Aumentativa

**Local:** Urgência Pediátrica      **Data:** 19/01/2011      **Hora:** 8h00 (1ª sessão)      **2ª sessão:** 16h00      **Duração:** 30 minutos

**Data:** 21/01/2011      **Hora:** 16h00

**Objectivo geral:** Reflexão sobre maus-tratos em crianças portadoras de deficiência

**Objectivos específicos:** Introdução da Comunicação Alternativa Aumentativa no Serviço de Urgência Pediátrica

**Formador:** Sónia Tavares (A.E.U.C.P)

Fases da sessão	Conteúdos programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formadores
Introdução	Deficiência	Power- Point		5m'	
Desenvolvimento	Maus-tratos/Deficiência Papel do enfermeiro Direitos Comunicação Alternativa Aumentativa	Power-Point		15m'	
Conclusão	Papel da equipa Conclusão	Power-Point		5m'	
Avaliação	Folha de avaliação da sessão	Papel		5m'	



## Maus-tratos/Deficiência

*“Uma criança com problemas de saúde ou portadora de uma deficiência física ou mental correrá maior risco de abuso infantil do que uma criança aparentemente saudável ou sem qualquer tipo de deficiência”.*

Azevedo, 2006



## Factores de Risco



- Dependência nos cuidados
- Dificuldades em comunicar e em se fazer ouvir



- Negação dos direitos
- Isolamento social



- Menor conhecimento da parte da vítima que sofre M.T.
- Vulnerabilidade

Nosek, Howland & Young (1997)

## Crianças com Deficiência

- Negligenciadas – 3,7 vezes mais probabilidade
- Maus-tratos físicos e psicológicos – 3,8 vezes mais probabilidade
- Abuso sexual – 34 vezes mais probabilidade



**Mais vulneráveis**

Sullivan and Knutson, 2000

## Em Portugal

### Relatório “Famílias e os maus-tratos às crianças em Portugal” (1999)

- 11% têm uma doença crónica
- 8% uma deficiência física
- 10% uma doença mental
- 60% não faz vigilância médica regular
- 25% têm menos de 1 ano
- 13% são filhos de gravidezes precoces

## No H.D.E. (1º Trimestre 2010)

90 casos referenciados NHACJR

### FACTORES DE RISCO

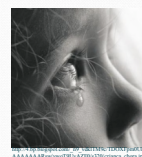
- ❖ Famílias nucleares com filhos de outras ligações
- ❖ Progenitores com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos
- ❖ Profissionais activos com baixos rendimentos e a viverem em casas arrendadas.

O principal acompanhante da criança é a mãe e o principal agressor é o **pai** que não coabita.



## Tipologia

- Negligência
- Maus-tratos Físicos
- Abuso Sexual
- Maus-tratos Psicológicos
- Síndrome de Muschausen por Procuração



DGS, 2007

## Enfermeiro

ALERTA  
DÚVIDAS??



SINAIS E SINTOMAS  
PODEM CONFUNDIR-SE  
COM PATOLOGIA



## Diagnosticar

Comunicação  
deficiente

Sinais e  
Sintomas  
dúbios

Factores de  
Risco

Encaminhar  
NHACJR



## Direitos

- “... à protecção contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, ...”

artigo 19º da Convenção dos Direitos da Criança



- “... direito de se expressarem livremente os seus pontos de vista em todas as matérias que lhe digam respeito ...” artigo 7º Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência

## Comunicar

- A comunicação é uma actividade fundamental para o desenvolvimento do ser humano.
- A comunicação não se processa somente através da fala, mas sim através de gestos, de imagens, escrita.



## Comunicação Alternativa Aumentativa

- É uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa que facilita e compensa, temporária ou permanentemente, os prejuízos ou incapacidades dos indivíduos com distúrbios da comunicação expressiva e/ou distúrbios da comunicação.

American Speech-Language-Hearing Association ASHA, 1991



## C.A.A.

### Intervenção Precoce

Promoção da saúde

Prevenção de complicações

Aumento da auto-estima e autonomia funcional

Equipa multidisciplinar



## Tabelas

**MÃO**

**OLHAR**

**OUTRA PARTE DO CORPO**

## A quem se aplica...

Crianças a partir dos 5/6 anos

Capacidade cognitiva

Que não comunicam verbalmente

Que utilizam CAA

## Papel da equipa

Equipa multidisciplinar

Técnico de referência

Alerta sinais e sintomas

Comunicar com a criança e família

Articular com a comunidade

## Enfermeiro

Ouvir a CRIANÇA é ...

**É AGIR  
É CUIDAR**

- Prevenir
- Identificar
- Diagnosticar
- Actuar
- Intervir
- Compreender
- Reconhecer
- Acompanhar



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**Instituto de Ciências da Saúde  
Escola Superior Politécnica de Saúde**

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional  
Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e  
Pediatria**

**PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS EM  
CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA**

**PROJECTO NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA  
BASE TEÓRICA DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO**

**Autora:**

Sónia Tavares

Aluna nº 192009007

**Orientado por:**

Enf.<sup>a</sup> Especialista M<sup>a</sup> Fátima Silva

**Orientação pedagógica:**

Prof. Elisabete Nunes

**Lisboa, Janeiro de 2011**

*“A infância não é uma experiência universal de duração fixa, mas é diferentemente construída, exprimindo as diferenças individuais relativas á inserção do género, classe, etnia e história. Distintas culturas bem como as histórias individuais constroem diferentes mundos da infância.”*

Franklin, Bob, 1995

## **SIGLAS**

APSA – Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger

C.A.A – Comunicação Alternativa Aumentativa

C.I.F – Classificação Internacional de Funcionalidade

C.P – Código Penal

CPCJ - Comissões de Protecção de Crianças e Jovens

CRPCCG – Centro de Reabilitação Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

D.G.S – Direcção Geral de Saúde

H.D.E – Hospital Dona Estefânia

N.A.C.J.R – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

N.H.A.C.J.R – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

O.M.S – Organização Mundial de Saúde

S.A – Síndrome de Asperger

S.O – Sala de Observações

**SUMÁRIO**

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO	5
2 – DEFICIÊNCIA/MAUS-TRATOS INFANTIS	7
3 – MAUS-TRATOS INFANTIS	10
3.1 – Definição	10
3.2 – Tipologia	11
3.2.1 – Negligência	11
3.2.2 – Maus-tratos Físicos	11
3.2.3 – Abuso Sexual	12
3.2.4 – Maus-tratos Psicológicos	12
3.2.5 – Síndrome de Muschausen por Procuração	13
3.3 - Prevenção	13
4 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA	16
4.1 – Comunicar com Crianças com Défices Comunicacionais	16
4.2 – Articulação com a Comunidade	25
5 - CONCLUSÃO	30
6 - BIBLIOGRAFIA	31

## 1 - INTRODUÇÃO

A concepção e definição de criança nem sempre foram conceptualizadas como actualmente. Desde o nascimento, que o processo de inclusão da criança na sociedade a que pertence marca para sempre o seu desenvolvimento futuro.

A criança não é um adulto, é um ser humano de condição frágil, único na sua fraqueza, na sua dependência e na sua inocência.

Até ao século XII não existia lugar no mundo para a criança. É a partir do século XIII que a noção de criança começou a ter algum significado, associada à figura do Menino Jesus. Estas participavam em festas de adultos, vestiam as mesmas roupas e iniciavam a actividade profissional muito cedo. *“Eram adultos em miniatura”* (Azevedo, 2006).

Durante o século XVII, com Rosseau inicia-se a conceptualização da criança como um ser com valor próprio e digno de respeito.

Falar de maus-tratos infantis, de acordo com a perspectiva histórica, nem sempre foi consensual, primeiro porque a criança nem sempre foi considerada como ser humano com direitos, posteriormente porque o castigo corporal foi um método muito utilizado para “disciplinar” as crianças. Os maus-tratos eram socialmente aceites. As crianças eram consideradas propriedades dos seus pais, e estes, por sua vez, podiam cometer qualquer acto atroz.

Diagnosticar e intervir em situações em que as crianças são vítimas de maus-tratos ainda causa constrangimentos aos profissionais de saúde e população em geral, motivo pelo qual o número de crianças identificadas como vítimas de maus-tratos se torna escasso face à realidade existente.

A Constituição da República Portuguesa (alínea 1, artigo 69º) refere *“as crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições”* (2009, p.39).

A realização do Módulo III insere-se no Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O término deste módulo deu-se na Urgência Pediátrica do Hospital Dona Estefânia, onde o futuro enfermeiro especialista deverá adquirir competências na maximização da saúde da criança/jovem; na prestação de cuidados à criança e família em situação de especial complexidade, assim como, na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem.

A competência abrange duas vertentes: a avaliação do comportamento, no sentido da sua adequação, e a regulação do comportamento de acordo com a avaliação realizada. A relação entre ambas é a sua associação. De acordo com Nunes “no percurso de desenvolvimento de uma competência, definem-se pelo menos quatro formas de expressão: a) no conhecimento organizado das ideias e conceitos chave envolvidos; b) na capacidade de identificar ou reconhecer as circunstâncias próprias para as aplicar; c) na argumentação que fundamenta a escolha realizada; e d) na acção que traduz a aplicação prática das ideias e conceitos”. Utilizando este conceito, a auto-reflexão da prática permitiu-me desenvolver e aprofundar novos conceitos, reconhecer situações onde pudesse aplicar esses conhecimentos (no contacto com as utentes/famílias), justificar claramente as minhas acções e escolhas e elevar o nível dos cuidados prestados.

Considero que a aplicabilidade do projecto que me encontro a desenvolver “Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência” seja pertinente num serviço de urgência pediátrica, pois a importância de comunicar com crianças com deficits comunicacionais estando alerta para sinais e sintomas que se poderão confundir com a doença e a possibilidade de articulação com entidades da comunidade, que melhor conhecem estas crianças e famílias, serão uma mais-valia na intervenção da equipa face à criança com deficiência.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 dá ênfase a esta problemática, ao referir a insuficiente resposta dos serviços de saúde aos maus-tratos a crianças e jovens.

## 2 – DEFICIÊNCIA/MAUS-TRATOS INFANTIS

A vulnerabilidade das crianças e por sua vez, a sua defesa e os seus direitos face ao seu cuidador está salvaguardado na Legislação da República Portuguesa e na Declaração Universal dos Direitos da Criança.

Contudo, quando falamos em crianças portadoras de deficiência, a sua vulnerabilidade acentua-se face aos cuidados que lhe são inerentes. A identificação de sinais e sintomas em que as crianças portadoras de deficiência são vítimas de maus-tratos são muitas vezes ignorados ou mal interpretados. A dificuldade em comunicar com estas crianças salienta esta dificuldade e a incapacidade de perceber que estão a ser vítimas de maus-tratos também não coopera na sua protecção.

Segundo Azevedo *“uma criança com problemas de saúde ou portadora de uma deficiência física ou mental correrá maior risco de abuso infantil do que uma criança aparentemente saudável ou sem qualquer tipo de deficiência”* (2006, p.51).

As deficiências correspondem a um *“desvio relativamente ao que é geralmente aceite como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções”* (C.I.F, p.13). A funcionalidade é um termo que *“engloba todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar. Incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de actividades ou restrição na participação”* (C.I.F, p.13). As deficiências de estrutura podem consistir numa *“anormalidade, defeito, perda ou outro desvio importante relativamente a um padrão das estruturas do corpo”* (C.I.F, p.14).

Segundo Nosek, Howland & Young (1997), citados por Williams (2004, p.10) existem factores que aumentam o risco de crianças com deficiência serem maltratadas, como:

- Aumento de dependência de outras pessoas para cuidados a longo prazo;
- Negação dos direitos humanos, resultando em uma percepção tanto da vítima como do agressor;
- Percepção de menor risco de ser descoberto por parte do agressor;
- Dificuldades da vítima em fazer com que os outros acreditem nem seus relatos;
- Menor conhecimento por parte da vítima que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade;
- Isolamento social, aumento do risco de manipulação por outros;
- Potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos;
- Valores e atitudes mantidos por profissionais na área da educação especial em relação à inclusão, sem considerar a capacidade do indivíduo de auto-protecção;

- Falta de independência económica por parte da maioria dos indivíduos portadores de deficiência mental.

Apesar da dificuldade de estudos sobre incidência/prevalência de maus-tratos em crianças com deficiência, William citando Sobsey, Randall & Parilla (1997), refere que crianças portadoras de deficiência possuem 1,5 mais probabilidades de serem vítimas de abuso sexual e 4 a 10 vezes mais probabilidade de serem vítimas de maus-tratos. Sullivan and Knutson (2000) referem que crianças com deficiência têm 3,7 vezes mais probabilidade de serem negligenciadas; 3,8 vezes mais probabilidade de maus-tratos físicos e psicológicos e 34 vezes mais probabilidade de abuso sexual.

A deficiência e a ocorrência de maus-tratos poderão funcionar de forma bidireccional. As crianças com deficiência estão mais expostas a maus-tratos, mas a ocorrência de maus-tratos também poderá ocasionar deficiência nas crianças.

Em determinadas culturas crianças portadoras de deficiência são escondidas da comunidade, o que não lhes proporciona a inclusão nesta e o desenvolvimento das suas competências. Em países africanos, crianças com deficiência são abandonadas junto ao leito dos rios com o intuito de serem levadas pelos deuses. Na Amazónia, tribos indígenas matam crianças portadoras de deficiência. Em certos países de leste, crianças com deficiência são institucionalizadas e debandadas do seio familiar, excluídas da sociedade. Estes são alguns dos muitos exemplos que acontecem no nosso dia-a-dia, a que a UNICEF tenta dar resposta.

Também se pode falar da ocorrência de maus-tratos em crianças portadoras de deficiência nas situações em que os progenitores não se conformam com o diagnóstico e optam por tratamentos exaustivos que em nada beneficiam a criança. A falta de resiliência por parte dos pais leva a que recorram a curandeiros, bruxas e todo o tipo de terapias gastando todo o dinheiro que tem e não tem, não contribuindo, no entanto, para a cura da criança nem para o seu crescimento harmonioso.

Quando nasce uma criança portadora de deficiência interrompe todo o esforço realizado durante a gravidez para a concepção de um bebé ideal. É muito importante que os pais de uma criança portadora de deficiência conheçam a patologia do seu filho, a evolução clínica desta, o seu ritmo de desenvolvimento, de forma a diminuírem o stress e a evitarem comparações com outras crianças. Para que o processo de resiliência se processe é necessário que exista uma boa comunicação entre estes pais e as equipas médicas e de enfermagem. Aos pais deverá ser dada a confiança suficiente, para que possam expor livremente as suas dúvidas e preocupações, assim como, deverão ser criadas todas as condições para que os mesmos possam usufruir da criança, desenvolvendo-se, desta forma, laços afectivos fortes, que tão importantes são para ambas as partes.

Segundo Pedro Strecht, *“o tipo de vinculação estabelecido nos primeiros tempos de vida é a base de importantes movimentos da organização psíquica futura, sendo que as crianças mais ligadas e referenciadas conseguem não só melhores movimentos posteriores de*

*autonomia, com menos conflitualidade na adolescência, como são capazes de um maior sentido de protecção, logo, de autopreservação” (2008, p.51).*

### 3 – MAUS-TRATOS INFANTIS

#### 3.1 – DEFINIÇÃO

Os maus-tratos infantis são uma problemática mundial, actual.

Exige uma abordagem interdisciplinar, sistemática e global, quer no domínio do estudo do fenómeno, quer nas acções para o prevenir ou nas respostas aos casos que não foi possível evitar.

É um fenómeno complexo e multifacetado, podendo ocorrer a morte ou sequelas graves a nível físico e psicológico, afectando para sempre a vida das crianças. Trata-se por isso de um grave problema de saúde pública, em que os profissionais de saúde têm um papel importantíssimo na prevenção, despiste e tratamento/encaminhamento.

O conceito de maus-tratos não é consensual, o que torna esta problemática ainda mais complexa, isto porque depende dos factores socioculturais e da própria concepção de maus-tratos de cada um. Contudo, provoca sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, a morte.

O artigo 19º da Convenção da Nações Unidas sobre os direitos da criança determina o direito à protecção integral de todas as crianças contra qualquer forma de violência.

Teresa Magalhães define maus-tratos como *“qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”* (2004, p. 32).

No último semestre de 2009, os núcleos encaminharam para o 3º nível de intervenção (tribunal) 2815 crianças, das quais 72% vítimas de negligência; 9% maus-tratos físicos; 7% abusos sexuais e 12% maus-tratos psicológicos.

A Declaração dos Direitos da Criança, no seu artigo 9º, protege a criança contra qualquer tipo de maus-tratos. Esta Convenção não foi rectificada por todos os países mundiais.

## **3.2 – TIPOLOGIA**

### **3.2. 1 - NEGLIGÊNCIA**

À incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, dá-se o nome de negligência. A negligência, regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais (ou de quem os substitui).

A negligência pode assumir diversas formas: ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicidade, entre outras.

Os Centros de Saúde, como instituição que presta cuidados de saúde primários, detectam mais facilmente este tipo de maus-tratos, do que os cuidados de saúde secundários e terciários.

A presença de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados; como o não cumprimento persistentemente do Programa Nacional de Vacinação; a ausência nas consultas programadas, ou, ainda, a não procura na prestação de cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente faz com que os profissionais de saúde, através da visitação domiciliária detectem o estado de saúde da criança/jovem.

Há que realçar, contudo, que é imprescindível atender ao contexto de vida em que as evidências são observadas, uma vez que os sinais podem não ser resultante directa de uma carência na relação entre cuidadores e criança ou jovem mas, antes, terem origem na precariedade do contexto familiar, cultural, social e/ou económico em que a criança vive. Para responder ao problema, a estratégia a seguir pelos serviços terá que ser planeada em conjunto com a família e criança/jovem.

### **3.2.2 – MAUS-TRATOS FÍSICOS**

Os **maus-tratos físicos** resultam da acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Os maus-tratos físicos surgem de diferentes formas. Desde a criança batida, abanada, queimada, com fracturas, traumatismos, lesões abdominais, intoxicadas, sufocadas, muitas são as variantes possíveis de encontrar numa criança/jovem.

Devido à sua evidência aos “olhos” dos profissionais de saúde, é a forma mais frequentemente diagnosticada, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se a negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS, os maus-tratos físicos são frequentemente detectados nas urgências hospitalares.

### **3. 2.3 - ABUSO SEXUAL**

O **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 e mais forte. Numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Este tipo de maus-tratos pode manifestar-se de diferentes formas:

- Importunar a criança ou jovem,
- Obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espectáculos obscenos,
- Utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens,
- Prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras.

### **3. 2.4 – MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS (ABUSO EMOCIONAL)**

Os **maus-tratos psicológicos** resultam da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus-tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras actividades da criança ou do jovem.

### 3.2.5 - SINDROME DE MUSCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Na **Síndrome de Munchausen por Procuração** um dos elementos da família incute na criança (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar) sinais e sintomas, com o intuito de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Trata-se de uma forma rara de maus-tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico, pois os elementos da família recorrem a diversas urgências pediátricas. Algumas formas de manifestação desta síndrome são, por exemplo, administrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente, a criança e, depois, procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia.

### 3.3 - PREVENÇÃO

A estratégia de prevenção surge como a mais adequada, capaz de promover a reabilitação do sistema familiar, fortalecendo os factores protectores e diminuindo as situações de risco/perigo.

A prevenção é fundamental à ocorrência de novos casos. Comporta três níveis: primário, secundário e terciário.

Na **prevenção primária**, pretende-se evitar o aparecimento de problemas, através de acções dirigidas à população. De componente essencialmente formativa e informativa, procura-se a minimização de projectos comunitários, que incorporem equipas multidisciplinares, capazes de intervir na dinamização de programas de apoio às famílias e suas crianças.

O objectivo desta prevenção deverá incidir sobre a redução do impacto dos factores de risco, promovendo as competências sociais e pessoais dos pais, professores, técnicos de saúde, justiça, segurança social, entre outros.

Alguns exemplos da prevenção primária:

- Legislação adequada;
- Serviços Sociais eficientes;
- Actividades de esclarecimento público;
- Programas de educação comunitária para adultos e crianças;
- Educação Cívica ao nível da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

A **prevenção secundária**, visa permitir uma maior consciencialização da existência de grupos sociais, cujas condições e características, permitem identificá-los como unidades de risco. Alguns autores referem mesmo indicadores de alerta, que se prendem com a instabilidade, desestruturção familiar ou falta de segurança existentes entre determinados grupos social e culturalmente definidos.

Nestes grupos identificados, é aconselhável uma intervenção precoce, antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais de mal-estar ou desajustamento. A intervenção deve contemplar um trabalho com a família, facilitando a comunicação empática e com a criança, ajudando-a a desenvolver os seus mecanismos de resiliência. São exemplos:

- Identificação pré-natal e continuada de famílias “em risco”;
- Programas de tratamento de abuso de substâncias tóxicas;
- Redes de suporte a nível comunitário e centradas na família;
- Cuidados de saúde pré e peri-natais que melhorem as condições de gravidez e reforçam os vínculos precoces;
- Actividades escolares pela “não violência”;
- Educação sobre segurança para crianças.

Na **prevenção terciária** deverá ser realizado o encaminhamento de casos e protecção das crianças, abordagem psicossocial e jurídica. Procura-se reduzir a duração da gravidade das sequelas do problema, bem como a reabilitação e cura das pessoas afectadas.

Os profissionais de saúde deverão atender e acompanhar o agressor.

A este nível, actuam os Serviços/Instituições oficiais, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e as Instituições de Acolhimento de Menores.

Deverá ser realizado:

- Diagnóstico precoce de maus-tratos;

- Serviços interdisciplinares adequados que assegurem tratamento médico, cuidados básicos, aconselhamento e suporte às vítimas e famílias;
- Reintegração numa comunidade/escola segura e que potencie boas experiências;
- Leis de protecção da infância mais adequadas e tribunais de menores mais eficientes e eficazes.

A reflexão sobre todas as questões relacionadas com as situações dos menores em risco/perigo, demonstra que não existem receitas, nem situações a que individualmente possamos recorrer para as resolver.

## 4 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A implementação do projecto “Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência” na Urgência Pediátrica, tem como objectivo: **Contribuir para aumentar a eficácia no despiste e encaminhamento de crianças portadoras de deficiência vítimas de maus-tratos.** Tendo em consideração o objectivo definido, foram produzidos 2 projectos:

- COMUNICAR COM CRIANÇAS COM DEFICITS COMUNICACIONAIS
- ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

### 4.1 - COMUNICAR COM CRIANÇAS COM DEFICITS COMUNICACIONAIS

A comunicação é o intercâmbio de informação essencial à sobrevivência e desenvolvimento do ser humano.

A capacidade de comunicação por meio da linguagem é característica exclusiva do ser humano. Sem comunicar o Homem não se integra numa sociedade.

A comunicação humana é um processo que envolve a troca de informações, e utiliza os sistemas simbólicos como suporte para este fim. Através desta actividade o Homem partilha desejos, actividades, sentimentos, necessidades, ..., com quem o rodeia. Existem formas diferentes de comunicação. É pela comunicação, verbal ou não-verbal, que os homens estabelecem a maioria das suas relações, apreendendo, estabelecendo relação com o mundo que o cerca.

As crianças, particularmente no início de seu desenvolvimento, estabelecem comunicação não intencional e involuntária com o meio. Para isso utilizam o choro, o balbucio, o riso e os movimentos corporais, que surgem como descargas emocionais ou movimentos reflexos e, ao longo das interacções que vão estabelecendo com as pessoas que interagem com ela. Estes tipos de recursos são utilizados com intenção de provocar uma reacção no outro. Qualquer tipo de recurso comunicativo pré-verbal vai, no decorrer do desenvolvimento infantil, modificando-se em função do amadurecimento biológico e especialmente como decorrência dos significados que os outros vão dando a eles.

O Homem não comunica somente através da fala, mas sim através de gestos, de imagens, escrita.

A linguagem é um conjunto de sinais com os quais os humanos comunicam e expressam as suas ideias e sentimentos.

Para existir comunicação é essencial no mínimo a existência de 2 pessoas em que uma é o receptor e outra o emissor.

Certas incapacidades físicas e cognitivas podem comprometer o processo de comunicação. É o caso de criança com disfunções congénitas (ex: paralisia cerebral, autismo, déficits auditivos, ...), crianças que foram vítimas de um acidente ou doença que impossibilitou o desenvolvimento normal da comunicação.

Os Sistemas de Comunicação Alternativas Aumentativas têm como objectivo compensar de forma temporária ou permanente, incapacidades de comunicação por parte das pessoas com grandes dificuldades de expressão.

A Comunicação Alternativa Aumentativa (C.A.A) refere-se a qualquer meio de comunicação que suplete ou substitua os meios habituais de escrita e fala, ou seja, as habilidades de comunicação quando comprometidas. A American Speech-Language-Hearing Association ASHA em 1991, refere que a Comunicação Alternativa Aumentativa é uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa que facilita e compensa, temporária ou permanentemente, os prejuízos ou incapacidades dos indivíduos com distúrbios da comunicação expressiva e/ou distúrbios da comunicação.

Os Sistemas de Comunicação Alternativa Aumentativa podem ser de baixa ou alta tecnologia e dividem-se entre os pictoriais e os símbolos. Segundo Gava (1999) citado por Carla César, a CAA "*busca meios que auxiliam o individuo que não pode ter fala funcional*"(2009, p.23).

Este tipo de sistema de Comunicação Alternativo Aumentativo (CAA), poderá conter símbolos em que a pessoa afectada através da mão, olhar ou outra parte do corpo é capaz de apontar e identificar, comunicando. Baseia-se em objectos e imagens podendo e devendo ser alterados de acordo com o desenvolvimento e aprendizagem de cada criança. Os **símbolos** são as representações visuais, auditivas ou tácteis de um conceito.

Há vários tipos de símbolos que são usados para representar mensagens. Eles podem ser divididos em:

∑ **Símbolos que não necessitam de recursos externos** – a criança utiliza apenas o seu corpo para comunicar. É o caso dos gestos, dos sinais manuais, das vocalizações e das expressões faciais.

∑ **Símbolos que necessitam de recursos externos** - requerem instrumentos ou equipamentos além do corpo da criança para produzir uma mensagem.

Esses sistemas podem ser muito simples, ou de baixa tecnologia ou tecnologicamente complexos ou de alta tecnologia.

### Tipos de símbolos

∑ **Objectos reais** - os objectos reais podem ser idênticos ao que estão representando ou similares, onde há variações quanto ao tamanho, cor ou outra característica.

∑ **Miniaturas** - os objectos em miniatura precisam ser seleccionados com cuidado para que possam ser utilizados como recursos de comunicação. Devem ser consideradas as possibilidades visuais e intelectuais das crianças na sua utilização.

∑ **Objectos parciais** - em situações onde os objectos a serem representados são muito grandes a utilização de parte do objecto pode ser muito apropriada.

∑ **Fotografias** - fotos coloridas ou preto e branco podem ser utilizadas para representar objectos, pessoas, acções, lugares ou actividades. Nas escolas muitas vezes são utilizados recortes de revistas ou embalagens de produtos.

∑ **Símbolos gráficos** - há uma série de símbolos gráficos que foram desenvolvidos para facilitar a comunicação de pessoas com necessidades educativas especiais. Alguns deles são:

#### ∑ **Picture Communication Symbols (PCS)**

∑ Rebus Symbols

∑ Picsyms

∑ Pictogram Ideogram Communication Symbols (PIC) Blissymbolics

∑ COMPIC

∑ Self Talk

∑ Pick 'N Stick

∑ Brady-Dobson Alternative Communication (B-DAC)

∑ Talking Pictures I, II e III

∑ Oakland Schools Picture Dictionary

As **técnicas de selecção** referem-se à forma pela qual a criança escolhe os símbolos no seu sistema de comunicação, de acordo com as suas capacidades. É importante determinar a técnica de selecção que melhor se adapta a cada criança.

### Técnicas de Selecção

∑ **Selecção directa** - é o método mais rápido e simples. Pode ser feito através do apontar do dedo ou outra parte do corpo, com uma ponteira de cabeça ou com uma luz fixada à cabeça.

∑ **Técnica de varredura** - exige que o indivíduo tenha uma resposta voluntária. Pode ser feito através do piscar os olhos, balançar a cabeça, sorrir ou emitir um som para que possa sinalizar sua resposta. Nos recursos de baixa tecnologia o utilizador vai necessitar de um facilitador para apontar os símbolos. Os métodos de varredura podem ser **linear**, **circular**, de **linhas e colunas** ou **blocos**.

∑ **Técnica da codificação** - permite a ampliação de significados a partir de um número limitado de símbolos e o aumento da velocidade. É uma técnica bastante eficiente para as crianças com dificuldades motoras graves. Exige um maior grau de abstracção.

Na Urgência Pediátrica serão usados símbolos gráficos, **Picture Communication Symbols (PCS)**, através de selecção directa em tabelas de comunicação elaboradas. A leitura processa-se da esquerda para a direita através de categorias. Identificada a categoria é que percorremos os símbolos. O objectivo não se centra na construção de frases, mas sim de ideias.

A CAA é muito utilizada em crianças com paralisia cerebral. Cada criança é única, motivo pelo qual é realizado um caderno de comunicação para cada uma delas, sendo para isso fundamental a colaboração da família na sua realização.

O aconselhamento de um Sistema de Comunicação Alternativo Aumentativo deverá ser trabalhado por uma equipa transdisciplinar em que os pais (ou quem os substitua) façam parte integrante, como ocorre no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral.

Cuidar de uma criança com deficiência e sua família é um desafio que assenta em três grandes pilares: na promoção da saúde; na inclusão da criança na comunidade e na parceria com as redes sociais.

A deficiência gera na criança uma incapacidade permanente, não reversível, que exige um longo período de supervisão, observação, prestação de cuidados e/ou (re)habilitação.

A detecção e a intervenção precoce são essenciais para a optimização do desenvolvimento de todas as capacidades da criança e inserção no meio sócio-familiar e escolar.

Segundo Andrada et al., *“a intervenção tem que ser feita enquanto o sistema ainda está lábil e, portanto, ainda não definitivamente organizado num “mapa” de modelos organizacionais e estáveis”* (2009, p.1).

A finalidade desta intervenção baseia-se na promoção da saúde, prevenção de complicações, orientação para o auto-cuidado, aumento da auto-estima e autonomia funcional. A motivação e participação das crianças são essenciais nos primeiros anos de vida e é através do brincar que se consegue o seu envolvimento e desenvolvimento.

O enfermeiro que tanto se habituou a cuidar numa perspectiva de cura, nas crianças com deficiência, o paradigma centra-se no modelo de promoção da saúde e de parceria de cuidados com a família. É o trabalhar “lado a lado” com a família e criança.

A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (alínea 3, artigo 7º) afirma “ os Estados Partes devem assegurar às crianças com deficiências o direito de expressarem livremente os seus pontos de vista em todas as matérias que lhe digam respeito, sendo as referidas opiniões consideradas em função da idade e maturidade e em igualdade com as demais crianças e, a fim de poderem realizar esse direito, é-lhes facultado apoio apropriado consoante a idade e grau de deficiência”.

O Código Deontológico do Enfermeiro (alínea d, artigo 81) refere que o enfermeiro deve “salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social”.

Trabalhar o mais precocemente possível com Sistemas de Comunicação Alternativos Aumentativos faz com que a criança adquira competências o mais rápido possível e com que a sua forma de inclusão no meio que a rodeia seja facilitador. A maioria das aprendizagens acontecem no período pré-escolar, por isso é vantajoso intervir nesta fase, para evitar dificuldades na aprendizagem no futuro (CERCIFAF, 2009).

Os internamentos das crianças com deficiência provocam rupturas no relacionamento familiar, podendo instalar-se uma situação de crise, provocando desequilíbrios psicológicos e físicos, diminuindo a capacidade de enfrentar os problemas.

O enfermeiro promovendo as competências de funcionalidade, proporcionando um clima relacional, mostrando-se disponíveis para ouvir e encorajando os pais a planearem e implementarem cuidados à criança, contribuem para o fortalecimento da família. Contudo, para obtermos o sucesso é necessário a envolvimento quer da equipa transdisciplinar, quer da família. É fundamental, encontrar o equilíbrio entre as expectativas e as necessidades de cada interveniente.

Desta forma, segundo Anne Casey, surge um crescimento físico, emocional e social da criança e família em que os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros nos cuidados o que suscita sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade no momento e, posteriormente, em casa.

As tabelas de comunicação possuem símbolos que se encontram agrupados por categorias. O objectivo deste tipo de comunicação não se baseia na construção de frases, mas sim de ideias. Estas tabelas poderão ser usadas em todas as crianças com deficiência que estejam treinadas com este método de comunicação.

A capacidade de comunicação verbal destas crianças está comprometida. Torna-se urgente que através dos meios de comunicação alternativos aumentativos, os profissionais de saúde, proporcionem às crianças/famílias a expressão dos seus sentimentos, pensamentos, ou seja, que proporcionem às crianças serem crianças.

## Tabelas de Comunicação

### Maus-tratos

#### Sociais

- Sim
- Não
- Por favor
- Preciso de ajuda
- Deixa-me em paz
- Detesto isso
- É isso mesmo
- Não é nada disso
- Não sei

#### Pessoais

- Eu
- Tu
- Medico
- Enfermeiro
- Pai
- Mãe
- Avós
- Homem
- Mulher

#### Verbos

- Sufocar
- Ajudar
- Gostar
- Não gostar
- Conversar
- Segredar
- Queimar
- Tocar
- Cortar
- Bater
- Beijar
- Gritar
- Morder
- Fugir
- Sair
- Amarrar
- Gozar
- Apalpar
- Cuspir
- Despir
- Apertar
- Picar

#### Adjectivos

- Doente
- Sozinho
- Magoado
- Pesadelo
- Assustado
- Medo
- Triste
- Horrroso
- Mau

**Vários**

- Casa
- Escola
- Hospital
- Álcool
- Pontapés
- Isqueiro
- Fósforo
- Cigarro
- Roupa suja
- Droga
- Almofada
- Cinto
- Corda
- Pedra
- Régua
- Faca
- Alto na cabeça
- Seios
- Vagina
- Dor no rabo
- Pénis
- Ejaculação
- Masturbação
- Sexo oral
- Prostituição
- Língua
- Dor na vagina
- Dedo
- Atado

**Tabela de Comunicação para o S.O****Sociais**

- Não
- Sim
- Olá
- Como te chamas?
- Adeus
- Obrigada
- Desculpa
- Não sei
- Repete, por favor
- Eu quero
- Não quero
- Não estou pronto
- Deixa-me em paz
- Não gosto disso
- Preciso de ajuda
- Não estou a perceber
- É isso mesmo
- Pergunta
- Quero conversar
- Não olhar
- Quem
- Quantos
- Onde
- Porquê
- A que horas?

**Vários**

- Dor
- Dor de estômago
- Dor no peito
- Dor de dentes
- Dor de cabeça
- Dor de perna
- Dor no braço
- Dor na barriga
- Dor nas costas
- Dor nas mãos
- Dor nos pés
- Dor aguda
- Cirurgia
- Raio-x
- Análises ao sangue
- Calor
- Frio
- Vômito
- Tonturas
- Febre
- Constipado
- Diarreia
- Alto na cabeça
- Gesso
- Dor de garganta
- Dor de ouvidos
- Remédio
- Ligadura
- Tosse
- Prisão de ventre
- Convulsão
- Sangue
- Nódoa negra
- Pontos
- Injecção
- Penso

**Verbos**

- Sair da cadeira
- Levantar a cama
- Baixar a cama
- Engasgar
- Ajudar
- Virar
- Deitar
- Sentar
- Andar
- Ouvir
- Ver
- Falar
- Pensar
- Comer
- Beber
- Respirar

**Pessoais**

- Eu
- Tu
- Médico
- Enfermeiro
- Avós
- Mãe
- Pai
- Anestesiologista
- Assistente operacional
- Homem
- Mulher
- Outra pessoa

**Adjectivos**

- Contente
- Triste
- Cansado
- Assustado
- Com medo
- Confuso

**Caderno de Comunicação Alternativa Aumentativa para a Triage****Sociais**

Não, Sim, Olá, Bom dia, Vamos conversar, Estás bom!, Como te chamas?, Adeus, Falamos depois, Adeus, Compreendes?, Quando é que te vejo?, Não estou a perceber, Desculpa, Muito prazer, Boa noite, Obrigado, Pergunta, Preciso de ajuda, Por favor, Eu quero, Quero dizer outra coisa, Não sei, Adivinha lá, Vou soletrar, Espera um minuto, Mudei de ideias, Estas com presa?, São horas, Estou pronto, Bom trabalho, Estas muito perto, Repete por favor, Esqueci-me, Perguntas Sim/Não, Não estou pronto, Estou longe disso, Fazer outra vez, Ouvistes?, Acabado

**Pessoais**

Eu, Tu, Nós, Avó, Avô, Pai, Mãe, Irmão, Irmã, Namorados, homem, Mulher, Rapariga, Rapaz, Bebê, Vizinhos, Amigos, Colegas, Alunos

**Verbos**

Falar, Ter, Pensar, Falar, Chamar, Apontar, Gostar, Comer, Beber, Ouvir, Cheirar, Fumar, Olhar, Fazer, Pôr, Cantar, Dormir, Telefonar, Ir, Provar, Rir, Beijar, Descansar, Chorar, Parar, Vir, Amar, Celebrar, andar, Contar, Saber, Fazer as pazes, Desapertar, Nadar, Comprar, Segredar, Magoar, Ajudar, Partir coisas, Montar a cavalo

**Vários**

Cara, Cabelo, Olhos, Nariz, Corpo, Ombro, Braço, Cotovelo, Pernas, Olhos, Ouvido, Costas, Peito, Joelho, Estômago, Mão, Dedo, Boca, Pés, Ancas, Rabo, alto na cabeça, Tensão alta, Tensão baixa, Dor de cabeça, Dor aguda, Convulsões, Febre, Diarreia, Vômitos, Farmácia, Remédio, Sangue, Pontos, Ligadura, Gesso, Talas, Raio-x, Ligadura elástica, Penso, Nódoa negra, Sangue, Ligadura, Prisão de ventre, Tosse, Tala, Constipado, Queimadura, Dor, Dor nas costas, Dor de garganta, Dor de ouvidos, Dor de dentes, Dor nas costas, Gases intestinais, Surdo, Dor no peito, dor no rabo, Problemas de coração, Cólicas, Caimbra, Dor de estômago

**Adjectivos**

Mau, Bom, Com medo, Assustado, Contente, Triste, Preocupado, Zangado, Sossegado, Desapontado, Aborrecido, Admirado, Magoado, Simpático, Seguro, Cansado, Orgulhoso, Deprimido, Chateado, Teimoso

## 4.2 - ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), “o enfermeiro é um profissional (...) com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária”. A essência e especificidade da profissão baseia-se no cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa actividades de promoção e protecção da saúde e prevenção e recuperação de doenças.

Cada vez mais, nas instituições de saúde são preconizados cuidados de saúde de qualidade. A fim de optimizarmos essa qualidade nos cuidados que prestamos, não poderemos ignorar a articulação preconizada pelo Ministério da Saúde (despacho nº 12 917/98/2ª série) entre os cuidados de saúde primários e secundários. Na Lei de Bases da Saúde (nº48/90-Base XIII) afirma-se que “deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carenciados e garantindo permanentemente a articulação recíproca e confidencial da informação clínica sobre os utentes”.

Os cuidados de saúde primários constituem um suporte imprescindível dos cuidados de saúde ao indivíduo no seu meio ambiente, reduzindo assim os custos, a variados níveis, dos cuidados de saúde secundários.

Em consequência do progresso da ciência/tecnologia, a taxa de mortalidade infantil tem vindo a reduzir em consonância com o aumento da sobrevivência das crianças com deficiência. Segundo Marinheiro (2002), a O.M.S estima que em Portugal 10% da população é portadora de deficiência. Segundo a Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras estima-se que existam entre 5000 e 8000 doenças raras diferentes, afectando, no seu conjunto, 6 a 8% da população, o que, relativamente à população portuguesa, significará a existência de 600 000 a 800 000 indivíduos com este tipo de patologias.

Os serviços de saúde devem proporcionar um acompanhamento personalizado continuado, quer na comunidade, quer a nível hospitalar. Por esse motivo, e devido às dificuldades em diagnosticar e encaminhar situações em que as crianças com deficiência são vítimas de maus-tratos, pois os sinais e sintomas podem confundir-se com a própria patologia (exemplo: osteogénese imperfeita), foram estabelecidos vários contactos via telefónica e através de e-mail's com instituições locais que contribuem para uma eficaz resposta na comunidade a crianças/famílias portadoras de deficiência. Os deficits de comunicação com a

criança e as dificuldades em prestar cuidados por parte dos pais (ou de quem os substitui) fazem com que os profissionais tendencialmente desculpabilizem/negligenciem situações em que a criança poderá estar a ser vítima de maus-tratos.

A articulação preconizada entre o serviço de urgência e as instituições/associações que dão apoio a estas crianças e famílias na comunidade e que melhor as conhecem, minimiza os deficits de diagnóstico e encaminhamento das situações em que as crianças são vítimas de maus-tratos. Este tipo de parceria também poderá tornar-se útil face aos cuidados a prestar na comunidade a crianças e famílias portadoras de deficiência, pois quem cuida por vezes não reconhece os recursos existentes, fazendo o enfermeiro a ligação entre os cuidados fomentando a promoção da saúde, prevenindo complicações, aumentando a autonomia funcional e auto-estima.

### **Objectivo geral**

- Contribuir para melhorar a eficácia no despiste e encaminhamento de crianças portadoras de deficiência vítimas de maus-tratos.

### **Âmbito da aplicação**

Todas as crianças portadoras de deficiência que recorrem ao serviço de urgência em cujos sinais e sintomas de maus-tratos se poderão confundir com a patologia.

### **Responsabilidades**

Urgência Pediátrica do H.D.E – enfermeiras dinamizadoras do grupo de maus-tratos infantis.

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral – Enf.<sup>a</sup> Teresa Folha.

Telefone: 217540692

E-mail: crpccg.enfermagem@gmail.com

### **Centro de Reabilitação Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian**

O CRPCCG abre as suas “portas” às crianças/famílias em cuja deficiência esteja patente. Articula com várias instituições (hospitais, centros de saúde, escolas, creches, amas, jardins de infância, CPCJ, tribunais, entre outros). Os objectivos do CRPCCG são:

- Avaliar e acompanhar as crianças nascidas em risco ou com suspeita de deficiência, enviadas por Serviços de Saúde e Outros;

- Atender crianças com disfunções neuromotoras através de técnicas de neurodesenvolvimento integrando as várias terapias essenciais ao desenvolvimento da criança nos estádios mais precoces, com ensino e orientação aos pais;
- Ensinar e orientar os pais;
- Apoiar psicologicamente e orientação socioeducativa da família através de equipas multidisciplinares;
- Integrar crianças sempre que possível no Sistema Regular de Ensino Pré-escolar e Básico;
- Orientar e apoiar os técnicos na Comunidade;
- Atender socioeducativamente crianças com multideficiência grave em programas integrados de terapias e ensino básico com utilização das novas tecnologias visando a integração progressiva no Sistema Regular de Ensino;
- Realizar programas de sensibilização, formação e investigação na área do desenvolvimento da criança e das técnicas específicas de habilitação/reabilitação através de cursos e estágios nos vários grupos profissionais.

O planeamento e a organização desta instituição são realizados através de 3 equipas multidisciplinares (médicos de várias especialidades, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, professores, educadores, terapeuta da fala, psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais, entre outros) que actuam ao nível das famílias e das estruturas da comunidade (intervenção a nível individual no Centro e na Comunidade: domicílio, escola, instituições de saúde), cobrindo diferentes áreas geográficas.

Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras - Dr.<sup>a</sup>. Raquel Castro

Telefone: 707100200

E-mail: linhararararissimas.pt

O Centro Raríssimo actua na área da saúde prestando apoio na reabilitação/habilitação de crianças e jovens portadores de doenças raras e deficiências mentais. O Centro Multidisciplinar para as Doenças Raras, projecto que conta com o apoio da Direcção Geral da Saúde, surge, assim, no contexto do PNDR, como resposta à crescente procura que se observa ao nível de pedidos de orientação e de ajuda de referenciação, de terapias personalizadas e de reabilitação, de consultas especializadas, entre outros, por parte dos portadores de doenças raras e famílias. Através de uma equipa multidisciplinar, desenvolvemos programas terapêuticos individuais que incidem no desenvolvimento motor, cognitivo e sensorial dos nossos utentes, apoiando também os seus familiares. Tem como objectivos:

- > Incentivar a reflexão e o debate sobre as necessidades dos portadores de doenças raras e suas famílias;
- > Sensibilizar a comunidade para a realidade das doenças raras;

- > Alertar a Comunicação Social para a importância da divulgação da informação sobre as doenças raras, bem como a importância das organizações que as representam;
- > Demonstrar à sociedade a importância do movimento associativo no apoio e acompanhamento dos portadores de doenças raras e das suas famílias.

O apoio aos doentes e às respectivas famílias é outra dos pilares de actuação. Por isso mesmo, continuam a prestar o melhor apoio possível aos associados e aos cidadãos em geral, na temática da (in)formação, tendo em conta os seguintes objectivos:

- > Promover a igualdade de direitos dos portadores de doenças raras e suas famílias;
- > Melhorar a divulgação de meios e recursos, que permitem aos portadores de doenças raras a escolha, digna, do seu modo de vida com interacção no seu meio social e cultural;
- > Melhorar a coordenação entre técnicos, instituições nacionais das áreas de medicina, ensino, reabilitação e o sector associativo.

Estima-se que existam entre 5000 e 8000 doenças raras diferentes, afectando, no seu conjunto, 6 a 8% da população, o que, relativamente à população portuguesa, significará a existência de 600 000 a 800 000 indivíduos com este tipo de patologias. O impacto destas doenças é acrescido pelo difícil e, em geral, tardio diagnóstico, para o qual contribuem a falta de informação por parte dos profissionais de saúde, os défices no encaminhamento para especialidades adequadas e a inexistência, em muitos países, entre os quais se inclui Portugal, de centros de referência para as doenças raras. O diagnóstico precoce e o acompanhamento dos doentes requerem equipas multidisciplinares que associam a perícia científica à competência médica, permitindo aos doentes beneficiar, rapidamente, dos progressos da investigação. Nesse contexto a Direcção Geral de Saúde elaborou o Programa Nacional para as Doenças Raras (PNDR) que apresenta como objectivos gerais a melhoria da resposta às necessidades de saúde não satisfeitas nos portadores de doenças raras e suas famílias e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às pessoas com doenças raras.

Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger – Dra. Maria Piedade Monteiro

Telefone: 214605237

E-mail: [piedadelm@apsa.org.pt](mailto:piedadelm@apsa.org.pt)

A APSA, Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger, foi inaugurada a 7 de Novembro de 2003. Tem como objectivo apoiar pais, professores e amigos dos portadores de Síndrome de Asperger, assim como sensibilizar os profissionais de saúde para esta problemática.

A APSA é uma associação cultural, científica e de beneficência sem fins lucrativos destinada a apoiar pais, professores, familiares e amigos de portadores de SA a conviver e a conhecer melhor com os seus problemas.

O Síndrome de Asperger foi identificado em 1944, mas só reconhecido como critério de diagnóstico a partir de 1994. Muitas vezes confundido com autismo, portadores de Síndrome de Asperger apresentam níveis cognitivos elevados, capacidade de interacção com o mundo que os rodeia. É predominante no sexo masculino. Este síndrome parece resultar de uma desordem neurobiológica, com desvios e anormalidades na interacção social, uso da linguagem para a comunicação e certas características repetitivas. Os portadores de Síndrome de Asperger apresentam falha no estabelecimento de relações com os seus pares; desinteresse em dividir experiências, falta de reciprocidade emocional e social, prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como, contacto visual directo, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interacção social.

## 5 - CONCLUSÃO

Os maus-tratos infantis são transversais a toda a sociedade. Não escolhe idades, género nem classes. No entanto, a pobreza, o analfabetismo, o abuso de substâncias ilícitas, a deficiência, doença crónica, entre outros, são factores de risco, permeáveis à sua ocorrência. Neste sentido, é urgente estar alerta a todas as formas de violência encapotadas.

É necessário estar vigilante pois os maus-tratos cometidos a crianças ocorrem em qualquer família. Uma família de um nível sócio-económico alto pode maltratar tanto a sua criança como outra qualquer. A grande diferença está na dificuldade de intervenção, logo é mais fácil intervir em meios sócio-económicos degradados, pois a sua vulnerabilidade é superior.

Actualmente são vários os instrumentos existentes responsáveis por defender os interesses e direitos das crianças e que ao mesmo tempo podem legitimar uma intervenção, nomeadamente a Declaração dos Direitos da Criança, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a lei de protecção de crianças e jovens em perigo, entre outros.

Trata-se por isso de um grave problema de saúde pública, em que os profissionais da saúde têm um papel importantíssimo na prevenção, despiste e tratamento/encaminhamento. As instituições de saúde têm responsabilidade na detecção precoce, nos factores de risco e de sinais de alarme, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos.

A prevenção é fundamental à ocorrência de novos casos. As estratégias a implementar devem ser baseadas no conhecimento da realidade e desenvolvidas conjuntamente entre governo, organizações não governamentais nacionais e internacionais, sociedade civil, grupos específicos da comunidade, universidades e cientistas. É fundamental, cada vez mais, uma formação transdisciplinar dos profissionais de saúde e a criação de redes efectivas de actuação.

## 6 - BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida; ALMEIDA, Helena Nunes de – **“Sombras e marcas: os maus tratos às crianças em Portugal”**. Análise Social. Lisboa. ISSN 0003-2573. Vol. XXXIV, nº 50 (Outubro/Dezembro 1999), p. 91-121.

ANDRADA, Maria [et al.] – **Paralisia Cerebral – Aos 5 anos em Portugal – Crianças com Paralisia Cerebral Nascidas em 2001**. Execução Gráfica, Coimbra, 2009, 71p. ISBN 978-989-20-19956.

ANDRADA, Maria [et al.] - **Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral – Estudo Multicêntrico Europeu**, Lisboa, Edição APPC, 2005, 122p.

AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Ângela da Costa – **Maus-tratos à Criança**. CLIMEPSI EDITORES: Lisboa, 2006. 162 p. ISBN 972-796-220-3.

FERNANDES, Maribel; RAMOS, Filomena – **Reflexão sobre “parceria nos cuidados em pediatria”**. (Re)Encontro. ISSN 0873-4050. Porto. Ano III, nº 1 (Janeiro/Agosto 2000), p. 20-25.

CARVALHO, Elisa – **comunicação e Linguagem – Sistemas Alternativos e Aumentativos de Comunicação**. Porto: Universidade Portucalense, 2008. Disponível em: [http://elisacarvalho.no.sapo.pt/EE/Trabalho\\_com\\_ling.pdf](http://elisacarvalho.no.sapo.pt/EE/Trabalho_com_ling.pdf) . [27/11/2010, 14:50].

**Classificação Internacional para a Prática Enfermagem Versão 1.0**. Edições Lusodidáctica, 2008, 210p. ISBN 9295040368.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... A primeira da vida**. Lusociência, 2003, 2ª edição, Loures.440p. ISBN 972-8383-53-3

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Edições Almedina, Coimbra, Out.2009. ISBN 978-972-40-3967-1.

FERNANDES, Maribel; RAMOS, Filomena – Reflexão sobre “parceria nos cuidados em pediatria”. **(Re)Encontro**. ISSN 0873-4050. Porto. Ano III, nº 1 (Janeiro/Agosto 2000), p. 20-25.

FERREIRA, Maria Manuela da Conceição; COSTA, Maria da Graça Ferreira Aparício da – **Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo**. Millenium. Revista do ISPV. Nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58.

FILIPPINI, M. [et al.] – **Infância, Deficiência & Violência**. Comissão Europeia no Âmbito do Programa Daphne. 2004. Disponível em: <http://www.makinglifeasafeadventure.eu/download/Miolo%20Daphne.pdf> . [25/11/2010, 14:50].

JORGE, Ana [et al.] – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde.** Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2007. 79 p.

MAGALHÃES, Teresa – **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais.** Quarteto Editora: Coimbra, 2002. 142 p. ISBN 972-8717-39-3.

MARINHEIRO, Providência – **Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos ao domicílio.** Quarteto Lisboa, Fev.2002, Coimbra. ISBN 972-8717-16-4.

PAPALIA, Diane [et al.] – **O mundo da criança.** 8ª ed. McGraw-Hill: Lisboa, 2001. p. 245-252. ISBN 972-773-069-8.

PORTUGAL. *Convenção dos Direitos da Criança* – Decreto-Lei nº 40/90 de 12 de Setembro. D.R I Série Nº 211, p. 3738-(2) – 3738- (20).

PORTUGAL – *Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.* Decreto-Lei nº 6949 de 25 de Agosto de 2009. Disponível em:

<http://www.inr.pt/uploads/docs/direitosfundamentais/convencao/ConvTxtOfPort.pdf>,

[04/10/2010 15:30].

TROSTER, Eduardo Juan [et al.] – **A criança politraumatizada.** São Paulo: Roca, 1993. 295 p. ISBN 85-7241-076-7.



**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL**  
**PÓLO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

***AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO***  
**URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

***Maus-tratos em Crianças com Deficiência***  
***Comunicação Alternativa Aumentativa***

**Realizado por:**

Sónia Tavares

**Orientação e Coordenação**

Enf.<sup>a</sup> Especialista M<sup>a</sup> de Fátima Silva

Lisboa, 21 de Janeiro de 2011

A acção de formação “Maus-tratos em Crianças com Deficiência – Comunicação Alternativa Aumentativa”, decorreu no serviço de Urgência Pediátrica nos dias 19 e 21 de Janeiro de 2011. No dia 19 de Janeiro decorreram 2 sessões às 8h00 e às 16h00 e no dia 21 às 8h00.

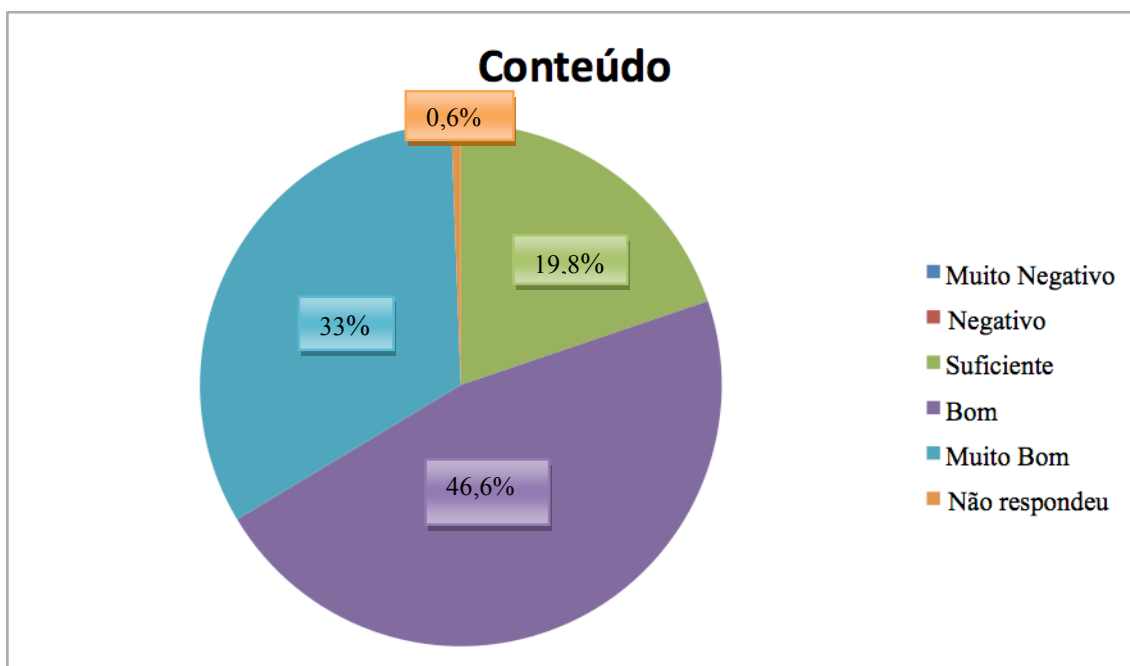
A acção de formação teve adesão de 21 enfermeiros e 2 estudantes de enfermagem. No total assistiram à formação cerca de 60% dos enfermeiros do serviço. O objectivo de realizar 3 sessões foi o envolvimento da equipa no projecto a aplicar no Serviço de Urgência Pediátrica.

Esta acção de formação foi planeada com os enfermeiros dinamizadores do grupo de maus-tratos do serviço. A introdução da tipologia foi sugestão do grupo de forma a reforçar/relembrar os conhecimentos adquiridos.

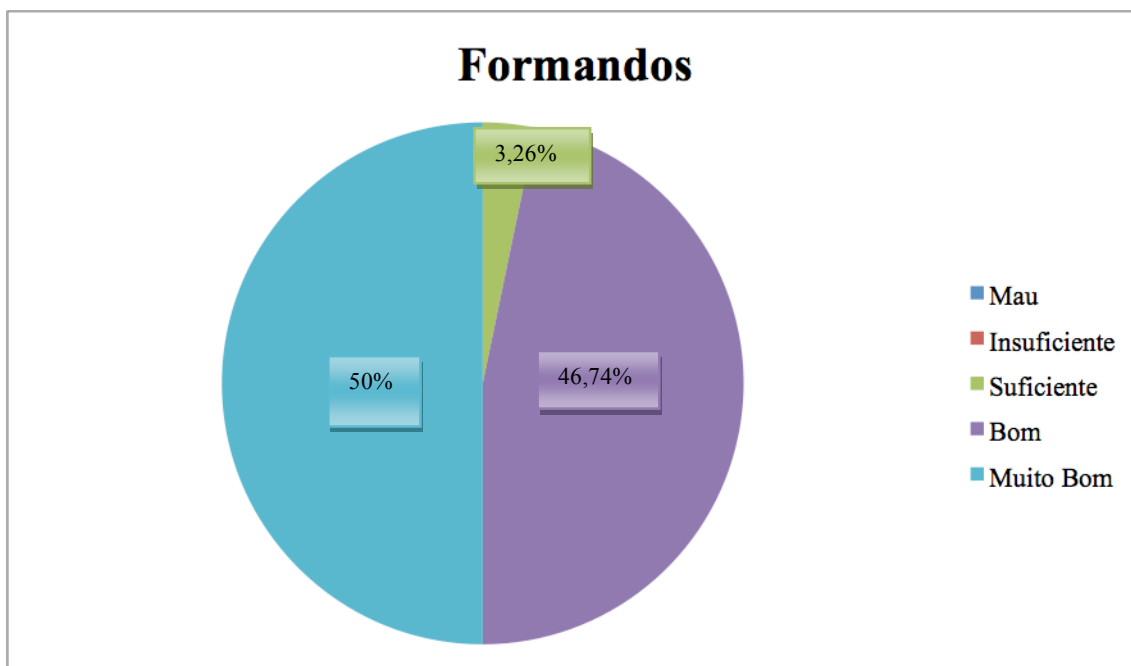
De acordo com o feedback dos enfermeiros consideraram pertinente a temática e a aplicação da Comunicação Alternativa Aumentativa no serviço.

Os enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica contactam diariamente com crianças deficiência, assim como crianças vítimas de maus-tratos. O objectivo do trabalho realizado teve por base melhorar o despiste e encaminhamento de maus-tratos em crianças com deficiência, utilizando a Comunicação Alternativa Aumentativa.

## 1 – Conteúdo

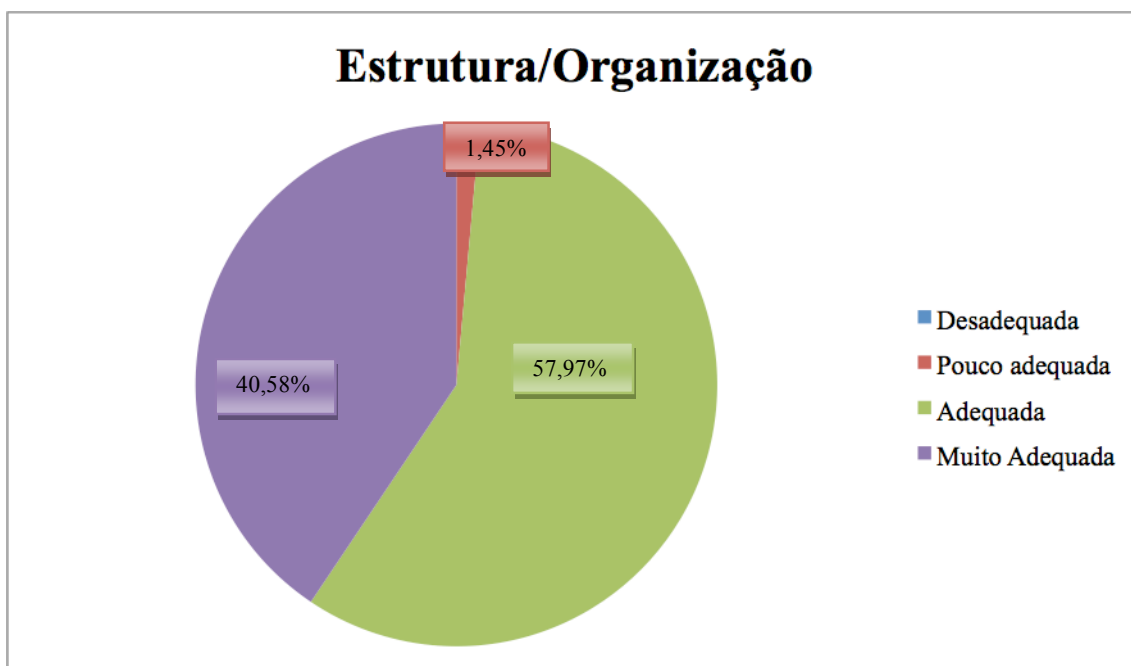


## 2 – Actuação dos Formandos

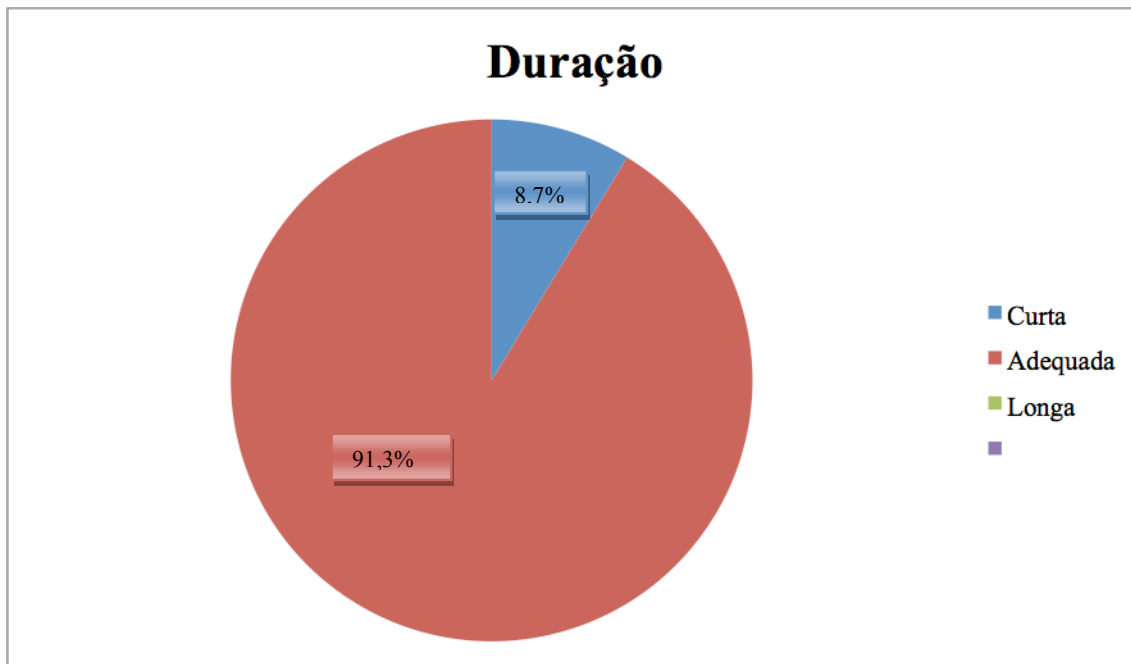


## 3 – Estrutura/Organização Formação

3.1 – Classifique a organização da Formação segundo os seguintes critérios, de acordo com a escala.



### 3.2 – Considerei a Duração do Programa



Os enfermeiros que consideram a duração do programa curto foram o que classificaram como pouco adequada na organização da acção de formação, tendo classificado o item duração do programa como pouco adequado.

## 4 – Comentários

### 4.1 – Consideras que esta acção de formação irá melhorar a qualidade da tua prestação de cuidados

Sim – 100%

Não – 0

### 4.2 – Aspectos Positivos da Formação

- Introdução da Comunicação Alternativa Aumentativa – 8
- Temática – 4
- Clareza – 2
- Aquisição de novos conhecimentos
- Tipologia de maus-tratos
- Sensibilização para os maus-tratos na criança com deficiência
- Tabelas de Comunicação Alternativa Aumentativa

### 4.3 – Aspectos a melhorar

- Apresentação mais esquemática – 2
- Partilha de experiências, sinais e sintomas

#### **4.4 – Sugestões**

- Formação mais dinâmica
- Manual para o serviço
- Língua gestual

**Anexo XXIV – Caderno Comunicação Alternativa Aumentativa**



**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL  
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**



**URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

***COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA AUMENTATIVA***



[http://bica.cnotinfor.pt/uploads/comunicacao\\_aumentativa.JPG](http://bica.cnotinfor.pt/uploads/comunicacao_aumentativa.JPG)



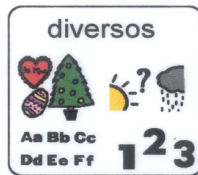
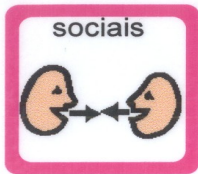
**Janeiro 2011**

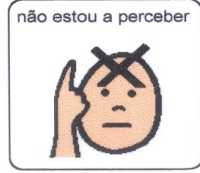
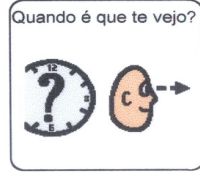
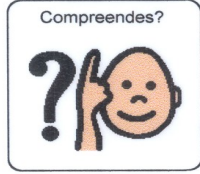
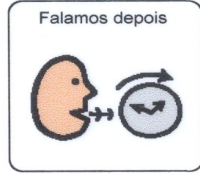
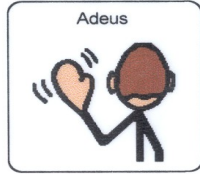
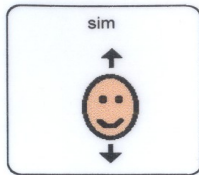
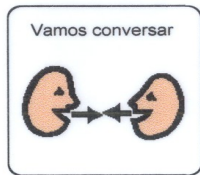
**Realizado por:**  
Sónia Tavares (Aluna Mestrado de Natureza Profissional com  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da U.C.P)

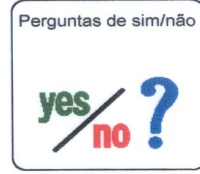
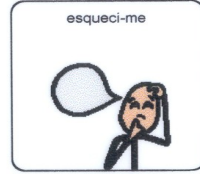
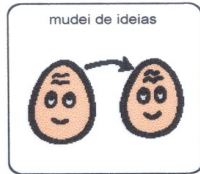
**Orientada por:**  
Enf.<sup>a</sup> Especialista M<sup>a</sup> de Fátima Silva

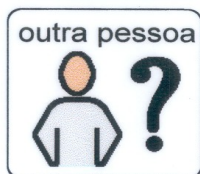
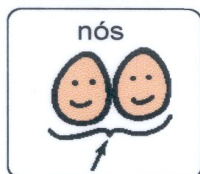
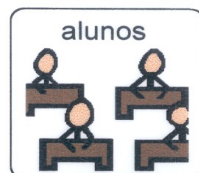
**Comunicação Alternativa Aumentativa** é uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa que facilita e compensa, temporária ou permanentemente, os prejuízos ou incapacidades dos indivíduos com distúrbios da comunicação expressiva e/ou distúrbios da comunicação.

American Speech-Language-Hearing Association ASHA em 1991

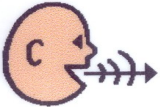




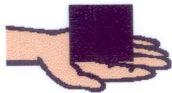




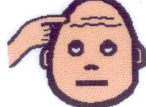
falar



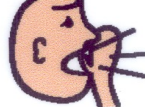
ter



pensar



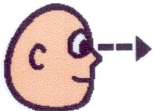
chamar



apontar



ver



gostar



ouvir



olhar



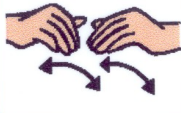
beber



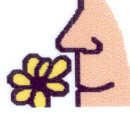
fazer



pôr



cheirar



fumar



comer



ir



telefonar



dormir

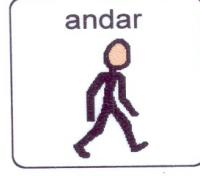
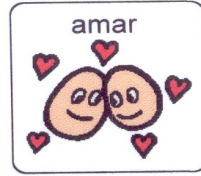
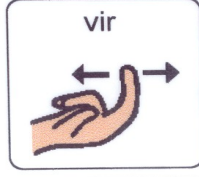
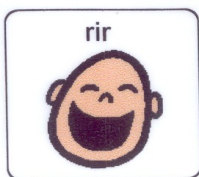


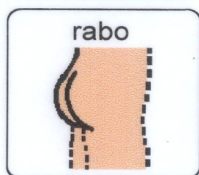
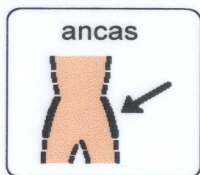
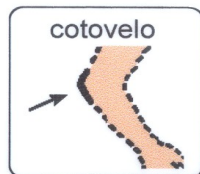
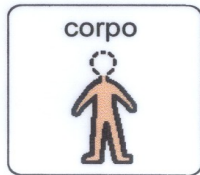
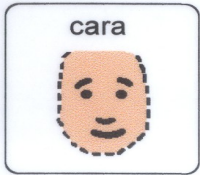
cantar

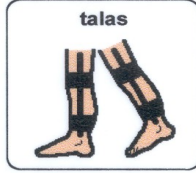
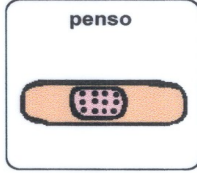
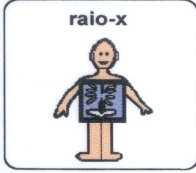
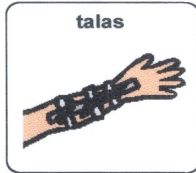
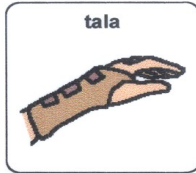


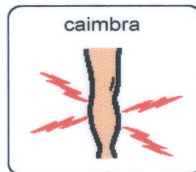
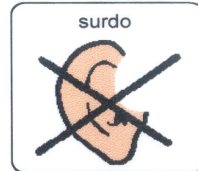
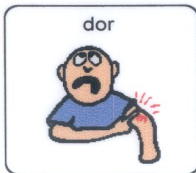
provar

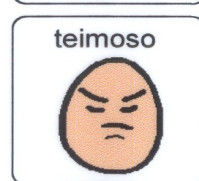
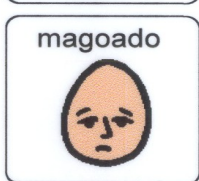
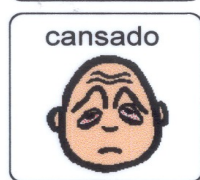
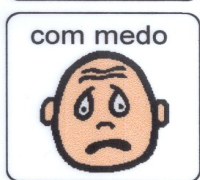
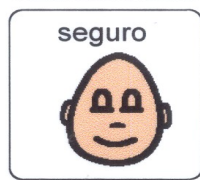
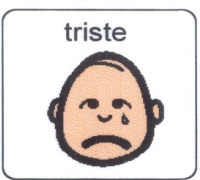
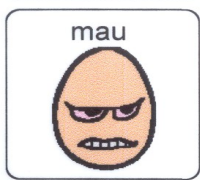
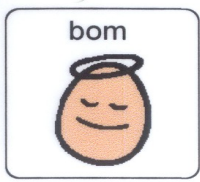


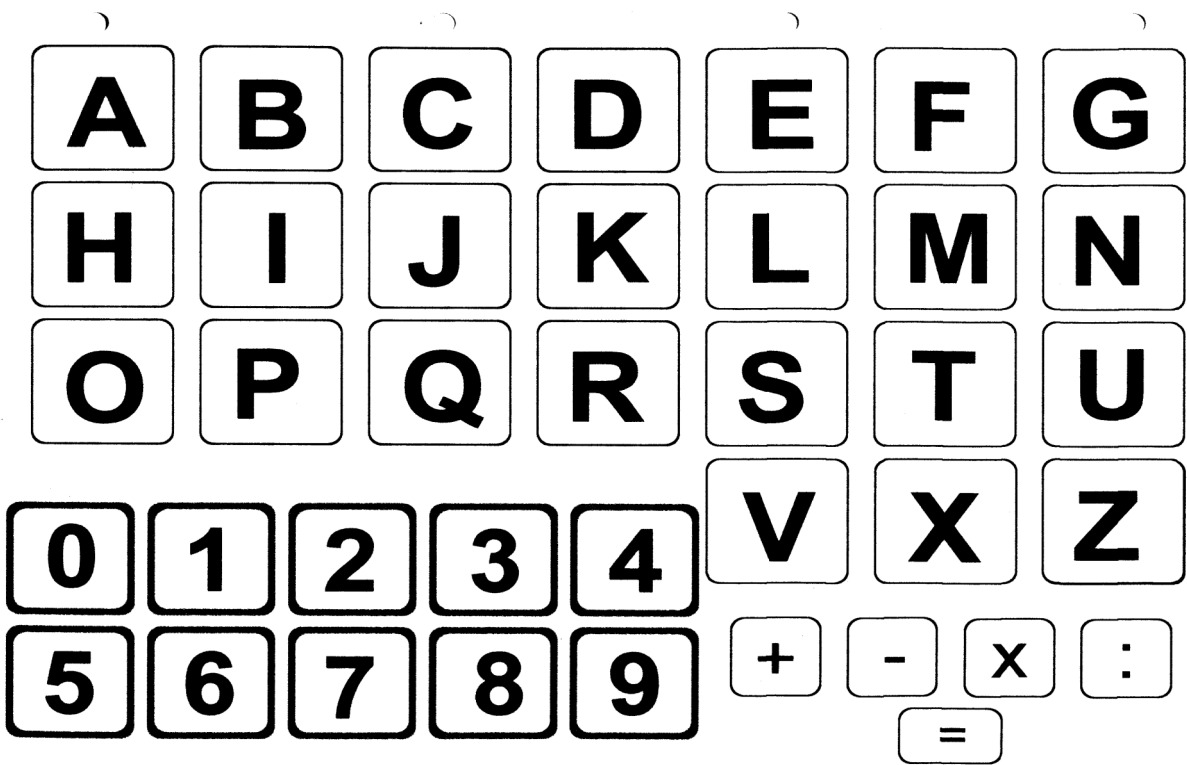












**Anexo XXV – Tabela “Maus-tratos Infantis”**

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

não 	eu 	tu 	professora 	queimar 	sair 	casa 	roupa suja 	alto na cabeça 	prostituição 	sim 
por favor 	médico 	enfermeiro 	vizinho 	tocar 	amarrar 	escola 	droga 	seios 	língua 	pesadelo 
preciso de ajuda 	pai 	mãe 	sufocar 	cortar 	gozar 	hospital 	almofada 	vagina 	dor na vagina 	assustado 
deixa-me em paz 	avós 	homem 	ajudar 	bater 	apalpar 	álcool 	cinto 	dor no rabo 	dedo 	medo 
detesto isso 	tio e tia 	mulher 	gostar 	beijar 	cuspir 	pontapés 	corda 	pénis 	atado 	triste 
é isso mesmo 	irmão / irmã 	colegas 	não gostar 	gritar 	despir 	isqueiro 	pedra 	ejaculação 	doente 	horroroso 
não é nada disso 	outra pessoa 	psicologo 	conversar 	morder 	apertar 	fósforo 	régua 	masturbação 	sózinho 	mau 
não sei 	polícia 	juíz 	segredar 	fugir 	picar 	cigarro 	faca 	sexo oral 	magoadado 	não está neste mapa 

























































Realizado por: Sónia Tavares (Aluna da U.C.P)

Orientada por: Enf.ª. Esp. Mª Fátima Silva

Apoio de  
Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

**Anexo XXVI – Tabela “Unidade de Internamento de Curta Duração”**

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

não 	eu quero 	pergunta 	eu 	médico 	falar 	pensar 	dor de cabeça 	cirurgia 	constipado 	tosse 	sim 
oiá 	não quero 	quero conversar 	tu 	enfermeiro 	ver 	comer 	dor da perna 	raio-x 	diarreia 	prisão de ventre 	contente 
como te chamas? 	não estou pronto 	não olhar 	avós 	anestesiista 	ouvir 	beber 	dor no braço 	análises ao sangue 	alho na cabeça 	convulsão 	triste 
adeus 	não gosto disso 	quem 	mãe 	assistente operacional 	andar 	respirar 	dor na barriga 	calor 	gesso 	sangue 	cansado 
obrigado 	preciso de ajuda 	quantos 	pai 	sair da cadeira 	sentar 	dor 	dor nas costas 	frio 	dor de garganta 	nódoa negra 	assustado 
desculpa 	deixa-me em paz 	onde 	homem 	levantar a cama 	deitar 	dor de estômago 	dor nas mãos 	vômito 	dor de ouvidos 	pontos 	com medo 
não sei 	não estou a perceber 	porquê 	mulher 	baixar a cama 	virar 	dor no peito 	dor nos pés 	tonsuras 	remédio 	injecção 	confuso 
repete, por favor 	é isso mesmo 	a que horas? 	outra pessoa 	engasgar 	ajudar 	dor de dentes 	dor aguda 	febre 	ligadura 	penso 	não está neste mapa 

Realizado por: Sónia Tavares (Aluna da U.C.P)

Orientada por: Enf.ª, Esp. Mª Fátima Silva

Apoio de  
Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

## **Anexo XXVII – Articulação entre Instituições**

Windows Live™ Hotmail (45) Messenger (0) SkyDrive | MSN

Sónia tavares  
perfil | terminar sessão

## Hotmail

Novo | Responder Responder a todos Re-encaminhar | Eliminar Lixo Varrer ▼ Marcar como ▼ Mover para ▼ Categorias ▼ |

## A Receber (45)

## Resposta Pedido de Informação

Voltar a mensagens |

## Pastas

## Spam (3)

## Rascunhos (3)

## Enviado

## Eliminado (58)

## Nova pasta

## Vistas rápidas

## Documentos do Office...

## Fotografias (8)

## Sinalizada(s) (2)

## Nova categoria

## Messenger

Iniciou sessão no Messenger. Para alterar o seu estado, clique no seu nome no canto superior direito.

Manter a sessão iniciada | Terminar sessão

Proc. nos contact.

Pretende conversar por chat pelo Messenger a partir da pasta A Receber? Basta adicionar amigos

Terminar sessão

Home Page

Contactos

Calendário



Linha Rara Adicionar aos contactos

Para sonia.a.tavares@hotmail.com

10-01-2011

Responder

Os anexos, imagens e hiperligações nesta mensagem foram bloqueados para sua segurança.  
Mostrar conteúdo | Mostrar sempre conteúdo de linharara@rarissimas.pt

## RESPOSTA PEDIDO DE INFORMAÇÃO

Ref. Pedido: LR20110100034

CaríSSIMA Sónia,

Bom dia,

Desde já agradecemos o seu contacto e a confiança que depositou na Raríssimas.

Primeiramente, gostaríamos de lhe dar os parabéns por se dedicar à árdua tarefa de identificar situações de maus tratos em crianças, com particular incidência sobre aquelas que, por vezes, têm mais dificuldade em expressar-se e em denunciar as situações de que são vítimas.

Da nossa parte, estaremos disponíveis para a auxiliar, dentro do que estiver ao nosso alcance. Contudo, não compreendemos concretamente como lhe poderemos ser úteis. Assim, gostaríamos que nos explicasse melhor qual o tipo de colaboração de pretenderia da nossa parte.

Para que possa conhecer melhor a nossa Associação, gostaríamos ainda de informar que os nossos serviços passam por esta plataforma de informação e apoio – a Linha Rara, que existe para escutar, informar e aconselhar no que toca a doenças raras e direitos dos seus portadores, pelo desenvolvimento de projectos de Centros RarÍSSIMOS de Terapias de Habilitação e Reabilitação Cognitiva e Motora (Porto e Lisboa), e pela criação da Casa dos Marcos (Moita), que se encontra ainda em construção, estando a abertura prevista para o Outono de 2011.

Sempre que possamos ser úteis, disponha,  
Com os nossos melhores cumprimentos e votos de continuação de bom trabalho,

Raquel Castro  
Raríssimas - Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras

## Fontes de Informação Adicional

<http://www.linharara.pt><http://www.rarissimas.pt><http://www.orpha.net> - Portal Europeu de Doenças Raras e Medicamentos Órfãos<http://www.rarediseases.org> - Portal Americano de Doenças Raras<http://www.eurordis.org/pt-pt> - Organização Europeia para as Doenças Raras

## Associações de Doentes

## NACIONAL

## INTERNACIONAL

## O Seu Pedido

De: Sónia tavares [mailto:sonia.a.tavares@hotmail.com]

Enviada: quinta-feira, 6 de Janeiro de 2011 21:00

Para: [secretariado@rarissimas.pt](mailto:secretariado@rarissimas.pt)

Assunto:

Exm. Sr.

Bom dia

Sou enfermeira, exerço funções no Hospital Dona Estefânia e de momento encontro-me a terminar o mestrado de natureza profissional em saúde infantil e pediátrica. O tema do projecto é "Prevenção de maus-tratos em crianças com deficiência". O estágio está a ser realizado no serviço de urgência, onde recorrem crianças até aos 18 anos.

Como sabemos as crianças com deficiência tornam-se mais vulneráveis a este flagelo e, por sua vez, devido à sua patologia a dificuldade em diagnosticar as situações em que as crianças são vítimas de maus-tratos. Deste modo solicitamos a vossa colaboração face às dificuldades de diagnosticar. Pretendemos que sempre que existam dúvidas exista um elemento de referência ao qual poderemos recorrer caso a criança/família seja seguida na vossa instituição. É a comunidade que melhor conhece estas crianças e famílias, por isso pretendemos trabalhar em conjunto para o crescimento saudável das crianças.

Gostaria de saber a vossa opinião.

Contacto - Sónia Tavares - 963347709

CarÍSSIMO(A),

Agradecemos o contacto e a sua confiança nos nossos serviços e dispomo-nos desde já para esclarecimento de informação adicional. Mais informamos, que os seus dados serão mantidos confidenciais, não sendo comunicados a terceiros. Estes serão apenas utilizados nos procedimentos relacionados com o seu pedido de informação, sendo



Fechar anúncio

requerido o seu consentimento se utilizados para outros fins. A qualquer momento poderá ainda requerer a consulta, correcção, alteração ou eliminação dos seus dados nos nossos registos.

O seu contacto será incluído numa lista de correio electrónico, de uso exclusivo da Associação, para contactos relacionados com Doenças Raras e/ou no âmbito de trabalho da Raríssimas e do Projecto Linha Rara, incluindo a avaliação de qualidade dos serviços de informação prestados. Se não desejar continuar a receber informação sobre Doenças Raras e temáticas associadas, basta que reenvie um e-mail indicando "Remover", na linha de Assunto, de modo a ser retirado(a) da nossa lista de correio electrónico para contactos futuros.

Agradecemos ainda todas e quaisquer sugestões que considere relevantes para melhorar os nossos serviços e facilitar o acesso a informação sobre a temática das doenças raras.

Um Projecto



Com o apoio



Linha Rara | [linharara@rarissimas.pt](mailto:linharara@rarissimas.pt) | Telf.: 707 100 200 | Fax.: 21 778 60 99  
[www.linharara.pt](http://www.linharara.pt) | [www.rarissimas.pt](http://www.rarissimas.pt) | <http://rarissimas.blogs.sapo.pt/>  
Raríssimas - Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras  
Rua das Açucenas, Lote 1, Loja Dta  
1300-003 Lisboa

Windows Live™ Hotmail (45) Messenger (1) SkyDrive | MSN

Sónia tavares

perfil | terminar sessão

## Hotmail

A Receber (45)

Pastas

Spam (3)

Rascunhos (3)

Enviado

Eliminado (58)

Nova pasta

Vistas rápidas

Documentos do Office...

Fotografias (8)

Sinalizada(s) (2)

Nova categoria

Messenger (1)

Iniciou sessão no Messenger. Para alterar o seu estado, clique no seu nome no canto superior direito.

Manter a sessão iniciada | Terminar sessão

Proc. nos contact.

Sírta

Terminar sessão

Home Page

Contactos

Calendário

ligue-se  
instanta-  
neamente



Novo | Responder Responder a todos Re-encaminhar | Eliminar Lixo Varrer ▾ Marcar como ▾ Mover para ▾ Categorias ▾ |

RE: parceria de cuidados

Voltar a mensagens |

Linha Rara Adicionar aos contactos  
Para sonia.a.tavares@hotmail.com

12-01-2011

Responder ▾

Os anexos, imagens e hiperligações nesta mensagem foram bloqueados para sua segurança.  
Mostrar conteúdo | Mostrar sempre conteúdo de linharara@rarissimas.pt

Pedido Ref. LR20110100034

Caríssima Sónia,  
Boa tarde,

Antes de agendarmos uma possível vinda à Rarissimas, poderemos falar por telefone, para que nos possa explicar um pouco melhor o projecto que tem em mãos e como pensa que possamos colaborar consigo. Poderá entrar em contacto comigo para o número 707 100 200 (custo chamada local).

Fico a aguardar novidades da sua parte.

Melhores cumprimentos,  
Raquel Castro  
Coordenadora de Projecto

Linha Rara | linharara@rarissimas.pt | Telf.: 707 100 200 | Fax: 21 778 60 99  
Rarissimas - Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras  
Rua das Açucenas, Lote 1, Loja Dta  
1300-003 Lisboa  
www.rarissimas.pt

Um projecto

Com o Apoio

**De:** Sónia tavares [mailto:sonia.a.tavares@hotmail.com]  
**Enviada:** segunda-feira, 10 de Janeiro de 2011 14:52  
**Para:** secretariado@rarissimas.pt  
**Assunto:** parceria de cuidados

Bom dia, Dra Raquel

Desde já agradeço a prontidão na resposta ao e-mail enviado.

Gostaria de marcar uma reunião onde poderei esclarecer o pretendido de forma mais eficaz. Estarei ao dispor.

Sónia Tavares

Tel: 963347709

Obrigada

Escolha  
uma Marca  
e pode  
ganhar  
**1500 €**  
em compras!

ZARA

MASSIMO  
DUTTI

LANIDOR

BERSHKA

BILLABONG

JACK&amp;JONES

C&amp;A

SALSA

Fechar anuncio

© 2011 Microsoft Termos Privacidade Acerca dos nossos anúncios Anunciar Programar para ▾ Categorias ▾ | Centro de Ajuda Comentários Português

Windows Live™ Hotmail (45) Messenger (1) SkyDrive | MSN

Sónia tavares

perfil | terminar sessão

## Hotmail

Novo | Responder Responder a todos Re-encaminhar | Eliminar Lixo Varrer ▼ Marcar como ▼ Mover para ▼ Categorias ▼ |

## A Receber (45)

Pastas

Spam (3)

Rascunhos (3)

Enviado

Eliminado (58)

Nova pasta

Vistas rápidas

Documentos do Office...

Fotografias (8)

Sinalizada(s) (2)

Nova categoria

Messenger (1)

Iniciou sessão no Messenger. Para alterar o seu estado, clique no seu nome no canto superior direito.  
Manter a sessão iniciada | Terminar sessão

Proc. nos contact.

Sirita

Terminar sessão

Home Page

Contactos

Calendário



## Parceria de cuidados

Voltar a mensagens |

Opções ▼

Piedade Líbano Monteiro Adicionar aos contactos

17-01-2011

Para sonia.a.tavares@hotmail.com

Responder ▼

Os anexos, imagens e hiperligações nesta mensagem foram bloqueados para sua segurança.  
Mostrar conteúdo | Mostrar sempre conteúdo de piedadelm@apsa.org.pt

Cara Sónia,

Muito obrigada pelo seu contacto. Claro que estamos disponíveis para colaborar convosco neste trabalho tão importante. Felizmente até á data e neste contexto de Síndrome de Asperger, não temos conhecimento de tais episódios, mas nunca se sabe o que pode acontecer.

Um abraço e muito sucesso

**Mª Piedade R. Líbano Monteiro**Presidente da Direcção  
piedadelm@apsa.org.pt

Largo do Amor Perfeito n.º 9 Loja 1  
Adroana  
2645-630 Alcabideche  
Tel. 214 605 237  
geral@apsa.org.pt  
www.apsa.org.pt

 Antes de imprimir este e-mail pense bem se tem mesmo que o fazer. Há cada vez menos árvores.

**Parabéns ao  
visitante do  
Hotmail!**

Online agora às 19:44

O nosso gerador numérico seleccionou-o como o possível vencedor de um **VALE de COMPRAS** no valor de **1.000 EUR** para:

- El Corte Ingles
- IKEA
- fnac
- Continente

Se foi seleccionado, clique aqui:

[www.vales1000.com.pt](http://www.vales1000.com.pt)

Fechar anúncio

Novo | Responder Responder a todos Re-encaminhar | Eliminar Lixo Varrer ▼ Marcar como ▼

Mover para ▼ Categorias ▼ |