

INTRODUÇÃO

A elaboração do Relatório de Estágio insere-se no 01 Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CMESCJ), no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório para a obtenção do grau de Mestre.

Pretendemos com este trabalho, expor, analisar e refletir o percurso realizado em unidades de prestação de cuidados de saúde diferenciadas, possibilitando assim ao estudante desenvolver um perfil de competências, que lhe permitirão responder com elevado grau de adequação, às necessidades do utente, proporcionando benefícios essenciais para a saúde da população e desenvolvimento da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Entendemos aqui, a competência como um processo dinâmico com uma dimensão sociocultural, estreitamente relacionado com a mobilização de saberes, distinguindo-se em saber-teórico, saber-operacional e saber-fazer operacional (Le Bortef, 2006). Assim ser competente não se resume à aquisição de conhecimentos, mas ao modo como estes se refletem na ação e para a ação. A avaliação da competência depende dos processos, mecanismos e dinâmica colocada em prática pelo profissional, sendo visto em três dimensões essenciais: nos recursos disponíveis que o sujeito mobiliza para agir; na ação e resultados que produz; e por fim na reflexão distanciada das duas dimensões anteriores (Marques,2009).

O período de ensino clínico desenvolveu-se nos contextos de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica, realizado no Hospital Distrital de Santarém, Neonatologia no Hospital São Francisco Xavier e por fim Urgência Pediátrica no Hospital de Vila Franca de Xira, sob a orientação da Sr.^a Prof.^a Regina Ferreira e a supervisão dos Enfermeiros cooperantes nos contextos, tendo por base os objetivos e competências definidos para o CMESCJ, e a área específica de investimento pessoal – Crianças em Risco. Todas as atividades desenvolvidas tiveram como linha orientadora o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011).

A escolha da temática a desenvolver “*Papel do Enfermeiro nos Maus Tratos / Negligência das Crianças – Preocupação Contínua*” surgiu após uma cuidada análise e reflexão sobre

a vivência profissional, de onde emergiram questionamentos sobre o papel do enfermeiro, mas também foi estimulado pela existência de uma maior consciência pública e profissional do problema e sendo cada vez mais evidenciado pelos *media*.

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.º 4º do Regulamento nº 123/2011).

O fenómeno da violência e dos maus tratos sobre as crianças está longe de ser uma problemática recente, já há muito tempo que os menores têm sido alvos de maus tratos. No passado, os modos de tratamento da criança eram tão rudes e brutais, que, sob o olhar atual, eram classificados claramente como maus tratos. De facto, nas últimas décadas os maus tratos na infância têm sido foco de preocupação no meio científico, em virtude de descobertas referentes às graves consequências a curto e longo prazo no desenvolvimento das crianças (Bringiotti, 2000).

A este propósito, para além dos números divulgados pelos órgãos oficiais e de proteção social, um elevado número de casos permanecem anónimos no nosso país (Alberto, 2006). Assim, podemos concluir que em Portugal, à semelhança do que acontece noutros países, a verdadeira dimensão da incidência e da prevalência dos maus tratos infantis continua por revelar.

A notificação de situações de maus- tratos é obrigatória por lei; se os enfermeiros forem detentores do conhecimento, terão certamente mais capacidade para diagnosticar, intervir e promover medidas preventivas. “(...) a atuação do Enf.º é imprescindível, nós enfermeiros precisamos conhecer o problema para atuar de forma terapêutica com a criança e com o adolescente e principalmente com o familiar” (Miikami e Escobar, 2001). Para isso, temos como instrumentos legais de referência o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o REPE, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Constituição da República Portuguesa, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e as orientações da Direção Geral de Saúde e das CNPCJR.

Este relatório tem como objetivo geral:

- Conhecer a intervenção do enfermeiro na prevenção e encaminhamento de situações de maus tratos nas crianças e jovens, com recurso à prática baseada na evidência.

Como objetivos específicos:

- Compreender as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro, na sinalização e encaminhamento de crianças e jovens vítimas de maus tratos.
- Descrever de forma crítica, as atividades desenvolvidas no contexto clínico;
- Analisar a prática com base na evidência científica, mobilizando como metodologia de pesquisa a Revisão Sistemática da Literatura.

Este documento pretende demonstrar o decurso reflexivo do processo de aquisição de competências, promovido pela relação integrada e dinâmica de conhecimentos, exigida na prestação de cuidados de excelência.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1- MAUS TRATOS DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA

Os maus tratos infantis são uma problemática mundial e atual. Constituem um fenômeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte (DGS, 2008). Ainda a fonte supracitada, refere que se trata por isso de um grave problema de saúde pública, em que os profissionais de saúde têm um papel importantíssimo na prevenção, diagnóstico, tratamento e encaminhamento.

Segundo Azevedo e Maia (2006, p.23) “exige uma abordagem interdisciplinar, sistemática e global, quer no domínio do estudo do fenómeno, quer nas ações para o prevenir ou nas respostas aos casos que não foram possíveis evitar”.

O conceito de maus tratos não é consensual, o que torna esta problemática ainda mais complexa, isto porque depende de fatores socioculturais e da própria conceção 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”. Ainda segundo a OMS, maus tratos à criança, por vezes referido como abuso e negligência de crianças, inclui todas as formas de violência física e emocional, abuso sexual, negligência e exploração que resulte em dano real ou potencial para a saúde da criança, desenvolvimento ou dignidade (OMS, 2013). Existe uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, os quais podem apresentar diferentes formas clínicas, por vezes associadas: negligência, mau trato físico, mau trato psicológico/emocional, abuso sexual, Síndrome de Munchausen por Procuração e síndrome da criança abandonada/sacudida (Tomás, 2011). Os indicadores dos maus tratos à criança são de ordem diversa, consoante o tipo de maus- tratos em questão.

1.1.1- Negligência

Segundo DGS (2011), entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “ativa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis cumprirem esse desiderato. Segundo Ramos (2009) citado por Afonso (2013, pág. 33), considera a negligência como “o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento como, a nutrição e vestuário adequados, cuidados médicos e ambiente seguro”.

A negligência pode assumir diversas formas: ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicidade, entre outros. Este tipo de maus tratos pode traduzir-se, entre outras formas, nas seguintes: a criança andar sempre com défices de cuidados de higiene, não usar a roupa adequada à estação do ano ou adoecer com frequência sem receber assistência (Soriano, 2006).

1.1.2 - Maus Tratos Físicos e Psicológicos

Os maus tratos físicos, como o próprio nome sugere, são o protótipo da criança agredida. Inclui o síndrome da criança abandonada, queimaduras, fraturas, traumatismos crânio-encefálicos, lesões abdominais, sufocação, afogamento e intoxicações provocadas (Canha, 2003). O mau trato físico segundo a DGS “resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico” (2011, p. 8).

Na perspetiva de Afonso (2013) é o uso da força ou atos de omissão praticados pelos pais ou responsáveis, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas

evidentes. São comuns murros, agressões com diversos objetos e queimaduras causadas por objetos ou líquidos quentes.

Já para Soriano (2006, p.29) consiste “numa ação não acidental perpetrada pelos pais/cuidadores que provoca ou pode provocar dano físico ou doença na criança”. Como exemplos deste tipo de mau trato podem citar-se os seguintes: o uso do castigo físico como método de disciplina habitual e a agressão física devido a falta de controlo ou a reações de ira dos pais/cuidadores.

Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nas urgências hospitalares, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade.

Os maus tratos psicológicos ou emocionais revelam a incapacidade de proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afetivo, bem como a ausência de afeto, hostilidade verbal, depreciação, ameaça e humilhações frequentes ou situações de grande violência familiar que são indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança e jovem (Canha, 2013). Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança, com frequente repercussão negativa a nível comportamental (DGS, 2011).

A rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas são formas comuns desse tipo de agressão, que não deixam sinais visíveis, mas marcam por toda a vida (Afonso, 2013).

Azevedo e Maia (2006) salientam que estes maus tratos são bastante frequentes, mas difíceis de detetar e acrescentam que a super proteção também pode ser uma forma camuflada de maus tratos.

1.1.3 - Abuso Sexual

O abuso sexual refere-se ao envolvimento da criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha numa posição de poder ou autoridade (Canha, 2003). Magalhães (2002) acrescenta que dado ao estadio de desenvolvimento, o menor não consegue compreender e não está

preparado, sendo incapaz de dar o consentimento informado, o que viola a lei, os tabus e as normas familiares.

Os comportamentos abusivos podem implicar ou não o contato físico. O abuso sexual pode ser com ou sem penetração, assim como toques intencionais em determinadas partes do corpo, sedução verbal, exibição de fotografias ou filmes de caráter sexual, utilização de objetos para excitação, masturbação e/ou exibição de órgãos sexuais à criança (Azevedo e Maia, 2006).

1.1.4 - Síndrome de Munchausen por Procuração

Hockenberry e Wilson (2011) referem que é uma forma rara, porém grave de mau trato infantil, no qual cuidadores deliberadamente exageram ou inventam histórias e sintomas ou induzem sintomas. Na maioria dos casos o perpetrador é a mãe biológica e como resultado da história dos sintomas fornecidos pelo cuidador, a criança tolera exames médicos e procedimentos dolorosos e desnecessários.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico. 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, entre outros (DGS, 2011).

1.2 - FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO NOS MAUS TRATOS

De acordo com a vasta literatura os maus tratos resultam da conjugação de diferentes fatores: Risco; Proteção e Agravamento. Estes interagem entre si e devem ser ponderados durante a avaliação da situação.

Segundo a DGS (2011), o Risco é o conceito mais lato que diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer maus tratos. Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos.

Magalhães (2002) refere que podemos agrupar os fatores de risco em quatro grupos:

- I. Características dos pais (alcoholismo, toxicoddependência, vitima de maus tratos na infância, perturbações no processo de vinculação com a criança (...));
- II. Características da criança (separação da mãe no período neonatal, crianças hiperativas, perturbação de saúde mental ou física (...));
- III. Características do contexto familiar (gravidez indesejada, família monoparentais, isolamento social (...))
- IV. Características do contexto social e cultural (atitudes sociais face às crianças, às famílias e à conduta violenta).

Por outro lado, Alberto (2004) refere outro conjunto de fatores de risco: stress, problemas económicos, conjugais, relações de trabalho, nascimento de outros filhos, entre outros.

Os fatores de proteção incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco, assim como os fatores de agravamento/crises de vida são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos (DGS, 2011).

Segundo o autor supracitado, os fatores de agravamento/crises de vida são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e de proteção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos.

A intervenção baseia-se na observação ativa e continuada da evolução dos fatores de risco, proteção e agravamento e nas respetivas consequências intervindo no aconselhamento e apoio aos pais/ cuidadores no desenvolvimento de competências parentais.

Qualquer entidade ou profissional dum serviço de saúde pode, e deve, tomar as medidas adequadas para assegurar a proteção imediata da criança/jovem em situação de perigo, devendo solicitar a intervenção do Tribunal ou das entidades policiais, conforme estabelece o art.º 91º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo.

Atualmente existem algoritmos, que facilitam deteção dos fatores de risco, proteção e agravamento, sinais de alerta e situações de maus - tratos tanto ao nível dos cuidados de

saúde primários ou hospitalares e que procedimentos devem ser tomados para cada situação.

A consciencialização destes danos prejudiciais, e na tentativa de minimizar este impacto decorrente dos maus tratos e por vezes na hospitalização, têm sido efetuados inúmeros esforços, desde a criação de políticas de saúde até a aplicabilidade de modelos Cuidados que minimizem estes fatores.

1.3- NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado. Cabe aos profissionais de saúde detetar estes problemas através de sinais ligados aos cuidados deficitários de higiene, alimentação, afeto ou saúde, situações traumáticas e também problemas emocionais e qualquer indício físico de que tenha ocorrido abuso sexual.

Tendo como assente que a intervenção nestas situações é obrigatoriamente multidisciplinar, importa que cada profissional interveniente seja capaz de atuar de forma articulada com os restantes, evitando-se o mais possível intervenções repetidas, por isso, é fundamental conhecer as competências de cada par neste processo (Magalhães, 2010). De acordo com a mesma autora, a investigação não deve causar dano ou *stress* para a vítima. Só uma articulação correta poderá permitir colaborar, efetivamente, na proteção (diagnostico de situação, orientação do caso, prevenção da revitimização e promoção da reabilitação) e na intervenção criminal (sinalização do casos, preservação de relatos e vestígios e orientação para os exames médico-legais e forenses).

Atualmente, em Portugal, a ação da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/1999, de 1 de Setembro, alterada pela Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto) promove os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral. Prevê uma atuação multidisciplinar e segundo três níveis de intervenção que se articulam e complementam. No primeiro nível, intervêm as entidades com competência em matéria da infância e juventude, ou seja, as que têm ação privilegiada em áreas como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros, tendo em vista a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens. No segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas atuar de forma

adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a ação da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), nas quais a saúde também participa. No terceiro nível, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo (DGS,2011).

Neste âmbito, verificamos que os serviços de saúde, enquanto instâncias de primeiro nível, adquirem relevo particular. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a agir quando não for possível aos primeiros remover o perigo, isto é, após terem sido esgotados todos os seus meios e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o princípio da subsidiariedade.

1.4. - NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A realidade dos maus tratos difere de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de região para região, de comunidade para comunidade, de família para família. Porém, como já foi abordado, segundo Aveiro (2010), existe um conjunto de fatores que poderão potenciar a sua existência (fatores de risco) ou diminuir a ocorrência do fenómeno (fatores protetores). Assim, a realização de um programa de prevenção que se pretenda eficaz implica a implementação de medidas particulares para cada um destes sistemas procurando para todo o caso específico a diminuição dos fatores de risco.

Na prevenção, consideram-se três níveis:

- Prevenção primária -prestação de serviços à população em geral, tendo como finalidade evitar a manifestação de situações de maus tratos);
- Prevenção secundária (despistagem de grupos sociais, famílias ou indivíduos que possuem um conjunto de características específicas que permitirão classificá-los como sendo de alto risco para o desenvolvimento do fenómeno dos maus tratos);
- Prevenção terciária (prestação de serviços a vítimas de maus tratos para minorar a gravidade de sequelas, procurando-se a reabilitação das vítimas) (Magalhães, 2005 e Azevedo; Maia, 2006).

Estes três níveis necessitam de ser trabalhados numa perspetiva integrada para o combate ao problema. Por conseguinte, as estratégias a implementar devem basear-se

num conhecimento aprofundado de cada realidade e partir de uma ação conjunta entre governo e organizações não-governamentais nacionais e internacionais ligadas à situação, visando melhoria das alterações económicas, culturais e normativas importantes para evitar situações disfuncionais, potenciadoras de violência. Porém, os processos de prevenção encontram sérias limitações na própria especificidade do fenómeno que procuram prevenir. Outros fatores a ter em consideração: a necessidade de ajustamento às características individuais dos pais, das crianças e das relações familiares; a escassez dos recursos disponíveis; as modalidades de avaliação da validade e fiabilidade dos programas; e a dimensão técnico-operativa de um paradigma que se baseia na interdisciplinaridade e transversalidade de políticas e práticas sociais sustentadas não em instituições, mas em programas e projetos (Magalhães, 2005, citado por Aveiro 2010).

1.5-PARCERIA NOS CUIDADOS À CRIANÇA

Os cuidados centrados na família, são uma realidade, valorizando a importância da permanência da família junto da criança, para a melhoria do seu estado de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá ao bem-estar e a saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright e Leahey, 2002).

São vários os documentos reguladores da nossa profissão que referem a importância da família, tais como Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem (2011), a Ordem dos Enfermeiros (2010) quando nos diz que ao Cuidar em Enfermagem da Criança e do Jovem, nos diversos contextos remete para uma abordagem centrada na Criança/Jovem e Família, implicando um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas.

Os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a sua força e competência, desenvolvendo uma parceria com os pais (Hockenberry e Wilson, 2011).

1.5.1- Modelo de Parceria de Anne Casey

Em 1988, Anne Casey (enfermeira neozelandesa) desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família um modelo de cuidados pediátricos “Modelo da Parceria de Cuidados” em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada.

Este modelo, denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho, e impulsionou novas formas da organização da assistência à criança hospitalizada, ampliando o foco de atenção em Enfermagem e exigindo deste corpo de profissionais olhar a família como objeto do cuidado, num processo de produção de relações e intervenções, que vão para além do atendimento clínico (Collet e Rocha, 2004).

A família é considerada o local privilegiado dos cuidados, pois é no seu seio que o indivíduo não só recebe cuidados, como aprende a cuidar hábitos de saúde/doença. Assim, sendo a família o grupo de pessoas que primeiro nos dispensa o cuidado durante toda a nossa existência, é natural esperarmos que nos acompanhe também durante uma situação de doença (Lopes, 2012).

Sendo assim a presença do familiar é fundamental no cuidado, pois afigura-se como fonte de proteção e segurança para a criança hospitalizada; permite a prossecução do seu papel; possibilita uma relação de estímulos agradáveis, tornando o ambiente menos agressivo; e contribui para o fortalecimento de laços afetivos, de compreensão, amor e cuidado (Silva e Correa, 2006).

A autora refere, ainda, que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspetiva ninguém melhor que os pais para os desenvolverem.

Este modelo, segundo Lopes (2012) engloba cinco conceitos fundamentais, sendo eles:

- Criança

Casey afirma que desde o nascimento a criança se encontra dependente de outras pessoas para a satisfação das suas necessidades. A maioria delas é satisfeita em aliança com os pais ou outros familiares. A criança, à medida que cresce, desenvolve capacidades e adquire conhecimentos, que a tornam capaz de dar resposta às suas próprias necessidades. Este percurso permite-lhe, gradualmente, tornar-se menos dependente dos seus prestadores de cuidados até atingir a independência total.

- Saúde

É definida por Casey como o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar presente a todo o tempo, permitindo que a criança atinja o seu máximo potencial. Defende, ainda, que a existência de qualquer alteração não identificada, ou não corrigida, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança.

- Ambiente

O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por inúmeros estímulos que têm origem no ambiente que a rodeia. Casey considera que aqueles que têm origem em estímulos externos, isto é, fora do que é próprio à criança, surgem em consequência do ambiente a que está sujeita. Assim, estes estímulos devem ser imbuídos de amor e cuidados para que a criança se possa sentir segura e confiante, para desenvolver a sua independência.

- Família

Este conceito, no modelo de Casey, é definido como uma unidade de indivíduos com maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma influência forte no seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros. Os cuidados prestados pelos pais ou outros familiares, são denominados cuidados familiares e incluem todos os cuidados prestados para satisfazer as necessidades quotidianas da criança.

- Enfermeiro Pediátrico

Casey determina que o “papel do enfermeiro” pediátrico contém uma série de responsabilidades que o mesmo terá de assumir, de forma eficiente, enquanto profissional de cuidados de saúde. O enfermeiro pediátrico é responsável pelas atividades de cuidados de enfermagem/familiares, desde ensino, orientação e apoio em técnicas; transmissão de conhecimentos aos membros da família; encaminhamento para outros profissionais.

De acordo com a autora supracitada, o enfermeiro apenas deveria prestar cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, estimulando os pais a prestar todos os cuidados. Contudo, esta abordagem de cuidados é flexível, sendo que, no cuidado à criança e em função das circunstâncias familiares, haverá ocasiões em que o enfermeiro

desempenha atividades de cuidados familiares e outras em que os pais, com ensino, instrução e supervisão do enfermeiro, tomam a seu cargo algumas atividades de cuidados de enfermagem.

A literatura refere também dois elementos que facilitam esta parceria (Casey (1993) citada por Mano (2002)):

- Cuidados centrados na criança e família - consiste em dar poderes à criança e família, partilhando informações e conhecimentos, capacitando-os para a tomada de decisão e prestação de cuidados;
- Cuidados negociados - a relação terapêutica construída entre o enfermeiro e os pais, com base na confiança e respeito mútuos. O processo de negociação conduz a um plano de cuidados com acordo mútuo e a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um.

Menciona ainda que existem fatores que influenciam a parceria de cuidados, sendo eles: a relação de parceria entre o enfermeiro e os pais, a cultura organizacional e o método de organização de trabalho de Enfermagem. A relação de parceria entre o enfermeiro e os pais é fundamental para estabelecer esta relação é “o dar poder” à família, através da partilha de conhecimentos e informações; a cultura organizacional é fundamental o enfermeiro que presta cuidados em parceria, deve exemplificar e refletir os atributos e as qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria; assim como, o método de organização do trabalho de enfermagem ou seja, o método por enfermeiro de referência, pois só assim é possível a existência de um enfermeiro que estabeleça com a família uma relação de confiança. Este é um dos fatores que mais influencia a parceria de cuidados.

Na operacionalização deste modelo, é necessário efetuar uma colheita de dados completa que abranja não apenas a criança mas também a família. Esta informação irá permitir ao enfermeiro, identificar os focos de atenção da prática de enfermagem da criança e dos seus pais, determinar os resultados esperados e implementar as intervenções de enfermagem mais adequadas para dar resposta às necessidades previamente identificadas. É durante o planeamento que se vai gerir o processo de negociação, o qual deve estabelecer quem é que vai prestar os cuidados familiares e de enfermagem, assim como o nível de envolvimento dos pais nesses cuidados. É, ainda, nesta etapa que se determinam os objetivos dos cuidados de enfermagem e os planos para ensino e apoio aos pais. Por fim, na fase da avaliação, são identificados e registados os resultados das intervenções e, eventuais, alterações de planos com a

família, e efetuada uma reavaliação das necessidades da criança e da família, no sentido de identificar novas necessidades.

Como parceiros do cuidar, os familiares poderão ter um papel ativo na prestação de cuidados à criança, assim como no processo de tomada de decisão e na mobilização de recursos. No entanto, para que isto aconteça, cabe à equipa de enfermagem, valorizar a comunicação e a considerarem um instrumento fundamental na transmissão de informação. A comunicação com as famílias é imprescindível, pois estas têm que ser informadas e ensinadas sobre os cuidados à criança doente para que possam decidir, elas próprias, sobre a extensão do seu envolvimento e participação nos cuidados (Lopes 2012).

A participação da família é a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, e a negociação entre a tríade criança, família e equipa é um fator essencial na participação parental e no desenvolvimento de cuidados centrados na família.

De salientar que a negociação deve ser sempre considerada dentro de cada situação em contexto, sendo, por isso, importante conhecermos e compreendermos a individualidade de cada criança e de cada família, de forma a atendermos às suas necessidades e possibilidades.

2- ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES

Ao longo dos tempos, a Enfermagem tem vindo a consolidar-se enquanto ciência, procurando a sua identidade, reconhecimento e autonomia. Cuidar de alguém implica um conhecimento abrangente do utente e da família, segundo as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, este utiliza um método concetual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como benéfico para os seus cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Desta forma, a problemática em estudo obriga á análise sobre o desenvolvimento das crianças e a uma maior consciencialização pública sobre a necessidade de proteção na infância e à família.

Os maus tratos são uma realidade frequente do quotidiano. Sabe-se que estes colocam em perigo a saúde física e mental das crianças que os sofrem, comprometendo deste modo a sua qualidade de vida e bem-estar, quer no presente, quer no futuro, uma vez que as sequelas resultantes são frequentemente irreversíveis (Azevedo e Maia, 2006). Seguindo esta linha de pensamento, percebemos que a proteção física e psicológica das crianças constituem condições essenciais, sob risco de o desenvolvimento “saudável” ficar comprometido.

Avaliando na verdadeira dimensão os maus tratos em crianças e jovens percebemos que estes envolvem muito mais que as vítimas e os agressores. Envolve também a vida dos profissionais que cuidam da saúde e do bem-estar das crianças e famílias, dos professores, polícia, governantes e de todos os cidadãos que se preocupam com a vida da sua comunidade, ou seja, estamos perante um problema social.

Segundo a bibliografia, deparamo-nos com algumas dificuldades na identificação e diagnostico destas situações, porque frequentemente as vitimas não os revelam, ocultando-os até, mas também porque existem situações de vitimização em que não se consegue apurar a existência de vestígios físicos ou biológicos que permitam comprovar o abuso ou maus tratos, o que não significa que não existam (Magalhães, 2012).

Foi com o sentimento de preocupação que parti para os contextos de estágio, mas ao mesmo tempo, desejoso de dar o melhor contributo pessoal e profissional, para que a identificação e o diagnóstico precoce destas vítimas seja uma realidade. Não esquecendo porem, que para compreender o que é, e o que não é, abuso/ maus tratos, face a uma situação concreta exige quase sempre a intervenção de uma equipa multidisciplinar, bem articulada e experiente, para a formulação do diagnóstico e a responsabilidade para quem o faz (Magalhães, 2012).

Foi elaborado um projeto individual de estágio comum aos três contextos (ANEXO I) com o intuito de organizar as atividades a desenvolver, de forma a agilizar o processo de aprendizagem e aquisição de competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de Enfermagem.

O projeto foi baseado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento N.º 122/2011, de 18 de fevereiro de 2011), o Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de fevereiro de 2011). Para além de ser uma das formas de avaliação, este relatório possibilitou efetuar uma análise crítica do desempenho e do desenvolvimento das competências durante o processo de aprendizagem, assim como, refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo uma ascensão a nível do pensamento reflexivo e autocritico, relativo ao percurso pessoal e profissional. Os principais objetivos traçados são:

- ✓ Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e jovem;
- ✓ Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, mais precisamente com crianças vítimas de maus tratos.

2.1-ESTÁGIO EM PEDIATRIA

Pretendeu-se com este estágio, o aprofundamento de saberes, aptidões e competências que habilitem para a prestação e gestão de cuidados especializados na área da Saúde Infantil e Pediátrica a nível do internamento nas valências de medicina e cirurgia.

O estágio decorreu no Hospital Distrital de Santarém, EPE, este serviço visa a excelência de todas as atividades na prestação de cuidados de saúde a crianças e adolescentes da sua área de abrangência em articulação com as restantes instituições de saúde, valoriza a formação contínua dos seus profissionais e preocupa-se com um ambiente de qualidade e segurança para os utentes e profissionais.

O serviço de internamento pediátrico localiza-se no oitavo piso, com uma lotação de 13 camas, tem características polivalentes, recebendo crianças com patologias do foro médico e cirúrgico até aos 18 anos.

Na primeira semana de estágio procuramos consultar e analisar os documentos do serviço que definiam a missão do serviço, organização e método de trabalho, todos os protocolos relacionados com a prática de cuidados de enfermagem e respetivos registos, bem como a articulação com os restantes serviços, atingindo as atividades planeadas para o decorrer temporal do estágio.

Durante o ensino clínico prestamos cuidados a crianças de diferentes idades e com as doenças comuns típicas da idade infantil, adquirindo assim novos conhecimentos e desenvolvendo competências no âmbito da prestação de cuidados. Foi possível prestar cuidados de enfermagem a crianças em situação de doença infecciosa e com infeções respiratórias, mas também internadas para cirurgia pediátrica e ortopédica. A maior parte destas situações são de doença aguda requerem internamentos de curta duração. Assim, a diversidade de situações com que pudemos contactar, permitiu desta forma intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.

Cuidar da Criança e do Jovem, nos diversos contextos, remete para um conhecimento baseado numa abordagem centrada na criança e família, implicando um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta idade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A criança precisa de ter ao seu dispor recursos, que sejam do seu domínio, para se expressar e vivenciar a experiência da ida ao hospital. Nessa perspetiva, vários estudos apontam para a importância da presença do brincar, durante o período de doença e internamento hospitalar. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, pelo seu papel na prestação de cuidados especializados à criança/família, tem um papel preponderante na aplicação do brinquedo terapêutico, como promotor de saúde.

São muitas as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que trabalham com crianças para diminuir o medo das mesmas, sendo estas fundamentais para a exteriorização e verbalização dos medos, bem como para o estabelecimento de uma comunicação com a criança. As estratégias mais comuns passam por envolver os pais/família na explicação do procedimento, explicar os procedimentos de acordo com a idade e proporcionar um ambiente acolhedor e informal (Silva, 2011).

Neste serviço de internamento, existe uma sala de tratamento para a realização dos procedimentos invasivos, valorizando assim o conceito de ambiente seguro em pediatria. Na preparação para o procedimento doloroso, têm-se em atenção a idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo, adequando a linguagem e as estratégias a utilizar (redução do barulho, massagem terapêutica, sucção não nutritiva, aleitamento materno, brincar, distração, reforço positivo, imaginação guiada, musicoterapia, entre outros), em função disso e também das necessidades dos pais. Para a criança e jovem, a doença e a hospitalização representam dor e sofrimento porque não possuem os mecanismos necessários para enfrentar a situação de crise que a doença representa (OE, 2013).

São várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança utilizadas neste serviço. Segundo a OE (2013), a sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva). Sendo esta uma área de intervenção pouco explorada foi uma mais-valia os momentos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal, que levou a uma reflexão informal com os pares.

A brincadeira, nas suas muitas formas, é um componente essencial na vida da criança, tanto na saúde como na doença sendo essencial que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica pela sua própria abrangência profissional e competências técnicas e pessoais, o utilize como principal veículo da sua intervenção

Assim, durante este estágio foi possível desenvolver as minhas capacidades de comunicação utilizando técnicas apropriadas à idade e também às características individuais e mesmo culturais de cada criança e família.

A doença e a hospitalização constituem assim uma crise importante na vida da criança e sua família. Elas são particularmente vulneráveis às crises de doença e hospitalização, deste modo a inclusão da família no processo de cuidar foi uma preocupação durante

esta aprendizagem. A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá ao bem-estar e a saúde aos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright e Leahey, 2002).

A necessidade de os pais participarem nos cuidados de saúde dos seus filhos tem sido reconhecida por diversos autores. Em 1988, Anne Casey (enfermeira neozelandesa) desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família um modelo de cuidados pediátricos “Modelo da Parceria de Cuidados” em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. A autora destaca no seu modelo um princípio fundamental: reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Na situação de doença para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção estímulo e amor, reconhecendo-se aqui a primazia do papel da família, nomeadamente dos pais (Casey, 1993, citada por Mano, 2002). Segundo Diogo (2001, p.19) os pais, ao serem confrontados com a doença e hospitalização da criança sentem-se desprotegidos e ameaçados, têm dificuldades em lidar com esta situação e, normalmente desencadeiam determinadas reações como negação, raiva e culpa, este modelo vai de encontro à necessidade da família se sentir apoiada e colaborar nos cuidados. De uma forma geral, este processo cíclico, ao ser implementado na prática permite conhecer as necessidades de cada criança/família, estabelecer intervenções personalizadas destinadas a resolver os seus problemas específicos, implementar as intervenções e, por fim, avaliar os resultados obtidos que poderão levar a novos dados que serão incorporados no plano de cuidados da família.

Todo o processo de planeamento, execução e avaliação das intervenções projetadas em função dos diagnósticos de Enfermagem são realizados no SClínico o que foi muito facilitador, uma vez que já utilizávamos este sistema de informação, foi só mobilizar os diagnósticos, os focos e as escalas específicas da enfermagem Pediátrica.

Todas as intervenções planeadas foram desenvolvidas, de uma forma positiva sempre com o apoio e orientação da enfermeira cooperante. A nível das competências do domínio da gestão dos cuidados e da gestão do serviço e dos recursos, teve privilégio de passar um turno com o segundo elemento da Equipa de Enfermagem, que por ausência da Enfermeira Chefe, era este que assumia o seu papel, percebendo a dinâmica da

gestão a nível de stocks farmacêuticos e material clínico, elos de ligação, notificação de eventos, recursos humanos e horários.

Ao desenvolver objetivo “Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, mais precisamente com crianças vítimas de maus tratos” neste contexto, foi necessário saber o que a instituição desenvolvera nesta área tão específica e importante.

Todas as Instituições do Serviço Nacional de Saúde têm, Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) que se articula com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), assim de forma a perceber todos os procedimentos e como são realizadas as notificações de maus tratos, foi realizada uma entrevista semiestruturada ao Sr. Enfermeiro membro e responsável do NACJR (ANEXOII). Após analisar os seus conteúdos, percebe-se que já há um grande trabalho desenvolvido a nível de Direção Geral de Saúde (DGS), mas a instituição com apenas um ano ainda têm um longo caminho para percorrer. Citando as palavras do entrevistado “os próprios profissionais da prática, ainda não dominam plenamente a área da “Criança em Risco”, por diversos fatores, sobretudo de tempo, sendo pertinente a formação de pares. É urgente e importante a uniformização de procedimentos e a atuação conjunto”. Sendo a formação também uma área de atuação do enfermeiro especialista, propusemo-nos realizar uma formação para os enfermeiros sobre esta temática (ANEXO III) com a respetiva planificação da formação (ANEXO IV).

Aos serviços é atribuída a responsabilidade de treino dos profissionais de saúde na identificação precoce das crianças em risco, diagnóstico das situações de risco de maus tratos, tratamento das vítimas e orientação para as estruturas de proteção adequadas (Martins, 2008:25).

A descodificação do tema dos maus tratos infantis constitui uma exigência da sociedade atual com necessidade perentória de esclarecer a real dimensão do problema, incidência, identificação de risco, impactos e repercussões. Assim foi realizado um convite para a formação que foi distribuído a todos os interessados em participar (ANEXO V) assim como colocado nos Serviços de Pediatria (Internamento e Serviço de Urgência Pediátrica) um cartaz elucidativo à formação (ANEXO VI). No final da sessão foi feita a avaliação da formação (ANEXO VII) e entregue um certificado de presença (ANEXO VIII) no final. Esta formação foi considerada de muito pertinente, teve uma boa adesão, foi um momento de partilha de esclarecimento e consciencialização por parte dos intervenientes. Foi cumprida a sensibilização para a importância da identificação e diagnóstico da

situação de risco, mas também o estarem atentos para detetar fatores de risco, fatores psicológicos e físicos de maus tratos.

Foi salutar sentir o envolvimento dos profissionais neste tema, partilhando o meu interesse e preocupação por esta problemática que é de todos e cabe-nos a nós enfermeiros, salvaguarda dos direitos das crianças e proteção de qualquer forma de abuso, tal como o dever da formação permanente estão também consagradas no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Concordando com Gonçalves (2014), os profissionais de saúde têm um protagonismo especial na prevenção, deteção precoce dos maus tratos às crianças e no seu tratamento, enquanto conjunto de intervenções legalmente definidas, desde a sinalização à reintegração social da criança/jovem, com evicção do risco e/ou perigo. Os contextos onde exercem funções assumem-se como locais de observação privilegiados.

2.2 - ESTÁGIO EM NEONATOLOGIA

O segundo contexto de estágio realizou-se no serviço de Neonatologia do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) é uma unidade de apoio perinatal diferenciada com tecnologia sofisticada e distinta para garantir cuidados de excelência a quem presta cuidados.

A unidade de neonatologia possui quatro salas: uma unidade de cuidados intensivos pediátricos, uma unidade de cuidados intermédios neonatais com berçário, uma sala de cuidados intensivos neonatais e uma sala de isolamento. A sala de cuidados intermédios neonatais tem capacidade para 12 crianças em berçário/incubadora. A sala de cuidados intensivos pediátricos não se encontrando em funcionamento. A sala de isolamento tem capacidade para uma criança para uma utilização direcionada para situações de cuidados paliativos.

Ao nível de estrutura funcional a sala de cuidados intensivos neonatais tem capacidade para cinco crianças, apesar de poder ter uma utilização efetiva de nove vagas, dependendo das dotações seguras e do número de enfermeiros por equipa. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2014) o cálculo de dotação de enfermeiros deve ser ajustado à realidade de cada organização de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas.

Ao nível organizacional a equipa de enfermagem divide-se em cinco subequipas *A, B, C, D, E* para uma distribuição dos enfermeiros mais eficiente e eficaz baseada na

experiencia e formação profissional. Cada turno tem um chefe de equipa, correspondendo essa tarefa a um enfermeiro especialista.

O registo informático de enfermagem é o *Sclinico*, com linguagem CIPE. A intervenção desenvolvida em parceria com os pais, tem por base o Modelo Teórico de Parceria nos Cuidados de Anne Casey, com recurso à CIPE.

Nesta instituição o papel do enfermeiro especialista encontra-se bem definido e é reconhecido pela equipa multidisciplinar e pessoa/ família, porque o enfermeiro especialista, demonstra através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 122/2011, de 18 de fevereiro).

Tendo em conta as expectativas existentes para o ensino clínico, podemos afirmar que decorreu de forma enriquecedora sendo uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento das competências programadas no projeto. Não descurando, também o empenho da equipa multidisciplinar e transdisciplinar que se mostrou receptiva e nos fez sentir como um elemento da equipa. De enaltecer também o apoio da enfermeira cooperante, proporcionando e partilhando todos os momentos de aprendizagem e de reflexão.

Durante as cinco semanas que decorreram este estágio, foi necessário um grande investimento a nível de pesquisa bibliográfica, sendo uma área diferenciada e com técnicas muito específicas: Ventilação mecânica invasiva e não invasiva, técnicas de hemodialise e hemodiafiltração, entre outras.

A hospitalização da criança é vista como uma situação crítica para os pais e para toda a família, relacionada com a mudança do ambiente físico e psicológico, separação dos restantes familiares, interrupção das atividades quotidianas, entre outros (Hopia, Tomlinson e Paavilainen, 2005).

A Ordem dos Enfermeiros (2010), numa reflexão que faz sobre os cuidados à criança refere que esta é “um ser vulnerável, facto que não deverá impedir o interesse e compreensão da sua vontade, consagrando-se o maior respeito e o dever de lhe proporcionar condições favoráveis a um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como os principais promotores desse desenvolvimento”. Neste contexto ainda mais complexo a nível da neonatologia, nascer prematuramente carece na maioria das vezes da separação obrigatória logo a seguir ao nascimento o que pode interromper o processo de vinculação entre o recém-nascido e os pais

Para Mercer (2010), citado por Barros (2015), tornar-se mãe e pai envolve a transferência de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova. Esta transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova concepção do *Self*.

A mesma autora confirma, adjetivando também esta experiência como uma crise, marcada por instabilidade e desequilíbrio familiar. Segundo a autora, trata-se de uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, frequentemente de prognóstico incerto, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não têm nenhum controle, e no qual são frequentemente observados, avaliados e aconselhados por um conjunto diversificado de técnicos.

Sendo o recém-nascido prematuro um parceiro claramente diminuído, vulnerável e pouco competente, ele irá desencadear nos pais emoções complexas de medo, ansiedade, raiva, culpabilidade, sendo que alguns pais sentem mesmo uma incapacidade de olhar para ele.

A interação pais-bebê fica inevitavelmente comprometida, uma vez que, o RN necessita cuidados especiais imediatos que o distanciam fisicamente dos seus progenitores (Barros, 2015).

A aparência física do recém-nascido no que se refere a dissemelhança entre o bebê idealizado e o real interfere no desenvolvimento da vinculação entre pais/filho. Os ruídos, as luzes intensas e contínuas, as rotinas diárias bem como os procedimentos invasivos, são fatores que interferem em todo o processo familiar. Neste contexto, enfatizou os pais a revelarem seus medos, dúvidas e receios de forma a compreender as próprias necessidades e permitir o desenvolvimento pessoal e relacional.

Assim e em concordância com a equipa e a enfermeira cooperante realizamos um poster sobre o Método do Canguru (ANEXO IX). Este método promove a relação mãe/filho, reduzindo o tempo de separação entre eles; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infeção hospitalar; reduz o *stress* e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurológico, comportamental e psicoafectivo do recém-nascido; proporciona um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar.

Todas as competências planeadas foram desenvolvidas e adquiridas, mas não podemos deixar de referir alguns constrangimentos a nível da dificuldade de conjugar os horários com a atividade profissional e pessoal.

Neste contexto o Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, mais precisamente com crianças vítimas de maus tratos, não foi desenvolvido, mas todas as situações de aprendizagem e reflexivas foram sem dúvida uma mais - valia para o desenvolvimento pessoal e profissional. O enfermeiro na sua atividade diária deve ter especial cuidado aos casos menos habituais, é através dos conhecimentos adquiridos durante as vivências pessoais e profissionais que se efetiva a gestão dessas situações. Como refere Hesbeen (2001: 27), “O prestador de cuidados é um perito porque dispõe de diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da experiência profissional.”

O contexto do cuidar em neonatologia não era conhecido, mas foi um grande desafio pelas possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências técnicas e relacionais.

2.3 – ESTÁGIO EM URGENCIA PEDIÁTRICA

O último contexto de estágio realizou-se no Hospital Vila Franca de Xira (HVFX). É um hospital público, que, desde 1 de junho de 2011, é gerido através de um modelo de parceria entre o Estado Português e o Grupo José de Mello Saúde.

O Hospital tem como missão genérica a promoção e a prestação de serviços de saúde à população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, assim como a qualquer cidadão em situação de emergência médica, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente do melhor.

Tal como nos outros campos de estágios a integração é um aspeto fundamental pois condiciona o desempenho e a forma de estar ao longo do estágio. Desta forma, esta permitiu compreender a organização e âmbito de funcionamento do Serviço de Urgência, enfatizando a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). Deparei com um serviço bem organizado, onde existem protocolos instituídos e uma articulação estreita com os vários serviços, desenvolvendo cuidados especializados, e foi com satisfação que pudemos observar, a adaptação das suas intervenções em contexto de Urgência / Emergência.

Demonstrar capacidade de prestar cuidados perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da Saúde Infantil e Pediatria, avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva profissional avançada e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, foi o desafio deste contexto que conseguimos superar com a supervisão da Enfermeira Cooperante e restante equipa. Foi sem dúvida benéfica a experiência profissional dentro desta área e também a formação pessoal em Urgência/ Emergência: Suporte Avançado de Vida Pediátrico; Trauma e Triagem de Manchester.

O sistema informático integrado, existente na instituição permite uma gestão da informação mais eficiente em todos os serviços do Hospital, a qual se reflete numa melhoria considerável do atendimento aos utentes, nomeadamente a redução dos procedimentos e na medida em que há uma uniformização aplicacional e de processos.

O sistema HIS da Glintt, foi uma novidade, mas que rapidamente se tornou claro, de fácil compreensão e utilização.

Durante o período de ensino clínico em contexto de urgência pediátrica, no sentido de partilhar e incentivar a reflexão sobre o cuidar da criança vítima de maus tratos no momento da admissão hospitalar, conseguiu-se em momentos informais diagnosticar as dificuldades da equipa através da partilha de experiências e conhecimentos. É notória a sensibilização dos profissionais de saúde perante este tema, mas não têm qualquer apoio pelo NACJR ou CPCJ que se encontram em formação. Desta pesquisa surgiu um contato informal com a Enfermeira Coordenadora NACJR que reforçou a pertinência desta temática e sugeriu que fosse elaborada uma folha de registo com os tipos de maus tratos e sua caracterização, sinais e sintomas e tipo de encaminhamento (ANEXO X).

Para os profissionais da saúde, a habilidade para diferenciar indícios de maus tratos de outras doenças são de fundamental importância, mas nenhum profissional isolado pode ser responsável pelo diagnóstico e proteção de uma criança em risco de maus tratos, mas as suspeitas devem ser partilhadas na fase inicial para que possam ser confirmadas e implementadas medidas de intervenção e suporte antes que a situação atinja um dano grave e irreversível para a vítima todos temos o dever de cooperar, manter-nos atentos e informados de forma a intervir nuns e prevenir outros (Martins, 2008).

No decorrer do ensino clínico foi sua preocupação, negociar a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, dando resposta à unidade de competência “ Implementa e gere, em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime

terapêutico” (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro). Assim como promoveu a comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estadió de desenvolvimento e à sua cultura, foi uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista valorizada e desenvolvida durante a prestação de cuidados, considerando que é uma competência fundamental no cuidar em Enfermagem.

O acolhimento da criança/jovem e família foi sempre valorizado, uma vez que é nesse momento que se inicia uma relação de confiança com a criança/jovem e família, este representa um momento oportuno para conhecer melhor a criança e sua família, seus hábitos e comportamentos. É também neste momento que o profissional de saúde deverá insistir numa recolha de dados objetiva, para obter uma avaliação inicial o mais completa possível (Jorge, 2004).

De todos os períodos de ensino clínico, o contexto de urgência/emergência foi o mais motivador pela diversidade de situações de aprendizagem, aquisição de competências em situação de emergência, desenvolvimento de intervenções independentes e interdependentes, transferência criança doente para os serviços, meios auxiliares de diagnóstico, reflexão e partilha de conhecimentos com os pares e a vontade de crescer mantendo a qualidade dos cuidados no patamar da excelência.

3-REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Sendo a enfermagem uma profissão que exige uma constante atualização de conhecimentos para melhor responder às constantes necessidades das pessoas, o recurso à prática baseada na evidência permite integrar as melhores evidências de investigação à capacidade clínica do profissional e à preferência da pessoa e tendo em atenção a temática sobre os maus tratos na criança é necessário intervir no risco para prevenir a evolução para o perigo; evitar a recorrência (DGS, 2011); a prevenção dos maus tratos constitui a principal prioridade em todo o processo de proteção das crianças e jovens e é um dever dos profissionais, visando assegurar que estas possam usufruir do seu lugar na infância (Santos, 2009).

3.1-METODOLOGIA DE PESQUISA

Ao longo dos tempos a Enfermagem tem vindo a consolidar-se enquanto ciência, procurando a sua identidade, autonomia e reconhecimento na sociedade. Enquanto Enfermeiros Especialistas, devemos basear a nossa intervenção nas evidências científicas mais atualizadas, sendo por isso importante recorrer a métodos científicos como é a revisão sistemática de literatura.

Na elaboração desta revisão sistemática da literatura, foi utilizado o método designado de PI[C]OD descrito nos protocolos de revisão sistemática (Participantes, Intervenções, (Comparações), *Outcomes* e desenho de estudo), e que consiste nos aspetos basilares a incluir na formulação da questão de investigação, na definição de critérios de inclusão e exclusão, e, conseqüentemente, na constituição da amostra (Ramalho, 2005; *Centre for Reviews and Dissemination*, 2009; *Cochrane Collaboration*, 2011).

Assim, surge a pergunta PI[C]O:

“Crianças e jovens em risco (P):importância da intervenção do enfermeiro (I) na prevenção e encaminhamento (O) de situações de maus tratos?”

Após a definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua origem tem a identificação das palavras-chave.

Os termos apurados no contexto desta metodologia, foram submetidos à plataforma DeCS Server (Descritores em Ciências da Saúde) (2016, <URL: <http://decs.bvs.br>), que funciona em língua portuguesa. Após validação, obtém-se os seguintes resultados:

- Enfermeiro - Nurs*
- Maus Tratos Infantis - Child Abuse and neglect
- Prevenção - Prevention
- Crianças em Risco - Risk

Progredindo no processo, foram definidos critérios de inclusão/ exclusão de artigos a estudar. Serão os critérios selecionados que constituirão o filtro que direciona a resposta à questão definida, de forma também a integrar e delimitar os aspetos das várias unidades curriculares que se pretende estudar:

Quadro nº1- Critérios de Inclusão/Exclusão de Artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Incluídos artigos publicados entre Janeiro de 2012 e Março de 2017 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de Janeiro de 2012 (não inclusive)
Incluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças e jovens em risco	Excluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças sem fator de risco associado ou sejam de faixa etária a partir de adultos.
Incluídos artigos publicados que analisem/estudem o papel do enfermeiro perante as crianças e jovens em risco e/ou vítimas de maus tratos.	Excluídos artigos publicados que não analisem/estudem o papel do enfermeiro perante as crianças e jovens em risco e/ou vítimas de maus tratos.

No estadio seguinte da revisão sistemática da literatura, e depois de encontrados os descritores, selecionaram-se as bases de dados científicas a consultar: CINAHL Plus with

Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, através da EBSCOhost Web. A pesquisa foi efetuada a 27 de março de 2017, às 15H:19 e foram definidos os seguintes limitadores de pesquisa para cada base de dados (Quadro nº2)

Quadro nº2-Limitadores de Pesquisa na Base de Dados

Base de dados	Limitadores aplicados
CINAHL Complete	Texto completo; Referências disponíveis; Data de publicação: 20120101-20170331; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Primeiro autor é enfermeira; Texto completo em PDF
MEDLINE Complete	Texto completo; Referências disponíveis; Data de publicação: 20120101-20170331; Resumo disponível; Humano; Relacionado à idade: All Child: 0-18 years
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo; Referências disponíveis; Data de publicação: 20120101-20170331; Texto completo em PDF

Seguidamente procedeu-se à pesquisa das palavras-chave e à conjugação de cada palavra-chave com as outras e finalmente ao cruzamento entre todas, obtendo-se um resultado de 4 artigos (Quadro nº3). Após a leitura destes verificamos que não se enquadravam no estudo, não dando resposta á pergunta PICO, desta forma foi eliminado o quarto descritor (Risk). E foram selecionados 3 artigos, mas apenas um estava relacionado com a temática em estudo.

Foi efetuada a síntese e análise de 1 artigo selecionado, com recurso à Escala de Guyatt e Rennie, 2002 (Anexo XI), para caracterizar o nível de evidência.

Quadro nº 3- Conjugação Palavra-Chave

Conjugação dos descritores	N.º de Artigos (total das bases de dados)
1+2	29
1+3	1239
1+4	936

$2+3$	20
$2+4$	24
$3+4$	1921
$1+2+3$	3
$1+2+4$	10
$1+3+4$	486
$2+3+4$	14
$1+2+3+4$	4

4 - ANÁLISE REFLEXIVA COM BASE NAS EVIDÊNCIAS

Começando por uma abordagem teórica e de análise de artigos obtidos através da Revisão Sistemática da Literatura, aprofundam-se o conhecimento das práticas baseadas na evidência científica, compreendendo e conceitualizando o exercício do cuidar em enfermagem. Em resposta à pergunta PICO, pretendemos analisar de forma crítica e sistemática o tema em estudo contribuindo assim para o desenvolvimento de competências nesta área.

Após a seleção e análise dos artigos podemos concluir a pertinência do tema desenvolvido e a sensibilidade que deste emerge.

Esta problemática constituiu uma prioridade fundamental em todo o processo de proteção, em que os profissionais de saúde devem estar despertos para os sinais de alerta em todos os contextos de cuidados de saúde. Segundo Woodman citado por Gonzales-Izquierdo *et al.* (2014), os cuidados de saúde primários têm uma atitude privilegiada na sinalização de crianças suspeitas de maus tratos.

Niccols citado por Gonzales-Izquierdo *et al.* (2014) enfatiza a importância da prevenção primária em que o enfoque recai sobre as famílias e comunidades não só na satisfação das necessidades de bem-estar da criança mas também na formação de opinião pública tendo em vista a identificação precoce das situações de risco.

Não podemos descurar a prevenção secundária que tem como objetivo que os maus tratos não se repitam, promovendo o seu regresso a casa em segurança, mantendo os laços familiares. Deve ser feita uma interligação com as instituições de apoio à criança de modo a facilitar um acompanhamento eficaz sendo fundamentais a visita domiciliar de enfermagem e serviço social bem como a articulação com o médico de família e envolvimento familiar, se necessário e possível. O apoio e a ajuda familiar contínua são fundamentais na prevenção terciária, aumentando assim capacidades e aptidões com objetivo da reintegração social da criança.

Todo este processo deve ser sustentado por um protocolo/norma de atuação e encaminhamento e o registo de todos os incidentes e observações em impresso próprio promovendo assim a articulação entre os vários serviços de apoio. Como refere Lewis citado por Gonzales-Izquierdo *et al.* (2014), uma das fragilidades deste processo é a

ausência de *feedback* dos diversos serviços de apoio à criança e jovem suspeita de maus tratos.

No processo de análise dos artigos sobre a temática, emerge-nos a necessidade dos profissionais da equipa multidisciplinar dominarem as competências relacionadas com os maus tratos. Lyons (2009) revela que deve existir treino e capacitação dos profissionais ao nível da avaliação de risco de violência e também na forma de abordagem das vítimas.

Desta forma a bibliografia consultada esclarece que, os profissionais de saúde têm um papel de intervenção muito importante, com objetivos definidos:

- Proteger a criança/jovem;
- Intervir no risco para prevenir a evolução para o perigo;
- Evitar a recorrência.

Tanto por parte da enfermagem como por de todas as outras profissões, é fundamental o compromisso, a lealdade para com o outro, o empenho, a fim de cuidar das vítimas, bem como prevenir a violência (Afonso, 2013).

A prevenção dos maus tratos constitui a principal prioridade em todo o processo de proteção das crianças e jovens, e um dever dos profissionais que com elas contactam e visa assegurar que estas possam ter uma infância feliz (Santos, 2009 citado por Afonso, 2013).

Como é referido anteriormente a intervenção deve ser do foro multidisciplinar e é partilhada por várias entidades da comunidade, conforme a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro), que prevê uma atuação segundo três níveis de intervenção que se articulam e complementam.

Em suma, as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico vão ao encontro desta temática, os profissionais de saúde têm um papel especial na prevenção, deteção precoce dos maus tratos às crianças e no seu tratamento, enquanto conjunto de intervenções legalmente definidas, desde a sinalização à reintegração. Os contextos onde exercem funções assumem-se como locais de observação privilegiados. Gonçalves (2014) refere que a identificação dos sinais de alarme é um passo prévio e imprescindível para a intervenção e orientação, devendo a deteção ser o mais precoce possível. Normalmente são os enfermeiros que têm o primeiro contacto com a criança maltratada; devem estar atentos aos fatores de risco e sinais de alerta e sintomas, embora por si só não sejam suficientes para diagnosticar a violência; devem ser analisados diferentes sintomas conjugados, e eventual repetição de episódios (Gonçalves 2014).

A autora acima citada refere ainda, que a formação permanente é um indicador da excelência do exercício profissional (OE, Código Deontológico do Enfermeiro, 2009), o Enf.º responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, Regulamento nº 123/2011), sendo “(...)determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional (...) com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade” (OE, RPQCEESCJ, 2011, citado por Gonçalves 2014).

Denota-se a necessidades de um maior investimento pelas equipas no desenvolvimento de conhecimento e aquisição de competências para que o indicador de excelência seja uma realidade na deteção e encaminhamento precoce de maus tratos na criança e jovem.

Pensamos ter atingido os objetivos propostos, as competências adquiridas serão mobilizadas na prestação de cuidados diários a criança e jovens e é objetivo pessoal e profissional continuar a favorecer uma relação de proximidade entre a equipa multidisciplinar de forma a ter uma visão mais clara da multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos.

.

5- CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho denoto a importância do mesmo, visto, que a análise do artigo foi ao encontro da questão pica e permitiu verificar a importância da intervenção do enfermeiro no diagnóstico precoce e encaminhamento de situações de maus tratos na criança e jovem, sustentando a prática baseada na evidência.

O relatório constitui um momento de reflexão sobre as atividades realizadas para atingir os objetivos elaborados e conseqüentemente evidenciar as competências necessárias para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O estágio foi sem dúvida uma experiência enriquecedora, a nível profissional tendo superado os desafios propostos, com cooperação dos profissionais que mostraram uma outra realidade da sua prática em contextos diferentes.

Desta forma e após dar por concluído o presente relatório de estágio em que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos com sucesso, contribuindo para que fossem adquiridas competências na área dos cuidados especializados em enfermagem pediátrica, da melhoria da qualidade e gestão de cuidados, tendo por base de uma prática profissional ética e valorizando a aprendizagem contínua, foi sem dúvida uma grande satisfação pessoal e profissional.

De referir que o profissionalismo, disponibilidade e partilha de conhecimentos por parte dos enfermeiros cooperantes, contribuiu para o processo de aprendizagem.

Muitas coisas mais se poderiam ter realizado e acrescentado aos projetos mas os condicionamentos pessoais e de tempo foram uma constante, desta forma desenvolvemos o impacto da criança/ jovem vítima de maus tratos, sendo uma preocupação pessoal e atualmente de Saúde Pública. Diz-nos a literatura, que a insegurança económica e a pobreza, a inexistência de condições de habitabilidade, o desemprego, a alteração brusca da situação laboral e económica estão definidos pela Direção Geral Saúde como fatores de risco e/ou de agravamento de situações de maus tratos a crianças (DGS, 2011:13).

Conscientes que um longo caminho ainda existe para percorrer mantendo sempre postura de empenho, dedicação e dinamismo, de forma a identificar necessidades formativas para prestar cuidados especializados de enfermagem á criança/jovem e família.

Foi notória cada vez mais autonomia nas tomadas de decisão, sendo capaz de identificar as necessidades em cada situação particular e mobilizar conhecimentos e recursos.

Partindo do princípio que a criança é um sujeito com direitos, conseqüentemente tem direito à liberdade e à dignidade como fundamentos no enfrentar da violência. Hoje, há uma atenção maior para essa questão, pois tal como refere Parraga (2010), a violência contra a criança e o adolescente sempre existiu, porém graças a convenções internacionais dos Direitos Humanos, o problema atualmente foi reconhecido e as tentativas de o erradicar são constantes em todo o mundo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Aveiro, C.V. (2010). Os Maus Tratos à Criança: Liames Entre a Família e a Intervenção. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia. Faculdade de Letras da Universidade do Porto Departamento de Sociologia. Acedido em 28de março de 2017 em:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54922/2/tesemestcristinaaveiro000123024.pdf>

Afonso, V. (2013). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus tratos na criança. Instituto Politécnico de Viseu. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil. Acedido a 28/03/2017 em:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1985/1/AFONSO%2C%20Vera%20L%C3%BAcia%20Filipe%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Alberto, I. M. (2006). Maltrato e Trauma na Infância. Coimbra: Almedina.

Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). Maus tratos à criança. Lisboa: Climepsi Editores.

Barros, I. (2015). Transição para a Parentalidade em contexto De Neonatologia: apoio educacional e emocional como intervenção terapêutica de enfermagem. Tese de Mestrado e enfermagem de Saúde Infantil. Escola Superior de Lisboa. Acedida a 29/04/2017 em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16412>

Boterf, Guy- Avaliar a competência de um profissional I - Três dimensões a explorar- Reflexão RH. Junho 2006.

Bringiotti, M.I. (1999). Maltrato infantil: factores de riesgo para el maltrato físico em la población infantil. Universidad de Buenos Aires, Facultad de filosofia y Letras. Madrid: Unigraf, S. L. Móstoles (pp.211).

Canha J. (2003) -Criança maltratada - o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação – estudo prospetivo de 5 anos. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora.

Collet, N. Rocha, S. (2004) – Criança Hospitalizada: Mãe e Enfermagem compartilhando o cuidado. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol. 12, nº 2 (Março/Abril 2004), p. 191-197.

Diogo, P. (2001) - Uma Orientação para Cuidar... a Criança. Revista Servir. ISSN 0871-2370. Vol. 49, nº 1 (Janeiro/Fevereiro 2001).

Direção-Geral da Saúde (2008). Despacho n.º 31291/2008. Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — 5 de Dezembro de 2008. Acedido a 2 de abril de 2017 em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18301/4920749232.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2011). Ação de saúde para crianças e jovens em risco – Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Divisão de Comunicação e Promoção da saúde no ciclo de vida. Acedido em 2 de abril de 2017 em <http://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012). Ação de saúde para crianças e jovens em risco – Comissão de acompanhamento: relatório 2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 2 de abril de 2017 em <http://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). Ação de saúde para crianças e jovens em risco – Comissão de acompanhamento: relatório 2012. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 2 de abril de 2014 em <http://www.dgs.pt/>

Gonçalves, J.- Cuidar de crianças em risco: papel do Enf.º na prevenção e tratamento de situações de maus tratos. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Santarém, 2014. Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1255/1/Cuidar%20de%20crian%C3%A7as%20em%20risco....pdf> a 04 de fevereiro de 2017.

Gonzalez-Izquierdo, A., Ward, A., Smith, P., Walford, C., Begent, J., Ioannou, Y., & Gilbert, R. (2015). Notifications for child safeguarding from an acute hospital in response to presentations to healthcare by parents. *Child: Care, Health & Development*, 41(2), 186-193. doi:10.1111/cch.12134 acessado em 27 de Março de 2017 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7d0e5f8f-e8d6-489a-9311-af28eab6fd6e%40sessionmgr4009&vid=5&hid=4106>.

Guyatt, G., Rennie, D.(2002). *User's guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical practice*. Chicago: American Medical Association. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC128970/#>

Hesbeen, Walter (2001) – *Qualidade Em Enfermagem – Pensamentos e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hockenberry, M. e Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (ISBN 978-85-352-3447-3).

Hopia, H., Tomlinson, P.S., Paavilainen, E. (2005) - Child in Hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*. Nº 14 (2005), p. 212-222;

Jorge, A. M. (2004) - *Família e hospitalização da criança: (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. 1ª Edição. Loures: Lusociências. ISBN: 978-972-8383-79-4.

Lyons, T. (2009). Role of the forensic psychiatric nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 5, pp. 53-57 © International Association of Forensic Nurses. Acessado em 30 de Março de 2017 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19222692&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Magalhães, T. (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: guia prático para profissionais*, 4ª ed., Coimbra: Quarteto Editora).

Magalhães, T. (2010). *Abuso de Crianças e Jovens: da suspeita ao diagnóstico*. Lidel – Edições técnicas, Lisboa.

Mano, M. (2002). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais; In Referência. *Revista de Enfermagem* Nº8; Coimbra. (ISSN 0874-0283).

Marques, S. (2009). Relatório de Estágio para Grau de Mestre Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Martins, C. B. G.; Jorge, M. H. P. M. Maus tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paul Enfermagem*, v. 23, n.3 (2010), p. 423-8.

Martins, C. Maus tratos infantis: Prevenção, Diagnóstico e Intervenção. 2008. *Sinais Vitais*, nº78, pp 23-26.

Mikami, C. e Escobar, E. (2001). Violência Doméstica contra crianças e adolescentes: a atuação do enfermeiro. *Rev Enferm UNISA*, 2, pp. 112-116. Acedido a 20 de janeiro de 2017 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692006000400023&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400023>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. Suplemento da Revista Número. Junho 2007. Lisboa. Acedido a 8 de fevereiro www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Caderno OE. Série1. Numero 6. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras Dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Portugal. Em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norm

a_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_p
or_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem*. Lisboa.

Parraga, E. (2010) - O papel do Enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítima da violência sexual. Uruguiana: Universidade Federal do Pampa.

Ramalho, A. (2005). *Manual para redação de estudos e projetos de revisão com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Regulamento n.º 122/2011. Diário da República nº35 de 18 de Fevereiro de 2011 – II série – E. Ordem dos Enfermeiros. Portugal (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

Regulamento n.º 123/2011. Diário da República nº35 de 18 de Fevereiro de 2011 – II série – E. Ordem dos Enfermeiros. Portugal (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem).

Santos, M. A. P. (2009). *A intervenção do serviço social na problemática dos maus tratos*. Dissertação de mestrado não publicada). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Silva, F. Correa I. – Doença Crónica na Infância: Vivência do Familiar na Hospitalização da Criança. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol. 10, nº 1 (2006), p. 18-23.

Silva, J.E. – Intervenções do Enfermeiro para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde. 2011. Monografia de licenciatura.

Soriano, F. (2006). *Promoção e proteção dos direitos das crianças: guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Generalitat Valenciana edição.

Tomás, C., Fernandes, N. (2011). Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância. In *IV Encontro Maus Tratos, Negligência e Risco na Infância e na Adolescência*. Acedido em 28/03/2017 <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/15070>>.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

ANEXOS